

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2016

TEMA

PSYKIATRINS BYGGNADER



Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Mofors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, ledare. *Hans-Peter Mofors*
- 6** SFBUP styrelseruta, ledare. *Lars Joelsson*
- 7** SRPF styrelseruta, ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 8** Kommande temanummer
- 39** Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott, *Alessandra Hedlund*
- 65** Professorsrutan: Svensk narkomanvård i ett tidsperspektiv, *Ulf Rydberg*
- 68** 10 frågor till Tove Mogren, *Stina Djurberg*
- 89** Bokrecension: Känslostormar. Emotionell instabilitet och hjärnan, *Björn Wrangsjö*
- 91** Kalendarium

Aktuell information:

- 5** Svenska Psykiatriska Föreningens vision
- 36** Dan Gothefors ny hedersledamot i SPF, *Tove Gunnarsson*
- 42** Mental Health Run - den 8 oktober är det dags igen, *Maria Larsson*
- 49** Dags att söka "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 70** Bry dig inte om vad de säger. Du är en riktig doktor! *Dan Gothefors*
- 75** Nobelpristagare Arvid Carlsson, författare Pebbles Karlsson och regissören Suzanne Osten bidrar till ett starkare Psykiatrifonden, *Martin Schalling, Maria Larsson*
- 78** Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts) SPK 2017
- 82** Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2016, *Tove Gunnarsson*
- 92** Dags att ansöka om Cullbergstipendiet

Tema

- 12** Den kvarglömnda sängen, *Daniel Frydman*
- 13** Ett mentalsjukhus i backspegeln, *Björn Wrangsjö*
- 15** Storsatsning på nytt kvarter för psykiatrisk vård i Borås, *Lena Löfgren*
- 17** Brukarinflytande vid nybygge, *Stina Djurberg*
- 18** Helix - Hur blev hen till och hur blev det? *Magnus Kristiansson*
- 20** Vadstena - sjukvårdsstaden, *Per Gustafsson*
- 23** Prisbelönt människofientlig psykiatribyggnad i Uppsala, *Niklas Hörberg*
- 25** Ett modernt hus med gamla idéer, *Ulises Penayo*
- 27** Miljöns betydelse för patienternas välbefinnande inom rättspsykiatrisk vård, *Helle Wijk, Eirini Alexiou, Alessio Degl'Innocenti*
- 28** Några reflektioner efter femtio år inom psykiatri i Skåne, *Inger Blennow*
- 31** Arkitektur som medicin - kan arkitektur bidra till läkning och tillfrisknande? *Stefan Lundin*
- 35** Fem rum på Sachsska, *Lena Raeder*

Debatt, diskussion, annat:

- 40** Prisbelönta pionjärer PAM - (nästan) först i världen, *Tove Gunnarsson*
- 63** Rationaliteten och det andra, *Daniel Frydman*
- 72** Spegelneuroner och deras relevans i psykiatri, *Jayanti Chotai*
- 83** Vad är suicidalitet? Psykiaterkåren måste ena sig! *Jan Beskow, Else-Marie Törnberg*
- 86** Konflikthantering på hög nivå, *Sara Lundqvist*
- 87** Sveket mot vetenskapen och barnen fortsätter, *Jan Pilotti*

Psykiatriska nyheter

- 76** Minskad litiumförskrivning risk för bipolära patienter, *Charlotta Sjöstedt*
- 77** Ny nationell heldygnsvårdsenhet för patienter med komplext självskadebeteende planeras i Göteborg, *Mathias Alvidius*
- 79** Tillsyn av åtta psykiatriska akutmottagningar med heldygnsverksamhet, Rapport från IVO, *Tuula Wallsten*
- 81** Hyperkalcemi hos litiumbehandlade patienter bör följas med större noggrannhet - dags för nationella riktlinjer? *Adrian D. Meehan, Ville Cato, Göran Wallin*

Rapporter från möten och resor

- 44** Rapporter från Svenska Psykiatrikongressen 2016
- 45** Rapport från SPK: Det mångkulturella samhället - en tillgång och en utmaning, *Ullakarín Nyberg*
- 45** Rapport från SPK: Suicidriskbedömning och instrument för det - var står vi nu? *Henrik Brezicka*
- 46** Rapport från SPK: Att få hjärnan att gå ner i varv. Så gör du! *Åsa Nilsson*
- 48** Rapport från SPK: Satellitsymposium - Servier/ Psykiatrins historia, *Cecilia Mattisson*
- 50** Rapport från SPK: Vuxenhabilitering - till vilken nytta för psykiatri, *Alessandra Hedlund*
- 52** Rapport från SPK: Etik och etikett - vad får man säga i dödens närhet, *Hans-Peter Mofors*
- 54** Rapport från SPK: Fokuserade interventioner vid kroppssyndrom på en somatisk akutmottagning - FACT, *Rani Toll John, Michael John*
- 56** Rapport från SPK: Vad har hjärnavbildning lärt oss om antipsykotiska läkemedel? *Henrik Brezicka*
- 57** Rapport från SPK: Min dotter tog sitt liv - en berättelse, *Henrik Brezicka*
- 57** Rapport från SPK: Ingen sjukdom är visst en sjukdom - om funktionell neurologisk symtomstörning i Sverige, *Henrik Brezicka*
- 58** Rapport från SPK: Våld och suicid - om kopplingar mellan våldshandlingar och suicidbenägenhet, *Henrik Brezicka*
- 60** BUP-kongressen 2016, *Lars Joelsson*
- 66** Möte i Warszawa. Rapport från UEMS Psychiatry 14-16 april 2016, *Olle Hollertz*



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Hans-Peter Mofors

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson
(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis
carol.schultheis@bornet.net
(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock/Panos Karas

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Tänk om det räckte...

... med en god natts sömn för att bli frisk?

Bilden på första sidan föreställer ruinerna efter Asklepion i Epidauros, ett tempel tillägnat Asklepios som var läkekonstens gud i den grekiska mytologin. Hit kom sjuka människor i hopp om att bli botade, och för att få reda på rätt botemedel för sina krämpor tillbringade de en natt i den stora sovhallen, Enkoimeteria. I drömmen gav Asklepios dem råd om vad de behövde göra för att återfå hälsan, och det finns bevarade inskrifter om underkurer som ordinerats här.

Temat "Psykiatrins byggnader" har inspirerat till många bidrag som handlar om gamla och nya byggnader, inre och yttre miljö, och om ideologiska tankebyggnader. Det är dock ett begränsat antal platser i Sverige som skildras, och visst finns det många fler intressanta historier att berätta från olika delar av landet och världen. Så fortsätt gärna att skriva till oss på detta tema!

Ett tjockt nummer blev det, med mycket sommarläsning att ta med i hängmattan. Förutom tematexter finns som vanligt kongressrapporter, debattartiklar, psykiatriska nyheter och mycket mer.

Vår tidskrift firar i år 10-årsjubileum i sin nuvarande form och det blir temat för nästa nummer. Dags att blicka tillbaka, sammanfatta och ta avstamp för framtiden!

Vad har hänt inom de svenska psykiatriska specialiteterna under dessa 10 år? Kan några speciella strömningar skönjas i de bidrag vi haft?

Vad av det vi skrivit om är fortfarande aktuellt, vad är avklarat, vad har blivit passé?

Har något/några bidrag varit särskilt bra eller till och med påverkat ditt arbetssätt eller synsätt?

Sommaren har precis börjat och vi hoppas du får många långa vackra dagar med avkoppling och njutbara upplevelser. Och att du får inspiration till att skriva bidrag till Svensk Psykiatri!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Kära medlem,

För många associeras numera Svenska Psykiatriska Föreningen som arrangör av den stora årliga konferensen i psykiatri. Efter nio år kan vi glädjande nog konstatera att Svenska Psykiatrikongressen har blivit en angelägenhet för hela Psykiatrisverige.

SPK är intressant som fenomen. Det är ett möte som vi psykiater skapar tillsammans, både åhörare och föreläsare. Kollegor med skiftande bakgrund och kunskap delar med sig av sin kunskap, ofta på interaktiv basis. Psykiater är pratglada och delar gärna med sig av sina synpunkter och reflektioner. Vår specialitet vilar på en bred grund, vilket möjliggör en innehållsmässig bredd. Detta tror jag tilltalar många av oss – mötet mellan biologi, psykologi, samhälle och kultur. SPK är också ett unikt tillfälle för oss att mötas, och för några dagar känna att allt kretsar kring – psykiatri.

Årets möte slog än en gång rekord, med fler än sjuhundra besökare. Glädjande nog kan vi konstatera att programmet attraherar personer från andra yrkeskategorier. Detta ligger i linje med föreningens vision – helhetssyn och samverkan.

I anslutning till konferensen hölls SPF:s årsmöte. Av någon anledning lockar detta betydligt färre deltagare. Endast ett tjugotal personer bevisade mötet. Varför är det så? Upplever endast en liten del av våra medlemmar en föreningstillhörighet – med möjlighet till insyn och påverkan? Vad kan vi göra för att locka flera medlemmar att komma till årsmötet? En riklig och representativ närvaro är ju så viktigt för den demokratiska processen.

Vid årets årsmöte beslöts det, mot styrelsens förslag, att inte sänka årsavgiften. Istället önskades mer aktiviteter spridda över året.

I linje med årsmötets önskan kommer vi att arrangera utbildningsinsatser. Styrelsen har identifierat tre områden som vi tror att det finns utbildningsbehov kring, nämligen psykofarmakologi, diagnostik och psykoterapeutiska strategier. Inom kort kommer vi gå ut med information om dessa utbildningar, som kommer äga rum på olika håll i landet. Utbildningarna kommer vara kostnadsfria för medlemmar i SPF.

Sommaren står nu för dörren. Även i år kommer SPF att medverka under Almedalsveckan. Tillsammans med en mängd andra aktörer inom Psykiatrisverige arrangerar vi ett heldagsevenemang i Visby. Temat för aktiviteten ska vara intressant för politiker och beslutsfattare. Vi har valt att fokusera på psykiatrisk heldygnsvård. Resultat från en nationell kartläggning kommer att presenteras och vi



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Hans-Peter Mofors

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Ullakarin Nyberg

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Michael Ioannou

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Christina Ysander

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tuula Wallsten

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Cecilia Mattisson

(mattisson@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Spangenberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

kommer problematisera kring innebörden av en värdig och meningsfull heldygnsvård.

I föreningsarbete är kontinuitet en stor tillgång, varför det är glädjande att styrelsens sammansättning är oförändrad detta verksamhetsår. Arbetet är intensivt, även mellan våra möten. Under våren har SPF haft möte tillsammans med våra grannländers föreningar. Om detta och mycket mer kan du läsa i The Nordic Psychiatrist.

Jag vill passa på att önska dig en skön och avkopplande sommar!

Hans-Peter Mofors
Ordförande
Svenska Psykiatriska Föreningen



FÖRORD

Svenska Psykiatriska Föreningen, SPF, har genom en vidareutveckling av föreningens tidigare vision tagit fram vision, mål och handlingsplan för 2016-2018.

Den nya handlingsplanen är kortare än den förra för att tydligare kunna sätta upp konkreta och utvärderingsbara mål för föreningens arbete.

Vi har haft SPF:s stadgar som grund, enligt vilka föreningens huvuduppgift är att främja den svenska psykiatriens ändamålsenliga utveckling. Inför arbetet med detta dokument har även synpunkter från medlemmarna inhämtats under seminarier vid Svenska Psykiatrikongressen.

Hans-Peter Mofors
Ordförande

VISION

HELHETSSYN OCH SAMVERKAN

MÅL

HELHETSSYN

Vi verkar för helhetssyn vid diagnostik, behandling och rehabilitering.

SAMVERKAN

Vi samarbetar med patient- och närståendeorganisationer, beslutsfattare och yrkesföreningar.

EN ATTRAKTIV SPECIALITET

Vi främjar en positiv syn på psykiaterns arbete.

KOMPETENS- OCH VERKSAMHETSUTVECKLING

Vi stödjer utbildning, forskning och implementering av effektiva behandlingsmetoder.

DEBATTÖR OCH KUNSKAPSSPRIDARE

Vi verkar för ökad kunskap om psykiatri och minskade fördomar om psykisk sjukdom.

HANDLINGSPLAN

HELHETSSYN

Vi verkar för helhetssyn vid diagnostik, behandling och rehabilitering.

Stimulera till ökad dialog om diagnostik, behandling och rehabilitering.

- Driva projekt om vårdinnehåll där representanter för patienter och närstående medverkar
- Främja dialog om diagnostik
- Skriva debattartiklar

Öka patienters och närståendes delaktighet i vården

- Samarbeta med patient- och närståendeorganisationer
- Främja patienters och närståendes delaktighet i utbildningsaktiviteter

SAMVERKAN

Vi samarbetar med patient- och närståendeorganisationer, beslutsfattare och yrkesföreningar.

Samarbeta med de olika psykiatriska specialitetsföreningarna, somatiska specialiteter och akademi

- Skapa brett program och gemensam mötesplats på Svenska Psykiatrikongressen och Medicinska riksstämman
- Främja utbyte och dialog med andra specialitetsföreningar via tidskriften Svensk Psykiatri
- Samarbeta med de nordiska och europeiska psykiaterföreningarna (NPA, EPA och UEMS)
- Kompetensutbyte med somatisk vård genom utbildningar och gemensamma kongresser

Dialog med myndigheter och beslutsfattare

- Delta i Almedalsveckan
- Besvara remisser
- Utse ledamöter till utskott, kommittéer och arbetsgrupper

Samarbeta med patient- och närståendeorganisationer samt ideella organisationer

- Bjuda in representanter till SPF:s möten
- Medverka i gemensamma projekt
- Inbjuda till deltagande i Svenska Psykiatrikongressen
- Inbjuda till att bidra med artiklar i Svensk Psykiatri

EN ATTRAKTIV SPECIALITET

Vi främjar en positiv syn på psykiaterns arbete.

Sprida en positiv bild av psykiatri och kommunicera goda exempel

- Medarrangör i Mental Health Run
- Medverka i Läkarförbundets Karriärmässa
- Medverka i AT-stämman, Framtidens Specialistläkare och Medicinska riksstämman

Främja en god arbetsmiljö och tydlig yrkesroll

- Kartlägga innehåll och identifiera förbättringsbehov i psykiatrisk vård i landet
- Förtydliga psykiaterns roll i diagnostik och behandling
- Framhålla behov av mentorskap och handledning för ST-läkare och specialister

KOMPETENS- OCH VERKSAMHETSUTVECKLING

Vi stödjer utbildning, forskning och implementering av effektiva behandlingsmetoder.

Implementera forskningsresultat i klinisk praktik

- Lyfta framgångsrika exempel i tidskriften Svensk Psykiatri och på Svenska Psykiatrikongressen
- Ta fram och revidera SPF:s kliniska riktlinjer
- Stödja implementering av SPF:s kliniska riktlinjer och andra nationella riktlinjer
- Främja arbetet med psykiatriska kvalitetsregister

Stödja och underlätta psykiatrisk forskning

- Samarbeta med fonder och stiftelser som stödjer psykiatrisk forskning
- Dialog och samverkan med svensk och internationell akademi

Främja god kvalitet i grundutbildningens psykiatriundervisning

- Påverka utformning och innehåll i grundutbildningen
- Medverka i SKL:s sommarskola för utlandsstuderande läkare

Främja god kvalitet i ST-utbildningen

- Ta fram och sprida rekommendationer för ST-utbildning
- Bevaka kvaliteten på METIS-kurser
- Kvalitetsgranska ST-utbildning genom SPUR-inspektioner
- Samordna det nationella ST-studierektorsnätverkets aktiviteter
- Ta fram och revidera material som underlättar handledning
- Utveckla riktlinjer för utländska kollegors inskolning i den svenska psykiatri

Främja fortbildning för specialister

- Brett innehåll på Svenska Psykiatrikongressen
- Stimulera kollegers deltagande på konferenser
- Medverka i framtagandet av nationella riktlinjer
- Ta fram rekommendationer för fortbildning

DEBATTÖR OCH KUNSKAPSSPRIDARE

Vi verkar för ökad kunskap om psykiatri och minskade fördomar om psykisk sjukdom.

Kunskapsspridning

- Tillgänglighet för media och allmänhet
- Delta i det offentliga samtalet

Skapa och erbjuda mötesplatser för diskussion

- Aktiv dialog i sociala medier

Från relationsproblem till diagnos

På BUP-kongressen i år hade vi ett symposium där vi presenterade våra nya ADHD-riktlinjer. Professor Ingemar Engström inledde sin del av symposiet med att berätta hur det var när han började arbeta som barnpsykiatriker. Den vanligaste diagnosen var då relationsproblem mellan barn och föräldrar. Nu ser det annorlunda ut, allt fler får diagnos, inte minst ADHD-diagnos. En rapport från Statens medicinsk-etiska råd (SMER), som Ingemar har varit med att skriva, pekar på att förskrivningen av ADHD-läkemedel har ökat kraftigt i Sverige och att förskrivningen varierar mycket på olika ställen i Sverige. Det är bekymmersamt att vi har olika förskrivning i Sverige men frågan är var den rimliga nivån är? Det är ju inte bra med överdiagnostik och överbehandling men det motsatta är ju inte heller bra då barn och ungdomar inte kan göra sig själv rättvisa i relation till kamrater, föräldrar och framför allt i skolarbetet. SMER-rapporten pekar också på att många skolor kräver att det finns en diagnos för att sätta in hjälp. Jag tänker på att skolorna i mitt område nog försöker att ge extra hjälp till elever som har svårt att klara målen men att det ofta inte hjälper. Jag får betydligt fler remisser i dag än tidigare där de huvudsakliga svårigheterna är att barnet inte klarar målen i skolan trots att de är normalbegåvade. Här har vi något gemensamt att arbeta för, skolan behöver anpassa sin utbildning och vi inom BUP bör vara med och hjälpa skolan att hitta bra strategier liksom vi i dag hjälper föräldrar med t.ex. strategiutbildning.

När vi hade läkar-sjuksköterskemöte på vår klinik nu senast blev tydligt hur den barnpsykiatriska verksamheten har förändrats de senaste åren. Det har blivit mycket mer fokus på den medicinska biten av barnpsykiatri. Vi utreder mer, ställer fler diagnoser och behandlar mycket mer med medicin idag. Personalen på BUP har blivit fler men ändå är vi alltför få, både sjuksköterskor och läkare, för att räkna till. För att jag som läkare skall känna mig trygg med att patienter där jag sätter in medicin, följs upp på ett bra sätt, är jag beroende av att arbeta tillsammans med en sjuksköterska som har tid avsatt för att följa upp patienten. Vi har i föreningen försökt att hitta ett nyckeltal med 1 specialist på 5000 barn i befolkningen. Sjuksköterskorna borde också ha en vision hur många som de bör vara. Helst skulle jag vilja se att vi får fler tjänster men vi måste också överväga att konvertera tjänster till sjuksköterskor.

BUP-kongressen har nu varit. Det blev en lyckad kongress och utvärderingen var mycket positiv. BUP-kongressen har nu blivit den viktigaste enskilda arenan för vidareutbildning för personal inom BUP. Till själva kongressen kom 560 personer och till den fristående dagen för slutenvårdspersonalen kom 170 personer. Nu gäller det att se framåt, det finns hela tiden saker som man kan förbättra. I utvärderingen fanns flera bra tips på förbättringar. Det känns bra att arbeta vidare på till nästa år då kongressen är i Gävle. Vi hade i år en fristående dag för slutenvårdspersonal vilken också var lyckad och som vi vill upprepa nästa år och framåt.



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.se)

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

Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge

Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)

Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr

(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

Medlemsansvarig: Cecilia Gordan

Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)

Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)

ST-representant: Susanne Buchmayer

(susanne.buchmayer@primabarn.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Riktlinjearbetet fortlöper, depression och ADHD är färdiga och kan hittas på vår hemsida. Riktlinjerna för ångest är påbörjade och där har Beata Bäckström samlat en skrivargrupp som nu har startat processen till färdiga riktlinjer. Vi försöker nu också tänka framåt. Riktlinjerna för «Barn och ungdomar som utmanar» behöver revideras och det har nu dessutom kommit önskemål om att vi skall skriva riktlinjer för trauma och akut barnpsykiatri. Det känns som en bra utmaning och det är extra roligt att många är engagerade. Till de färdiga riktlinjerna depression och ADHD har vi fått in många synpunkter under remisstiden vilket vi vill tacka för.

På vårt årsmöte avtackade vi Valeria Varkonyi, Ulrika Henriksson och Therese Westlund som alla avgick från styrelsen. Jag vill framföra ett stort tack för allt det arbete som ni gjort i styrelsen. På mötet valdes Anne-Katrin Kantzer, Cecilia Gordan och Susanne Buchmayer in i styrelsen. Anne-Katrin är vår nya kassör och arbetar på BUP NU-sjukvården i Västra Götalandsregionen, Cecilia är styrelseledamot och arbetar i BUP Stockholm, Susanne är ST-läkarrepresentant och arbetar på PRIMA i Stockholm. Jag känner mig glad över att ni nu är med i styrelsen och hälsar er hjärtligt välkomna.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Framtiden är här

Jag vill börja med att gratulera och önska kollegan Sara Bromander lycka till på sin nya post som chefsöverläkare på RMV. Må hennes framtida problem vara av måttlig grad och må IVO vara milda och rättvisa i sin framtoning då de besöker (hemsöker?) henne.

Hänryckt över Finland

Besökte under pingsten - som Tegnér kallade hänryckningens tid - Gamla Vasa sjukhus med min ledningsgrupp från Öjebyn. Sjukhuset var det som besparades lågorna när Vasa brann och sedermera flyttades till sin nuvarande plats. Det är därför Gamla Vasa sjukhus nu ligger 7 km söder om Vasa centrum, med vitmålade byggnader som i ett fall härstammade från 1700-talet.

Sjukhuset fanns alltså redan under Finlands ryska tid! Vasa har stor andel svenskspråkiga, och just vid detta sjukhus både rättspsykiatriska och så kallade svårvårdade patienter.

150 vårdplatser med ekonomiskt statlig överbyggnad men med kommunal kostnadsdebitering. Då Finland har 317 kommuner och drygt hälften av befolkningen jämfört med Sverige blir det säkert en rejäl belastning för små kommuner. Det är säkert på ont och gott, kanske ökar benägenheten att "ta hem" färdigvårdade jämfört med i Sverige?

Finlands rättspsykiatri har knappt 500 patienter och i Sverige finns ca 1500. Danmark har 3500 och Norge mindre än 50. Vad allt detta beror på kan vi spekulera i. Det är ändå rätt märkligt att det skiljer så mycket emellan länder som är så lika för övrigt.

Vi blev mycket välkomnade av Markku Eronen och medarbetare och vi planerar för att ses igen i Öjebyn i framtiden.

Framtidens uppgifter för styrelsen

Innehållet i den rättspsykiatriska vården kommer vi att ta tag i och här handlar det om ett dokument som skrevs för tio år sedan som vi vill uppdatera.

Det hinner hända en hel del på tio år och självklart vill vi vara "up to date".

Lämpliga personer med både erfarenhet och framtidsvisioner



PER-AXEL KARLSSON
LEDARE SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN
Ordförande: Per-Axel Karlsson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Sekreterare: Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Kosilla Pillay (kassoren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
Facklig sekreterare: Erik Dahlman (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant: Lars-Håkan Nilsson
ST-frågor: Hanna Edberg
Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Margareta Lagerkvist
Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

och med ideellt intresse eftersökes.

Framtiden är här

Jag vill uppmana kollegor runt om i landet att gå utbildning till SPUR-inspektörer. Det finns gigantiskt behov att granskas enligt SOSFS 2015:7 hos alla kliniker som utbildar ST.

I september kommer det att vara möjligt att gå en ny utbildning, i Malmö, om framtidens specialistläkare. Om just Du är intresserad, kontakta LIPUS .

Svenska rättspsykiatriska föreningen håller på att förbereda en hösträff om företeelsen att begå brott i sömnen, inte minst s.k. sex-somni, med ett rättsligt och psykiatriskt och fenomenologiskt intresse. Redan Linné beskrev att man kunde kopulera "i sömnen" men frågan är om det går att begå våldtäkt i sömnen. Nyligen läste jag även om en person som friades från rattfylleri då denne hävdade sig ha kört bil i sömnen...

Bilar fanns inte på Linnés tid. Bilar finns i vår tid och de blir allt mer avancerade och de kan snart köra sig själva. Undrar om detta blir fokus för rättsliga problem i en framtid? Slutsats: Jag vill ha en Tesla!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2016

NUMMER 3 2016

Tema: 10-årsjubileum!
Deadline 31 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2016

Tema: Kön
Deadline 16 november
Utkommer vecka 49

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

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

Filformat: Skicka 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

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **31/08**
10-årsjubileum!



ANNONS



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem
även tillgång till

The British Journal of Psychiatry iPadversion
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist
Läs mer på hemsidan under "medlem"

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphörde den 1 juli 2015.



ANNONS

DEN KVARGLÖMDA SÄNGEN

I korridoren står en bältessäng.

Den blev av en händelse kvar efter en incident som ledde till en kortvarig tvångsåtgärd. Bältessängen skulle tas från patientens rum till förrådet, men något avbröt personalen som då lämnade kvar den mot väggen. Inget annat än så.

Nu råder här en sorts lugn. Kanske ett anspänt lugn. Ledningens grundinställning, och kliniken i stort, är att patienten står i centrum. Patientens behov ska prioriteras, en tillräcklig trivsel är nödvändig. Tillräcklig trivsel har blivit ett centralt begrepp när de tänker på avdelningarna. Med en alltför god trivsel finns alltid en risk att avdelningen bjuder ett hårbärge som med sin trygghet och omsorg riskerar att värderas högre än det egna, självständiga livet.

Tillsammans med varje patient görs tidigt en vårdplan där alla viktiga perspektiv täcks. Vårdplanen har tidigare setts som en formell pålaga och inte som ett instrument där patienten och personalen med ömsesidig delaktighet utformar vården. Det har tagit lång tid att göra vårdplanen till ett fungerande arbetsredskap. Nu, när dagarna åter blir längre och dammet som smeks av solstrålarna målar korridorluften, har största delen av personalen lärt sig att goda arbetssättet.

Den patient som av något skäl vårdas med tvång, ges samma rätt att göra sin röst hörd och att få sin åsikt beaktad i vårdplanen men också i vården i övrigt. För att öka styrkan i patientens känsla av sammanhang, arbetar personalen för att patienten i tillräcklig utsträckning ska delta i vårdarbetet och känna att det är meningsfullt och att han, hon eller hen kan påverka sin egen vård. Den tvångsvårdade och den som frivilligt lagt in sig samsas om utrymme och vårdinsatser, undantaget tvångsinsatserna.

Det är ovanligt med konfliktfyllda situationer, eller situationer där patienter motsätter sig vårdinsatser. Periodvis har det sett annorlunda ut men sedan ungefär ett halvår råder detta lugn på avdelningen. Patienterna trivs tillräckligt väl, vårdtiderna är lagom långa.

Bältessängen står längst bort i korridoren, precis innan den viker av till höger, med avdelningens ingång i ryggen. Förbi matsalen där patienterna sitter sex om sex vid borden, oftast tysta som att de sitter en och en, eller tysta bredvid någon patient som pratar hela tiden. Sedan ettan – ett rum som inte så många går in i, tyst och mörkt – och tvåan där han som gråter bött hur länge som helst. Trean, fyran och så femman. I fyran var ett stort bråk en gång, personalen kom springande från alla håll och hon som var där skrek en stund. Osäkert vad som egentligen hände innanför dörrarna, men bråkigt var det den gången.

Mellan dörren till duschrummet och tredje dörren efter hörnet i korridoren står den, Bältessängen. Stålskelettet, som är likadant som på alla andra sängar på avdelningen – fast de flesta andra har trägavlar över rören – lyser som just ett skelett. De breda hängande läderbanden liknar avsmnade vingar på ett dött sängdjur, eller vilande käftar på en vålnad som väntar på att vakna till liv och äntligen få något att äta igen.

Patienterna laddar när de går förbi den. Ungefär som om de skulle gå över kyrkogården på natten. Alla vet att det inte finns spöken, alla vet att sängar inte hoppar på en. Men den står där och gör något. Inget annat än det.

Personalen är snäll. De frågar om patienterna tycker om vården, vad som kan bli bättre, hur man mår och vad man behöver. Den kvarglömda bältessängen i korridoren påminner om att det kanske finns ett rätt svar, det svar som patienterna tror att personalen vill ha. Det rätta svaret är det tillmötesgående svaret.

Bältessängsvålnaden förmedlar att all vård är på tvång, att vård är våld, att det alltid är någon annan som bestämmer och säger vad patienterna vill. Bältessängens vingar talar om för patienterna vad de behöver.

Tänk om det inte stämmer? Tänk om det personalen säger är ärligt menat? Tänk om de verkligen är intresserade av att höra vad patienterna har att säga, för att de faktiskt har som mål att patienterna ska må bättre? Tänk om bältessängen som står i korridoren tanklöst ställts där, av en händelse, och inte som en påminnelse om att jag är liten och maktlös? Tänk om de inte ens har förstått att den är Det Tysta Hotet?

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Ett mentalsjukhus i backspegeln

Som byggnad betraktat får jag nog säga att jag har all anledning att vara belåten med mig. Ett ståtligt bygge, stabilt och proportionerligt, en aning "slottslikt", om än inte som Danvikshemmet vid Stockholms inlopp. Det sägs att någon potentat, kan det ha varit Bismarck, tog Danvikshemmet för det kungliga slottet. Själv kallades jag "Stora Mans" fast jag faktiskt var Paviljong. Min utsikt var inte märkvärdig men behaglig. En vackert anlagd damm, en lummig park bestående av utvalda träd av skiftande slag, vilsamt att vandra mellan. Mer lugn och ro än att vara inne i en stökig stad där folk inte alltid var så snälla. Dammen var viktig, som ett stort speglande öga. Möjligen var jag en aning förbryllad av mina innevånare, de som bebodde mig. De var av två slag, de som var boende dygnet runt, övervägande permanentboende, och de som bara kom en del av dagen, som gäster liksom. Några av dem kom också bara om natten och i motsats till de permanentboende var de vakna om natten, åtminstone ofta.

Det fanns två sorters gäster, en sturvuxen, lite bullrig och kanske mer fyrkantig och en kortare lite rundare sort, mjukare i tonfallet. Gästerna kände jag en viss frändskap med. De flesta verkade, liksom jag, vara stabila, tjockväggiga och tämligen fyrkantiga. Vi passade liksom ihop. De permanentboende var svårare att få grepp om. Alla hade likadana kläder och tillhörde den sturvuxna sorten. Men bakom kläderna föreföll de vara allt annat än "tjockväggiga". De verkade vilsna, ledsna och rädda. Det syntes inte alltid utanpå men kändes i mina väggar. Om man kände sig vilsen och rädd kunde det kanske vara bra för några att bo i mina rum, åtminstone en kortare tid. Där fanns väggar som hette duga, riktigt tjocka och stadiga, de var ingenting att argumentera med, står i alla väder. Tål det mesta. Lite enahanda kanske. Men om man var vilsen och inte riktigt visste vem man var innan man kom till mig, så skulle det nog vara svårt att komma på vem man var medan man bodde här hos mig. De permanentboende som alla hade lika kläder kunde kanske få ett visst stöd av varandra för många av dem verkade ju veta vad vilsenhet intill outhärdlighet ville säga. Men det är inte så lätt för dem som håller på att drunkna att lära varandra simma. Vad kunde de lära av gästerna, de tycktes anse att de visste hur allt skulle vara? De hade nycklar och kunde vandra ut och in som de ville. Men hur mycket visste de om vilsenhet - egentligen?

Det började så småningom gå rykten om att det ovanför dammen hade byggts andra hus. På andra sidan dammen låg redan en byggnad som liknade mig, "Stora Kvinns".

Där fanns bara permanentboende av den kortare, rundare sorten. Där fanns också en mindre byggnad kallad "Stormen". Där var de permanentboende inte bara vilsna, ledsna och rädda utan verkade också förlorade, både för sig själva och för världen.

Men som sagt, ryktena gick om ett helt annat hus ovanför dammen. En märklig byggnad får jag säga. Jag ligger ju stadigt på marken, längs med liksom, men det nya huset lär stå på högkant. Konstigt! Men det verkade inte räcka med det. Tunna väggar och mycket fler och mindre rum. Hur ska det gå med alla höga skrik och dova kvidanden som jag var van vid, dova toner och höga skärande.

I det nya huset skulle finnas både den korta, lite rundare och den längre sortens permanentboende tillsammans. Att gäster, både korta och långa, kunde mötas utan att bli vilsna har jag noterat, men hur skulle det gå att blanda de vilsna av de båda sorterna i det där nya huset, dessutom i kläder som var lika varierade som gästernas? Jag menar, själva tanken var ju att de vilsna skulle vara så lika som möjligt och att de skulle vara så olika gästerna som möjligt? Skulle det inte behövas än stabilare väggar för att klara det kaos som rimligen borde uppstå. Jag förstod inte riktigt!

Jag började själv bli vilsen. Ryktet sa att i det nya huset blev de vilsna mindre vilsna, inte mer. Gästerna verkar vara ungefär som tidigare, kanske lite mindre fyrkantiga och mindre säkra på hur det måste vara. Det verkade helt enkelt som om de vilsna och gästerna började bli mer lika varandra. Dom började prata med varandra på ett annat sätt än hos mig. Ljuden var mjukare och mer varierade, mer som musik föreföll det. Hur kunde det bli så här? Lite skakande faktiskt! Jag började undra vad jag hade varit till för under alla dessa år? Har mina stabila tjocka väggar som jag varit så stolt över inte varit så bra. Vad slags hus har jag varit egentligen och hur tänkte man när jag byggdes? Det tog tid innan jag kom över denna vilsenhet. Jag kände mig fel på ett obehagligt sätt.

Nu är det helt annorlunda. Allt tog en helt oväntad vändning. Alla permanentboende flyttade ut. Inga fler gäster kom. Allt stod stilla. Plötsligt kom byggare som gjorde om mig totalt. Inte på utsidan, guskelov då hade jag väl blivit totalförvirrad. Det fick räcka av det som hände på insidan. Jag ska inte gå in vidare på de ombyggnaderna. De största förändringarna gällde vilka som flyttade in. Alla sorter faktiskt, långa och korta, lite runda, men också en massa ännu kortare, alla permanentboende, inga gäster. Ljuden var också helt annorlunda. Mer som fågelkvitter.



Foto: Av Alindfors - Eget arbete, CC BY 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=8333115> - "Stora Kvinn"

Det var nu en större glädje att vara hus än jag kan minnas. Slutet gott allting gott, särskilt som det verkade vara på samma sätt i alla andra hus runt dammen. Fast någon gång undrar jag var alla de vilsna, rädda och ledsna tagit vägen och hur de bor nu.

Kommentar

Långbro sjukhus började tas i bruk 1909, lades ner permanent 1997 och rymde som mest 1350 patienter. Sjukhusområdet är numera helt förvandlat. Det stora parkområdet har kringbyggts med moderna bostäder

med gröna ytor och dammen i centrum – en riktig oas! Den magnifika överläkarbostaden har blivit restaurang och "Stora Mans" inrymmer numera skola och förskola. Frågan om vart de "vilsna, rädda och ledsna" har tagit vägen finns inget enkelt svar på, men troligtvis har få av dem fått någon glädje av de investeringar som gjorts i området.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se



Storsatsning på nytt kvarter för psykiatrisk vård i Borås



Exteriör framsida: Psykiatrins kvarter sett från framsidan

Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS, i Borås planerar just nu för att samla psykiatri för barn, ungdomar och vuxna i nya och ombyggda lokaler, psykiatrins kvarter. Utformningen skapar förutsättningar för en vård i en välkomnande och läkande miljö som stärker delaktighet och värnar patientens integritet.

Psykiatrins kvarter är SÄS största satsning på både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri på många år, en investering i verksamhetsutveckling där morgondagens specialistvård formas i en ljus och öppen atmosfär. I grunden ligger en avsiktsförklaring som arbetades fram 2012 och som fastslår värdegrund och bärande principer för den psykiatriska vården.

Som bygginvestering består projektet av ett helt nytt hus och en befintlig byggnad som ska renoveras och byggas om. De sammanlänkas av en ny entrébyggnad i ett plan. I april gav sjukhusstyrelsen klartecken för investeringen på drygt 750 miljoner kronor.

Efterlängtat satsning sedan många år

Detta har vi väntat på länge! Det gör det naturligtvis än mer efterlängtat, säger Bengt-Arne Andersson, verksamhetschef på vuxenpsykiatriska kliniken, VUP. Nu får vi en möjlighet att erbjuda en bättre vård för våra svårast sjuka patienter, i en miljö som blir läkande och attraktiv för alla som befinner sig där.

Dessutom får vi fler vårdplatser, något som vi över tid behöver ha tillgång till. SÄS ska vara stolt över att ha flyttat fram positionerna för psykiatrin som medicinsk disciplin, säger han.



Samtalsrum

Den psykiatriska vården på SÄS, framförallt för vuxna, har hittills kännetecknats av betydligt färre vårdplatser än genomsnittet. Dessutom saknas enkelrum inom både BUP och VUP. Psykiatrins kvarter är därför en förutsättning för en värdig, säker och förbättrad patientmiljö. Därtill kommer samordningsvinster genom närheten mellan vuxenpsykiatrins heldygnsvård och öppenvård.

Jag är så glad att detta eftersatta område nu får en rejäl satsning, säger sjukhusdirektör Thomas Wallén. Projektet är i grunden vårdutveckling där lokalerna ska stödja en vård i absolut framkant.

Neutrala samtalsrum en av utgångspunkterna i planeringen

Projektet innebär att det blir en ny vårdbyggnad för heldygnsvården inom BUP och VUP, och för klinikernas



Vårdrum

akutmottagningar. BUP:s neuropsykiatriska mottagning placeras i kvarter, medan öppenvården i övrigt blir fortsatt utlokaliserad till andra platser i Borås. Öppenvården inom VUP i Borås samlokaliseras i den byggnad där kliniken vårdavdelningar nu finns. Också vuxenpsykiatrisk rehabilitering integreras inom kvarteret.

Med denna lösning underlättas samarbete mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, minskas gränserna mellan öppen- och heldygnsvård och det skapas bättre förutsättningar för nya verksamhetsformer och nya uppdrag.

En viktig princip i utformningen av lokalerna är de neutrala, jämlika samtalsrummen där varje patient möter sin behandlare i ett rum avsett för just samtal, där den fysiska miljön ska skapa trygghet i mötet. För att öka delaktigheten i vård och behandling utrustas samtalsrummen med digital teknik som ger möjlighet till dokumentation på plats. Patienten med eventuella närstående ska kunna se sin journal genom bildskärmar som kopplas till bärbara datorer.

Den nya byggnaden är ritad av arkitektbyrån White. Konceptet präglas av ljus och värme i interiörerna och tar tillvara den omgivande naturen som en del av vården. Både yttre och inre miljöer utgår från kunskapen om arkitekturens lugnande och läkande inverkan.

Naturen runtomkring tas tillvara i arkitekturen

Tomten för psykiatrin kvarter ligger i direkt anslutning till park- och skogsområden och kommer att ha flera avgränsade utegårdar. Gårdarna har var och en sin egen identitet, utformad för aktivitet och vila, gemenskap och avskildhet, allt utifrån patienternas och verksamhetens behov.

Sjukhusstyrelsens ja till psykiatrin kvarter innebär att projektet godkänts i den första politiska nivån. Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen avgör när byggfasen kan komma igång genom att avsätta investeringsmedel. Det beslutet väntas i höst. Byggandet sker i några steg, och om den beräknade tidplanen för beslut och genomförande håller är den nya byggnaden klar för inflyttning under 2018. Kvarteret i sin helhet ska enligt planerna vara klart i början av 2021.

Många medarbetare har lagt ner stort engagemang under lång tid för att komma så här långt i planeringen, säger BUP:s verksamhetschef Ewa Hedström. Jag är väl medveten om att det tagit tid och kraft från annat men förhoppningsvis får vi det tillbaka när vi väl flyttar in. Och även om styrelsens beslut är ett stort steg på vägen fortsätter förstås arbetet framöver, med bland annat diskussioner om arbetssätt, samarbetsformer och mycket annat.



Lena Löfgren
Kommunikatör psykiatrin kvarter,
Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Mer information finns på projektets webbplats: <http://www.vgregion.se/sv/sas/om-sjukhuset/Psykiatrin-kvarter/>

Brukarinflytande vid nybygge

Vuxenpsykiatrien vid Södra Älvsborgs Sjukhus har sedan många år ett aktivt brukarråd. Rådet består av deltagare från brukar/anhörigföreningar samt personal från verksamheten.

Camilla Larsson sitter med i brukarrådet och är också rådets representant i den projektgrupp som finns för bygget, som beskrivs på föregående sidor.

Nå, Camilla, hur ser det ut i verkligheten? Brukarråd, är det en fjäder i hatten för verksamheten eller handlar det om reellt brukarinflytande?

Jag tycker att vi i brukarrådet har haft inflytande i många frågor och att man lyssnar till oss. Att man tar oss på allvar. Psykiatrien har haft brukarråd så pass länge att de är vana att vi är med på ledningsmöten o.s.v. Jag tycker att projektledaren vid SÄS, har varit engagerad i vår närvaro och varit noggrann med att rikta frågor till oss och inhämta våra åsikter. Hennes inställning har gett oss möjlighet att föra fram våra åsikter. Oavsett om vi varit positiva eller negativa. Givetvis finns det en vinning för dem också. De kan hänvisa till att brukare har varit delaktiga och därmed sanktionera beslut.

På vilket sätt har ni i brukarrådet varit involverade i denna planering?

Nu när byggprojektet tog fart igen så har vi varit med i stort sett alla arbetsgrupper. Dels i klinikledningen, där vi även representerar brukarrådet i normala fall, och dels i projektledningsgruppen. Det har funnits arbetsgrupper för öppenvård, slutenvård och allmänna ytor m.m. och där har vi haft en representant med.

Vilka specifika brukarfrågor har ni fört fram i projektgruppen?

Jag har hört att det framfördes kritik mot ett glashus när ritningen togs fram och när White vann tävlingen. Vi har lyft fram att vi önskat att det fanns fler vådrum. Kommer de som det nu planeras för räcka till? Vore tråkigt om vi återigen satt där efter några år med brist på platser. I slutenvården har vi lyft fram att rum för aktiviteter och besöksrum utanför avdelningen för anhöriga till patienter som ligger inne är viktigt.

I öppenvården ska samtal med exempelvis läkare ske i samtalsrum och inte inne på läkarens kontor.. Patienten ska kunna vara delaktig och även ha insyn i vad som dokumenteras.

Det som kommit till och som vi tyckt varit viktigt är att ECT-behandlingen skall ske i det nya huset. De som behöver denna behandling skall inte behöva köras fram och tillbaka

i kulverten. Frågan undersöktes noggrant och det ledde fram till att de bygger in det.

Den stora skiljelinjen har nog varit frågan om Torget, d.v.s. entrén där det kommer vara ett stort flöde av personer. Patienter ska checka in i receptionen samtidigt som campus med alla studenter rör sig i området. All personal från sjukhuset skall gå igenom byggnaden till matsalen. Visst är tanken bra med att ta bort stigmatiseringen men frågan är på vems bekostnad. Vem ska bestämma? Patienter eller ledning/personal? Frågan är komplex då det finns de som inte har några problem med detta men vissa tycker detta är oerhört svårt.

Vi har även påpekat svårigheten för barn- och ungdomar och deras anhöriga att gå igenom Torget och att checka in i den gemensamma receptionen. Barn med ex. AST kan få utbrott och det är stressigt för dem och anhöriga att behöva blottas inför publik. Skillnaden mot vuxna är att de väljer själva. Det är vuxna som fattat beslut åt dem.

Har de lyssnat på er?

Vi har fått uttrycka oss och jag upplever att de lyssnat. I vissa frågor har vi fått gehör men vi har givetvis inte fått som vi vill på alla punkter.

Är det bra att bygga ut heldygnsvården – drabbas inte öppenvården av detta?

Heldygnsvården måste byggas ut och få en helt annan prioritet. En del ligger inne en längre tid och en del på LPT. Att få ett enkelrum och en möjlighet att dra sig undan och inte ha människor runt sig hela tiden. Samtidigt måste det finnas rum för aktiviteter. Att vårdtiden inte bara blir passiv. Värde hos psykiatripatienter måste höjas, de är också värda bra vård och vårdmiljö. Jag tror att många kan återhämta sig fortare när miljön är bättre. Givetvis är inte en ny byggnad och fräsch vårdmiljö lösningen på allt. Vårdinnehåll och tillgång på sjuksköterskor och läkare är en förutsättning för att kunna ge vård överhuvudtaget.

Patienter som går på öppenvård gör oftast korta besök och jag kan inte se att de drabbas av en utbyggnad av heldygnsvården. Behoven är mindre för många av mottagningarna.

Stina Djurberg
Redaktionen, Svensk Psykiatri



Helix – Hur blev hen till och hur blev det?

Bakgrund och tillblivelseprocess

I början av 2000-talet var läget inom rättspsykiatri i Stockholm ansträngt med många överbeläggningar och trånga lokaler inom dåvarande Rättspsykiatriska Vårdsektionen inom Södra Länets produktionsområde. Kriminalvården som på uppdrag av regeringen sett över säkerheten hade kritiska synpunkter vilka delades av Arbetsmiljöverket. Vårdmiljön uppfattades inte heller som modern eller ändamålsenlig. Under 2003 påbörjades en behovsanalys avseende det framtida lokalbehovet för rättspsykiatri inom SLPO.

Behovsanalysen följdes av en förstudie med tillhörande tomtutredning under 2005.

Därefter fattades beslut om att man skulle gå vidare och genomföra en arkitektävling. Arkitektävlingen utgjorde också upphandling av den arkitekt och konsultgrupp som skulle få i uppdrag att rita och projektera den nya anläggningen. Under tiden december 2005 - juni 2006 genomfördes arkitektävlingen och en jury bedömde de fem olika anonymt inlämnade förslagen. BSK arkitekter lämnade in det vinnande förslaget Helix.

Arkitekter, konsulter och verksamhetsföreträdare skred till verket och påbörjade ett intensivt arbete. I november 2007 fattade landstingsfullmäktige investeringsbeslutet att genomföra Helix till en investeringskostnad om 762 miljoner plus ytterligare 62 miljoner för säkerhet och inredning/utrustning.

2008 upphandlades NCC som byggtreprenör. Den första systemhandlingen var klar september 2008 och utgjorde kalkyleringsgrund för faktiska kostnader som visade sig bli alltför höga varför man genomförde en omarbetning. 2009-11-30 var den nya systemhandlingen klar vilken ligger till grund för hur Helix byggdes.

2010-04-12 genomfördes det första spadtaget som egentligen var en sprängning av berget där Helix parkering ligger.

Efter drygt två års byggtid kunde fastigheten överlämnas av byggtreprenören till Locum 16 augusti 2012.

Inflyttningen skedde 3-10 december 2012 efter en intensiv personalintroduktion och Helix har nu i maj 2016 varit i drift i drygt 42 månader.

Målsättning och nådde vi dit?

Det övergripande målet för Helix var att skapa en modern arbets- och vårdmiljö med hög säkerhet anpassad för den rättspsykiatriska vårdkedjan. Innebörden av hela vårdkedjan var för Helix att hysa all verksamhet från Rättsmedicinalverkets utredningsverksamhet till den rättspsykiatriska öppenvården.

Jag tycker att Helix med råge uppfyllt och uppfyller målet så här 42 månader senare.

För patienterna och klienterna har Helix inneburit att man har låsbara enkelrum med egna hygienutrymmen och ganska gott om plats. Anläggningen har stora ljusinsläpp som på ett naturligt sätt hanterar dagsljuset. Man har en god tillgång till fina naturmiljöer och aktivitetsutrymmen.

Utan att ha siffror på det så tror jag att alla upplever miljön som lugnare och ljusare än tidigare och att detta förhindrar stress och incidenter och hjälper till med patienternas rehabilitering. Nedanstående citat från två medarbetare belyser graden av måluppfyllelse.

Helix visar att man vågade fatta beslut och genomföra en byggnation som är avsedd för rättspsykiatriska patienter. Man kunde stå upp för att de patienterna också har rätt till en värdig miljö. Byggnaden visar på respekt för patienterna som människor och deras integritet. Många detaljer visar detta, t.ex. så har man valt formspråk, rumslösningar och funktion på ett sätt som sätter patienten, dennes person och integritet centralt. Man har också lyckats väga in flera andra aspekter till exempel arbetsmiljö utan att störa den öppna och variationsrika miljön i en sluten anläggning. Ungefär samma sak kan sägas om

säkerhetslösningarna där både krav på integritet och säkerhet samsas.

Kaj Forslund Verksamhetschef Rättspsykiatri Vård Stockholm RPV

Känslan när man kommer till jobbet är inte att man är på väg till ett fängelse eller en vårdinrättning, murarna döljs listigt på båda sidorna så det känns mer som att komma till ett typ hotell! Samma känsla följer med in, varken sjukhus eller fängelse, blandningen av mjukt och hårt av trä och betong i inredningen är en lyckad kombination!

Magnus Hellberg Vaktmästare Helix

År 2013 fick Helix utmärkelsen "Årets bygge" av Sveriges Byggindustrier, i konkurrens med 20 andra byggprojekt och under 2016 års Internationella Arkitekturbiennal i Venedig är Helix ett av de projekt som kommer att representera Sverige.

Magnus Kristiansson

Verksamhetens projektledare under projektering och byggnation, Helix

**Biträdande verksamhetschef/Sektionschef
Säkerhetsansvarig enligt SOSFS 2006:9
Rättspsykiatri Vård Stockholm**



Vadstena – sjukvårdsstaden



Asylen, Vadstena hospital, Sweden. (Wikipedia)

Flera av de stora inrättningarna i Vadstena, t.ex. hospitalet, krigsmanshuset och sinnessjukhuset, har haft det gemensamt att de placerades i Vadstena därför att det i staden funnits stora och präktiga byggnader i statens ägo som måste få en användning.

Helgeandshuset

Den första uppgiften om Helgeandshuset är från 1401 och det kom alltså till ungefär samtidigt som Vadstena fick sina stadsrättigheter (som följd av att klostrets inrättats 1384). Helgeandshuset var i drift fram till 1532. Byggnaden är fortfarande till vissa delar bevarad och ligger i hörnet Helgeandsgatan och Storgatan och innehåller nu en restaurang, ett kafé och ett konstgalleri. De medeltida helgeandshusen var i första hand försörjningsinrättningar för människor som inte kunde ta hand om sig själva. Det förekom knappast någon egentlig sjukvård, bot och lindring kunde erbjudas genom att sovsalen hade en öppning mot andaktsrummet, så att även de som var sängliggande kunde ta del av Guds ord och hoppet om frälsning.

Mårten Skinnarens hus

Mårten Skinnare var född i Vadstena och hade blivit förmögen genom att handla med skinn och koppar. Det tycks ha varit missnöjet med att helgeandshuset uteslöt de allra fattigaste, och de dåliga förhållandena i den

gamla inrättningen, som legat bakom Mårten Skinnarens hospitalsinitiativ. Abbedissan vid Vadstena kloster upplät på S:t Johannis Baptistas afton, alltså midsommaraftenen, år 1519 tre tomter till handelsmannen Mårten Nilsson Skinnare. Här skulle Mårten bygga ett pilgrimshärbärge och fattighus för dem som på grund av sitt armod inte hade råd att på sin ålderdom lösa in sig i ett helgeandshus eller hospital. Redan samma år talar Mårten i ett donationsbrev om tomterna "jac haffer latidh byggia huus oppa med myna arfinghe penninghe". Av biskop Hans Brask brev 1521 framgår också att det då fanns såväl ett kapell ("vid S:te Pedhers Kyrkia mur") som en sjukstuga och ett boningshus ("eth Siukahuss oc Vaaning"). Vi kan därför utgå från att Mårten Skinnarens ursprungliga hospitalstiftelse låg där Mårten Skinnarens hus nu är beläget. Ovanför ingångsdörren finns också en, visserligen icke ursprunglig, inskriftstavla med texten "Hoc hospitium extruxit Martinus Skinnare anno MDXX" (Detta hospital inrättade Mårten Skinnare 1520). Men det har alltid stått klart att detta mycket speciella bostadshus inte varit själva hospitalet. En lantmäteriuppmätning av hospitalet och angränsande tomter inför byggandet av ett nytt hospital 1702 visar att själva hospitalsbyggnaden var belägen längre åt öster och var omgiven av en gräshage. På lantmäterikartan är Mårten Skinnarens hus betecknat "Fateburen".

Det kan fastställas att hospitalets hus varit uppförda av trä och haft en ingång till stenhusets bottenvåning. Eekbourn beskriver stenhuset som "Ett lijtet Stenhuus af Tegel stensmuhr upbygdt (Fateburen kallat) derest Hospitals Skrifter, och andre förnemste saker och medel förwaras."

Som tidigare nämnts hängde den andliga och kroppsliga vården samman i medeltidens helgeandshus och hospital. Hospitalets ledare var hospitalspredikanten, som också bodde inom området. Han hade vid sin sida en 'de fattigas förman', senare kallad syssloman. Det förefaller troligt att "Mårten Skinnares hus" var predikantens hus och kontor, där denne, även efter det han lämnat den vid 1600-talets slut omoderna bostaden, fortfarande förvarade hospitalets många viktiga åtkomsthändingar, brev och värdesaker.

Mårten Skinnares hus är unikt i Sverige, även om det har tydliga förebilder i hus från medeltiden och renässansen i kontinentala städer. Det skiljer sig däremot mycket starkt från övriga 1500-talshus i Vadstena. Mårten Skinnares hus har bekväma, invändiga trappor till såväl bostadsvåningen som vinden, liksom en trappa i murtjockleken vid norra gaveln som gör det lätt att från bostadsrummet nå förvaringsutrymmena i bottenvåningen. Preveten (inomhusdasset) är välbyggd och har utslagshål för spillvatten. Utsparningar i de tjocka tegelväggarna har gett möjlighet till en rad väggskåp, vilket tyder på att rummet haft en panelinredning av 1500-talstyp och sannolikt också fasta bänkar längs långsidorna. Både bostadsrummet och karnaprummet har öppna spisar av sen 1500-tals typ.

Johan III:s hospital

Johan III ägnade sig efter sitt trontillträde mycket åt att återställa de kyrkliga institutionernas byggnader i Vadstena. År 1587 beslöt han parallellt med bygget av slottet att bygga ett nytt hospital. Hospitalsbyggnaden lades i anslutning till Mårten Skinnares hus, den byggdes om och byggdes till i flera omgångar så att den fick sin nuvarande form som fortfarande är bevarad. Även här var den kyrksal som binder ihop de två längorna runt en central gård ett rum med central funktion.

Vid 1700-talets mitt deklarerades att de statliga hospitalen i första hand skulle vara avsedda för sinnessjuka. Vid Vadstena hospital togs 1757 en helt ny byggnad i bruk som enbart var avsedd för sinnessjuka, "Stora Dårhuset". Man anställde särskilda dårhuskvinnor och dårvaktare för att sköta de sinnessjuka. Vid slutet av 1700-talet började Vadstena bli känt som "dårarnas stad" och flera resenärer besökte enligt tidens sed hospitalet och berättade sedan vad de sett i denna märkliga inrättning. Stora Dårhuset finns bevarat och är i dag sjukvårdsmuseum. Dessa byggnader var i drift 1826-1962.

Krigsmanshuset

När de sista nunnorna lämnat klostret 1595 uppkom frågan hur man skulle använda de stora och välbyggda husen.

I de stora krigen i Europa skadades många soldater och officerare så att de inte längre dög för krigstjänst och inte heller kunde arbeta för sin försörjning. Gustaf II Adolf tog initiativ till en invalidinrättning och han tänkte sig att den kunde förläggas till Vadstena kloster. Drottning Kristina avsatte medel och Krigsmanshuset, som inrymdes i det tidigare nunneklostret, dvs. Bjälboättens palats, fungerade 1643-1783. När Krigsmanshuset stängde övergick lokalerna till att användas för de sinnessjuka.

1:a klassen mans

På 1820-talet expanderade verksamheten för vård av sinnessjuka i Vadstena. Mer utrymme behövdes och Kungliga Serafimerorden köpte en fastighet på Tomt 99 av kamrer Johan Dahlström för att inhysa "wansinnige personer af de mera bildade folkklasserne". Byggmästare Abraham Nyström anlätades för att anpassa de befintliga byggnaderna till sin nya användning. Han hade år 1808, endast 19 år gammal, utsetts till sockenmurare. Under åren ritade och byggde han hundratals byggnader: gods och gårdar, slott och kyrkor, framför allt i Östergötland.

År 1836 flyttade 13 betalande patienter in i 1:a klassen.



Här väntade ett eget rum på varje intagen herre, fullt möblerat och med schablonmålade väggar. I bagaget hade de sitt privata sänglinne och två silverskedar för maten. Patienterna ansågs möjliga att bota och bedömdes bli friska efter ett par års behandling. En rejäl summa betalades för vård och uppehälle och till uppassning hade man med sig sin betjänt som bodde i ett anslutande rum. I Norra flygeln fanns vaktrum utanför varje patientrum. Därifrån eldades kakelugnarna och de intagna herrarna övervakades. Betalande patienter fanns kvar i "1:a klassen" fram till 1950-talet då de flyttades till nya Birgittas sjukhus.

Alla kakelugnar kunde låsas med en speciell nyckel för att de sjuka inte skulle komma åt elden. Även fönstren var låsta och låsen sitter fortfarande kvar i de gamla ytterbågarna. Rum 3 och 4 saknar fönsterlås eftersom de på 1800-talet inte användes som patientrum. Istället bildade de tillsammans ett enda stort rum som gemensamt användes för rekreation. Här spelade herrarna biljard och

då behövdes tydligen inga lås.

Delar av redaktionen för Svensk Psykiatri tillbringade i samband med ett redaktionsmöte en natt på Dahlströmska gården hösten 2015 och rapporteras ha sovit gott.

Asylen

Asyl betyder fristad. Det blev benämningen på flera av de stora förvaringsanläggningar som grundades för hundratals sinnessjuka under 1800-talets sista årtionde. I Vadstena togs lokaler från det nedlagda sockerbruket i anspråk och efter ombyggnationer kunde det öppna i slutet av 1895. Lokalerna var i drift till 1973, en bidragande orsak till stängningen var den första oljekrisen som gjorde uppvärmningen av det gamla huset för dyr. Under min psykiatritjänstgöring på läkarlinjen gjorde vi studiebesök på Asylen och förevisades kroniska schizofrenipatienter som vistats på sjukhuset i årtionden.

Norra sjukhuset - Birgittas Sjukhus

Evakueringen av de gamla omoderna vårdavdelningarna i nunneklostret genomfördes den tolfte december 1951. Dessa lokaler, av vilka merparten hade varit i bruk ända sedan kurhospitalet öppnades år 1829, var sedan länge otidsenliga både beträffande vårdmiljö och arbetsmiljö. Att man nu äntligen skulle få ta helt nybyggda paviljonger i bruk tillmättes därför en mycket stor betydelse för utvecklandet av vården vid Birgittas Sjukhus. Själva utflyttningen refererades i radio och bandinspelningarna från detta tillfälle ger belägg för en synnerligen stark framtidstro bland intervjuad personal, en framtidstro som spädades på ytterligare av överläkaren Einar Sellbergs tidningsartikel i Östgötabladet, publicerad på julaftonen 1951. Där låter doktor Sellberg sina egna visioner flöda när han manar fram bilden av den moderna sjukhusstad som nu ska växa fram. Nu skulle ljus och luft in i lokalerna och hela den yttre miljön få en utformning i läkande syfte för oroliga själar. Parker med lummig växtlighet skulle omge de nya paviljongerna, en fontän skulle småningom komma att bidra med ett rogivande porlande, en simbassäng för kroppens rekreation stod också på doktors önskelista. Som en utgångspunkt för dessa tankar stod dock fortfarande år 1951 föreställningen om ett boende, mer eller mindre permanent, i centrum för psykiatrin. Det var fortfarande långt kvar till dess att öppna vårdformer och satsningar på rehabilitering skulle slå igenom.

I kontrast mot förhållandena i nunneklostret installerades i de nya paviljongerna vid Norra sjukhuset centralvärme, efter tidens krav väl tilltagna dusch- och hygienutrymmen och ett ventilationssystem som skulle föra bort skämd luft. Redan Gustaf Vasa hade 1551 talat om "en mäktig ond stank" från det dåvarande hospitalet på Gråmunkeholmen i Stockholm och föreskrev att nya hospital skulle ha "många fönster uppå, så att den onde lukt där inne hos dem, måtte ha tillfälle att draga ut". Sopnedkast och tvättnedkast minskade också hygieniska olägenheter samtidigt som

det gjorde arbetet mindre tungt. Nödvändiga transporter till och från avdelningarna underlättades av hissar. Även köksarbetet moderniserades med elektriska spisar och kylskåp.

Utflyttningen 1951 genomfördes i form av en övning för militär från Linköping; patienttransporterna sköttes till allra största delen med militära ambulansfordon. Sjukvårdspersonalen var tillsagd att hålla sig lite i bakgrunden och endast bistå med nödvändiga råd. Efter genomförd överflyttning hölls en sammankomst med åtföljande gudstjänst i församlingshemmet. Närvarande var personal och fackliga företrädare, en del patienter och representanter för sjukhusledningen. Ett luciatåg passerade och radion sände. Överläkaren slog fast att detta var en märkesdag i ortens långa vårdhistoria. Först 1962 var det nya Birgittas sjukhus färdigt och kunde invigas, samtidigt som de gamla lokalerna i klostret kunde stängas.

Rättspsykiatriska regionkliniken

Som mest fanns på Birgittas sjukhus ca 1200 intagna patienter. I Vadstena bor ca 7500 invånare. Numer är större delen av Birgittas sjukhus omvandlat till kontorslokaler och bostäder. Men Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena ligger på området och håller på att byggas ut med nya vårdbyggnader. Det är en av fem rättspsykiatriska regionkliniker i landet och fungerar som en gemensam resurs för sydöstra sjukvårdsregionen med 72 vårdplatser.

Per Gustafsson
Professor, överläkare
BUP-kliniken Linköping

Källor

Ovanstående texter är hämtade från följande källor, delar är direkta citat, annat är mina sammanfattningar och lite egna ord för att binda ihop det hela. Jag är ansvarig för slutresultatet och ev. missuppfattningar och felaktigheter.

600 år i Vadstena - Vadstenas historia från äldsta tider till år 2000/Gunnar Lindqvist, Göran Söderström, Stockholm, 2000 (Avsnitten fr.o.m. Helgeandshuset t.o.m. Krigsmanshuset).

Ett dårhus historia - Dahlströmska gården "1:a klassen mans". Kajsa Langeby. <http://www.platsr.se/platsr/visa/story/storyid/51000000025921/placeid/51000000025880/fromplace>true> (Avsnittet om 1:a klassen mans).

En enkel Vadstena: En bok om arbetslivet på Birgittas sjukhus och Vadstena hospital. Projektledare och redaktör: Dag Källman. Vadstena Svenska kommunalarbetsareförbundet avd. 12 Östergötland, 1998 (Avsnitten fr.o.m. Asylen t.o.m. Norra sjukhuset).



PRISBELÖNT MÄNNISKOFIENTLIG PSYKIATRIBYGGNAD I UPPSALA

”En kall yxegg mot patienterna”, ”kall och avvisande i varje detalj” och ”den mest människofientliga byggnad” han sett enligt en professor på grannkliniken (1). Samtidigt har byggnaden utnämnts till världens nionde mest arkitektoniskt imponerande sjukhusbyggnad (2) och nominerats till Årets bygge 2014 (3). Det relativt nybyggda Psykiatrins Hus i Uppsala väcker uppenbarligen känslor. Är det sjukhusarkitektoniskt mästerverk, en människofientlig yxegg mot patienterna, eller kanske bådadera? Tre år efter invigningen bör de värsta känslostormarna lagt sig så pass att man kan se mer objektivt på Uppsalas nya psykiatriska centrum.

Psykiatri på sjukhusområdet?

Men låt oss först backa bandet till 2007, då bygget projekterades. Psykiatrin i Uppsala var utspridd över stora delar av staden, det mest på Ulleråker, på tryggt avstånd från resten av staden. Landstingets ville genom en nybyggnation på sjukhusområdet samlokalisera öppen- och slutenvård, och inte minst föra hela psykiatrin närmare somatiken. Man ville även integrera undervisning och forskning i vården genom att förlägga universitetets lokaler i anslutning till vårdmiljön. Som alltid med stora projekt tycks det finnas ett starkt samband mellan projektets storlek och svulstigheten i formuleringarna (ett uppslag för såväl kvalitativ som kvantitativ forskning!), och man sparade inte på krutet när det gällde värdeorden. Ett nytt psykiatriskt centrum skulle byggas i Uppsala, och en tävling utlystes med ordpastejer som ”Vårdlokalerna ska visa respekt för patienten som en individ med resurser”, ”byggnadens attityd ska vara optimistisk, trygg, modern, vardaglig, professionell,

välkomnande” (4) - allt i ”4 accentfärger, 12 nyanser” (5).

Stor nybyggnation i Uppsala

Tengboms arkitektkontor tog hem tävlingen. Fyra byggår och 904 miljoner kronor senare invigdes 2013 det sex våningar höga Psykiatrins Hus. Arkitekternas ursprungliga, något grandiosa vision ”Naturen med sin läkande kraft, har använts som identitetsskapande komponent i Psykiatrins hus och skapar en kontemplativ arbetsmiljö”, fick till viss del stryka på foten. De vattenfall och berg(!) som planerats i huset blev till en stillsamt porlande fontän och en ”litiumsten” i glasfiber. En planerad ”serie sjöar” ersattes av två vattenspeglar, som både en och två personer lyckades trampa ned i veckorna efter invigningen.

Men även om arkitektens högtflygande planer inte infriades framstår byggnaden som imponerade jämfört med de flesta sjukhusbyggnader i Sverige. När man passerar entrén tar man rulltrappan (den första på ett svenskt sjukhus?) till den ljusa överglasade gården med restaurang, reception, bibliotek och till och med en liten konstutställning. Två mindre gårdar ger ljus till arbetsplatserna, och på taket finns förutom 220 kvm solfångare en stor terrass för både personal och patienter. Den stramt formgivna fasaden i glas och ljus betong ter sig inte längre särskilt yxhuggslik när den väl funnit sig till rätta och blivit en del av vardagen på sjukhusområdet, och utsikten över slottet och staden från jourrummet på femte våningen är bland de bättre i Uppsala.

En sjukhusklassiker: lokalbrist

Allt som var tänkt att rymmas på husets 30 000 kvm fick i

vårdplatser, sju öppenvårdsmottagningar, en akutmottagning och en modern enhet för ECT och transkraniell magnetstimulering gör Psykiatrins Hus ändå skäl för namnet. Förutom de vårdinriktade utrymmena finns även ett aktivitetsplan med träningsmöjligheter, rum för patientföreningar, och ett av sjukhuskyrkans Andrum i huset. Dessutom är Universitetets lokaler integrerade med öppenvårdsmottagningarna, och en stor föreläsningssal finns på bottenvåningen.

Bättre vård?

Finns det då några nackdelar med det nya huset? Att all verksamhet inte fick plats och att all personal sitter i kontorslandskap är långt ifrån oproblematiskt, och förstås särskilt impopulärt hos dem som sedan tidigare var vana vid egna rum. Som ST-läkare lever man som bekant ändå ett nomadliv på sjukhuset, och då framstår det kanske inte lika illa att arbeta i sin spilta (och ha patientsamtal i olika samtalsrum). Att ventilationen i rökrummen var så dålig att de stängdes (vilket man raskt omformulerade till en vision om ett rökfritt sjukhus) är inte populärt hos patienterna, men förhoppningsvis uppvägs det av bättre lokaler och enkelrum med balkong och eget badrum.

På det stora hela är jag övertygad om att flytten till Psykiatrins hus inneburit en klar förbättring, inte minst med närheten mellan öppen- och slutenvården och dessutom till resten av sjukhuset med röntgen och konsultationsmöjligheter. Att psykiatrisk vård ska bedrivas på sjukhusområdet känns tre år efter

flytten som en självklarhet, och att gå tillbaka till en utlokaliserad psykiatri är svårt att tänka sig. Socialt är det dessutom ett stort plus att kunna luncha med arbetskamrater från helt andra delar av verksamheten i den gemensamma matsalen. Sammantaget är Psykiatrins Hus, inte minst lokalmässigt, ett av de absolut bästa ställen där jag arbetat på Akademiska sjukhuset, och efter tre år där skulle jag aldrig byta bort vårt allt annat än människofientliga hus.

Niklas Hörberg
ST-läkare psykiatri
Uppsala

Referenser:

<http://www.unt.se/asikt/debatt/en-kall-yxegg-mot-patienterna-2384601.aspx>

<http://www.onlinemastersinpublichealth.com/impressive-hospitals/>

<http://byggindustrin.se/artikel/fordjupning/formmattad-arkitektur-ramar-psykiatrins-hus-19660>

LUL:s tävlingsprogram

<http://martela.se/referenser/psykiatrins-hus>

Bildtexter:

1. Psykiatrins hus bredvid sjukhusets äldsta byggnad från 1864.
2. Ljusgården.



Ett modernt hus med gamla idéer

För nästan tre år sedan skrev jag en debattartikel i Uppsala Nya Tidning (UNT) som jag fortfarande tycker gäller. Tove Gunnarsson, huvudredaktör, frågade mig nyligen om jag kunde skriva något i samband med mina synpunkter då... och kanske reflektioner idag?

Jag närmar mig pension snart från psykosmottagningen. Jag har vandrat inom Uppsalas psykiatri från ett ST-block på gamla Ulleråker till mitt aktuella jobb som kliniker i Psykiatrins hus, paus med biståndsarbete i Nicaragua, disputation i Umeå med hjälp av Lars Jacobsson, klinikchef inom allmänpsykiatri, sabbatsår i hemlandet Argentina och sedan återigen jobbat med stor glädje som kliniker för psykosvård inom öppenvården, med tillgång till en mellanvårdstänkan delning. Vi levde upp till nationella riktlinjers mål för schizofreni: ett så normalt liv som möjligt... tills vi fick nya lokaler i Psykiatrins hus. Jag kan bara konstatera efter tre år att formen präglar innehållet, slutsatsen är att slutenvårdstänkandet dominerar. (Kommentar: en domare från Förvaltningsrätten påpekade för oss förra året att vi hade det högsta antalet LPT i öppenvård i regionen).

Vi flyttade in i Psykiatrins hus i mars 2013. Starka känslor väcktes, många insändare och debattartiklar skrevs i Uppsala. Jag minns en liten undersökning jag förde med mina patienter under de tre första veckorna vi började arbeta här. Vad tycker du om huset i sig? En enkel fråga och nästan alla gav mig samma snabba svar... med annorlunda intonation. Fyrtio- och femtiotalisterna svarade "usch, det ser ut som ett shoppingcenter". Åttio- och nittitalisterna svarade "kul, det ser ut som ett shoppingcenter!". Och på den vägen är vi fortfarande, skrämmande för några, kul för andra.

"En kall yxegg mot patienterna" var titeln och "hur kunde Psykiatrins hus bli så kallt och människofientligt?" skrev Gunnar Birgegård, professor emeritus i medicin (UNT 2013-04-22). "Bemötande viktigare än väggar" svarade dåvarande divisionschef Åsa Hagberg (UNT 2013-04-29) några dagar senare. "Huset ger mig rysningar", "jag blev chockad", "här måste man vara frisk" eller "huset försvårar läkandet" är några titlar på olika insändare av patienter i slutet av april 2013.

Senare i maj fortsätter debatten av Martin Wohlin, universitetslektor inom akutsjukvård (UNT 2013-05-22). "Föreslår att man snarast utreder möjligheten att flytta administrativ personal ut från sjukhuset till Psykiatrins hus, de skulle säkert trivas bättre i ett modernt hus med glasväggar, kontorslandskap och högt i tak än våra allra mest sköra och sjuka medmänniskor". Svaret blir samma dag av utvecklingschef inom psykiatridivisionen Åsa Törnkvist samt utredningssekreterare Elisabeth Alphonse, med egen erfarenhet av psykisk sjukdom, att "patienterna är värda moderna lokaler" och "något som däremot inte framkommit i mediedebatten är att väldigt många patienter och anhöriga är nöjda med lokalerna".

För min del började jag min debattartikel med frågan: Psykiatrins hus, framtidens psykiatri?

Från ett historiskt perspektiv kan det väl sägas att Psykiatrins hus på 1970- och 1980-talet var Ulleråkers framtid. Där ville vi unga psykiatriker i Uppsala lämna ett mentalsjukhus bakom oss och definitivt stänga det gamla "därhuset" för att flytta in i ett modernt hus där slutenvårdade psykiatripatienter skulle få en bättre miljö nära den somatiska vården på Akademiska sjukhuset.

Psykiatrin är i princip en vetenskaplig och humanistisk verksamhet. Vi ville också få till en mer demokratisk psykiatri, nära befolkningen och primärvården. Öppenvården flyttade ut till samhället genom så kallade sektorer inom allmänpsykiatrin. Under processen på 1990-talet ändrades öppenvården till en mer specialiserad verksamhet. Jag var klinikchef då för Allmänpsykiatri och kan erkännas att det var roligare att vara visionär administratör när man inte ska spara och har omkring sig entusiaster som Ing-Marie Wieselgren, Henrik Pelling eller Frits-Axel Wiesel. Vi inom psykiatrin kunde använda den explosionsartade mängd kunskap inom området som forskningen bidrog med.

Psykiatrin i Uppsala utvecklade kompetensen inom olika subspecialiserade kliniker med en relativt bra balans i vårdkedjan mellan öppen- och slutenvård, där öppenvården skulle vara basen och styra verksamheten. Den övergripande målsättningen var en vårdkedja som nästan helt klarar sig utan slutenvård och tvångsvård.

Efter några månader i Psykiatrins hus kunde vi konstatera att slutenvården blivit den dominerande kulturen. Väggarna och miljön spelar roll och påverkar mötet med patienterna. Hygientänkandet och de vita kläderna kan behövas på en avdelning men gör att mötet i öppenvården blir mer medikaliserat och striktare.

Alla har sparkrav inom sjukhuset. Det bästa sättet för psykiatin att spara mer är att förebygga, göra tidiga insatser och ha kontinuitet i den uppföljande kontakten tillsammans med lokalsamhället i samverkan mellan psykiatri, primärvård, kommun och patientföreningar.

Det är en fördel att ha öppenvårdspsykiatin utspridd på många olika adresser, gärna i närheten av primärvård eller vårdcentraler. Den största delen av öppenvården i psykiatin flyttades nu tillbaka bredvid slutenvården i Psykiatrins hus, som det var på 1970-talet.

Flyttade verkligen psykiatin i mars 2013 till sin framtidsvision från 1970-talet? Eller har vi principiellt tagit ett steg tillbaka istället? Ett modernt hus med gamla idéer! I det nya huset är nu öppenvården i praktiken underställd slutenvårdsverksamheten.

Vi missunnar inte de få ineliggande patienterna den bättre vårdmiljö de fått, men har detta skett på bekostnad av att vi offerar en tidigare väl utvecklade förebyggande verksamhet bland den större gruppen av patienter inom öppenvården?

Har vi offerat närhetsprincipen och normaliseringsprincipen för sjukhusmiljöns hygienkrav? Eller rör det sig endast om att spara hyrpenar?

Vi har också tagit ett steg tillbaka när det gäller arbetsmiljön inom öppenvården genom att införa ett kontorslandskap som de flesta inom personalen inte ville ha. Efter några månader kan vi konstatera hur svårt det är att arbeta i den miljön.

Åter till framtiden? Vi minns väl från slutet av 1990-talet en humoristisk polemik som Lennart Persson, dåvarande sjukhusdirektör och professor i neurokirurgi hade med vår

dåvarande divisionschef för psykiatin, professor Fritz-Axel Wiesel. Vilken verksamhet var viktigast, neurologi eller psykiatri? Den tekniska utvecklingen och forskningen gav en del av svaret: neuropsykiatin, som blev en viktig del av både vuxen- och barnpsykiatin.

Det borde vara en självklarhet att barn- och ungdomspsykiatin skulle ha sin slutenvård inom Akademiska, i Psykiatrins hus? Nej, nu hamnar BUP:s avdelningar återigen på Ulleråkersområdet, snacka om åter till 1970-talet! (Kommentar: Detta har man dock lyssnat på, BUP:s slutenvård är nu i Psykiatrins hus).

Avskaffa kontorslandskap och flytta psykiatrins öppenvård nära primärvården inom de viktigaste och största vårdcentralerna, nära befolkningen i en flexibel och demokratisk psykiatri!

På vårt senaste läkarmöte frågade jag vår sektionschef om det pågår någon diskussion inom ledningen om att flytta ut öppenvården igen, men fick som svar att ingen sådan förekommer. Vår kloke man professor emeritus Leif Lindström kommenterar min fråga med ett citat från Petronius, romersk poet 27-66 e.Kr.: "Ett långt livs erfarenhet har lärt mig att omorganisation är ett bra sätt att ge en illusion av framsteg, när det i själva verket åstadkommer kaos, ineffektivitet och demoralisering". Detta stämmer för många av mina medarbetare som slutat här. Jag går i pension snart men vägrar ge upp (LPT i öppenvård halverades i år) och hoppas att den nya generationen inom psykiatin driver frågan vidare. Som före detta flykting, med lite humor och självironi kan sägas att jag konsekvent vill fortsätta med den demokratiska psykiatrins flagga i topp.

Ulises Penayo, PhD
Överläkare
Psykosmottagningen för vuxna
Före detta verksamhetschef

Miljöns betydelse för patienternas välbefinnande inom rättspsykiatrisk vård

Det är väl känt att den fysiska miljön har en påverkan på patientens rehabilitering. En fysisk miljö som bidrar till säkerhet och trygghet, stödjer funktionsförmågor, underlättar sociala kontakter och ökar integritet, ger de bästa förutsättningarna för en god vård [1].

Under senare år har nya rättspsykiatriska anläggningar byggts där en god psykosocial vårdmiljö har legat till grund för utformningen. Vården bedrivs idag i högre grad än tidigare utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär ett nära samarbete med patienten och patientens familj. Hur vården utförs och patienter och närstående görs delaktiga i vården är grundläggande för att främja välbefinnande hos patienterna [2].

I en prospektiv longitudinell studie [3] har betydelsen av den fysiska och psykosociala miljön för patienternas välbefinnande i rättspsykiatrisk vård studerats. Studien har utvärderat parametrar avseende patienternas upplevelse av vårdmiljön och vårdens kvalitet innan och efter flytt från gamla till nya ändamålsenliga lokaler i tre anläggningar i Västra Götaland. Innan flytten var de rättspsykiatriska anläggningarna belägna i gamla byggnader med dålig dagsljusexponering, som saknade privata badrum, hade bristande ventilationssystem och störande bullernivåer. Hypotesen för projektet var att en bättre anpassad fysisk vårdmiljö kan höja upplevelsen av vårdens kvalitet för patienterna inom den rättspsykiatriska vården. Data samlades in mellan åren 2010 och 2014; före flytt till nya lokaler samt sex månader och ett år efter flytt. Av totalt 58 patienter vid tid för flytt, var 47 patienter kvar vid uppföljning ett och 38 vid uppföljning två.

Mätinstrument

Demografiska data inkluderade bland annat ålder, kön, utbildning och tidigare behandling i allmänpsykiatri. För att utvärdera i vilken utsträckning den fysiska och psykosociala miljön uppfattas som personcentrerad användes det validerade instrumentet *Person-Centered Climate Questionnaire* [4]. Instrumentet består av 3 dimensioner; säkerhet (10 variabler), vardaglighet (4 variabler) och gästfrihet (3 variabler). För att mäta vårdkvaliteten ur patientens perspektiv användes det validerade instrumentet *Quality in Psychiatric Care* som även omfattar ett specifikt rättspsykiatriskt delavsnitt [5]. Instrumentet omfattar 7 dimensioner; behandling (8 variabler), delaktighet (8 variabler), ansvarsfrihet (3 variabler), assistans (4 variabler), avskild miljö (2 variabler), säkerhet (3 variabler), och specifika frågor kopplat till den rättspsykiatriska vården (6 variabler).

Resultat och diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka och utvärdera betydelsen av den psykosociala och fysiska miljön för

patienternas upplevelser av vårdens kvalitet och ett personcentrerat klimat vid en flytt från tre omoderna 60-tals sjukhus till helt nya anläggningar. Ungefär två tredjedelar av deltagarna var män och åldersgruppen varierade från 18 till 69 år. De allra flesta patienterna rapporterade tidigare erfarenhet av allmänpsykiatrisk vård (67 %) och var vid tidpunkten för studien under rättspsykiatrisk tvångsvård (70 %).

De viktigaste slutsatserna i denna studie visar att de nya anläggningarna har en positiv betydelse för patienternas upplevelser av vårdens kvalitet och för patienternas tillfredsställelse med vården. De nya anläggningarna präglas av privata rum med fönster som bidrar till ljus och luft i rummet och en interiör som genererar en lugn och fridfull miljö via medvetet möbel- och textilval. Tillgång till utomhusmiljöer ger möjlighet för dagsljusexponering och aktivitet. Gemensamma utrymmen skapar möjligheter för patienterna att engagera sig i sociala aktiviteter och bygga relationer med andra inom anläggningen. En annan viktig slutsats av denna studie var att patienterna beskrev en högre känsla av säkerhet i den nya miljön, fler möjligheter till att delta i sina egna behandlingsplaner och en mer integrerad och personlig vård.

Sammanfattning

Denna studie visar att faktorer i den fysiska och psykosociala miljön inom rättspsykiatrisk vård har betydelse för patienternas upplevelse av personcentrerad vård. Det är väl känt att den fysiska miljön har betydelse för patientens rehabilitering genom att stödja nedsatta funktioner och stärka kvarvarande resurser. Det är därför nödvändigt att rättspsykiatriska vårdmiljöer utformas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med intentionen att stödja, stimulera och kompensera patienterna utifrån deras behov.

Helle Wijk

Leg. sjuksköterska, docent, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs universitet & Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kvalitetsstrategiska avdelningen

Eirini Alexiou

Leg. läkare, specialist i psykiatri och rättspsykiatri, PhD, vårdenhetsöverläkare; Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Verksamhetsområde Rättspsykiatri

Alessio Degli Innocenti

Leg. psykolog, docent, verksamhetschef; Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Verksamhetsområde Rättspsykiatri

Referenser www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Några reflektioner efter femtio år inom psykiatri i Skåne

När jag började arbeta på ett mentalsjukhus i Skåne i mitten av 60-talet uppmanades jag att inte prata med patienterna!

Då var psykiatri mycket medicinskt och farmakologiskt orienterad. Psykoanalysen fanns förstås men påverkade inte den psykiatriska vården på mentalsjukhusen.

Ofta kände jag mig ganska ensam som läkare, särskilt som kvinnlig läkare. De flesta äldre kollegor var män. Det var tydliga hierarkier både inom läkargruppen och mellan läkare och övriga personalkategorier. Dessa var inte så många, någon enstaka psykolog och kurator, men flera arbetsterapeuter eftersom patienterna skulle aktiveras. På avdelningarna var det fler skötare än sjuksköterskor, ofta män, och många hade en kort och sannolikt bristfällig utbildning. Att vara man och stark var en vinnande egenskap! Patienterna stod förstas ned i hierarkin och de anhöriga fanns nästan inte alls med. Egentligen lyssnade inte någon på någon annan och absolut inte på patienterna. Då var det tecken på kunnsighet att kunna sätta diagnos snabbt i stället för att lyssna och reflektera. Någon handledning för de nyutbildade läkarna fanns inte alls; man satt med när överläkaren samtalade med patienten och förde anteckningar och i bästa fall fanns det en liten stund över för att diskutera patienten.

Hierakierna revs

Men på 70-talet började det hända saker. Fler psykiatriska kliniker öppnade, t.ex. i Ängelholm, och från mentalsjukhusen började man skriva ut patienter. Vissa mentalsjukhus lades t.o.m. ned. Den farmakologiska aspekten tonades ned något. Familjeterapi blev populärt inom barnpsykiatri och inom vuxenpsykiatri började utbildningar i psykodynamisk psykoterapi. Den psykiatriska vården organiserades nu också i mindre enheter, i sektorer där meningen var att personalen tog hand om alla psykiatriska behov hos sektorns invånare. Det betydde att man inte ansågs behöva någon specialisering utan all personal kunde behandla alla patienter. Vården blev för många mer lättillgänglig men de allra mest sjuka och funktionshindrade kunde ofta inte tillgodogöra sig det nya sättet att arbeta och blev ibland mer ensamma i sina lägenheter än de varit på mentalsjukhusen.

I Ängelholm arbetade man mycket med miljöterapi och i Malmö kom vi igång med psykodynamiskt orienterad behandling med grupphandledning, gruppterapi (med

gruppleddare influgna från Stockholm i brist på egna i Skåne) och blandade personalgrupper. I slutet av 70-talet och början av 80-talet kunde vi bli ekvivalerade med steg 1-utbildning i psykoterapi och därmed behöriga till den högre utbildningen, steg 2. Men den fanns inte i Skåne utan fick startas av professor Lennart Kaij, som tyvärr hann gå bort innan första gruppen blev färdig efter 3 år. Psykologgruppen växte liksom socionomgruppen. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna fick en ny behandlarroll. Allt detta samverkade till att behandlingen blev mycket mer diversifierad. Till detta kan läggas att du-reformen slog igenom och att de vita rockarna försvann.

Men den här utvecklingen var inte oproblematisk. Den ledde till en antipsykiatrisk våg framför allt i England där psykiatern Robert Laing blev en av huvudpersonerna tillsammans med Thomas Szasz och David Cooper. De ifrågasatte att psykiska sjukdomar kunde ses endast som ett biologiskt fenomen utan inflytande från miljö och uppväxt. De ifrågasatte också de mediciner som användes för t.ex. schizofreni och Laing startade ett kollektiv för patienter och personal där han själv bodde. Det slutade snarast katastrofalt och det antipsykiatriska tänkesättet modifierades kraftigt. Men kvar fanns ett mer ifrågasättande förhållningssätt och som en del av det kan man kanske se kravet på evidens för nya (och gamla) behandlingsmetoder.

Diskussionens vågor gick höga t.ex. i Psykiatriska Föreningen, där psykiatriker hade helt olika synpunkter på medicinsk behandling kontra psykoterapeutisk behandling. Många läkare var också skeptiska, skulle allt de lärt sig vara felaktigt?? En hel del slutade på psykiatriska kliniken i Malmö och blev antingen privatpraktiserande eller började på Malmös mentalsjukhus. På så sätt var det under flera år helt olika synsätt på Malmös två psykiatriska vårdenheter. Det blev också tydligt för patienterna som kunde erbjudas en mer differentierad behandling på sjukhuset.

Fortsatt strid

På 80-talet satte sig förändringarna till en början, platsantalet minskade både på mentalsjukhusen och på klinikerna, öppenvården växte markant och sektoriserades i nästan hela Sverige och allt fler patienter slapp långa sjukhusinläggningar med den isolering som ofta blev följden. Malmös mentalsjukhus lades ned, inte utan protester från såväl patienter, personal som anhöriga. Forskningen som startat på 70-talet resulterade nu i ett

par avhandlingar, psykiatrin vidgade vyerna och vi hade t.ex. i Malmö många utländska föreläsare. De första legitimerade psykoterapeuterna examinerades men detta kunde också bli ett problem. Hur mycket tid kunde man som läkare och psykolog få använda för terapier och hur mycket tid för traditionellt psykiatriskt arbete? En ny våg av läkare men också psykologer slutade, t.ex. i Helsingborg, och blev privatpraktiker för att få ägna sig åt det som de uppfattade var viktigast i patientkontakten. Och i Malmö på psykiatriska kliniken kom det till en riktig krock mellan gamla och nya idéer och ett stort antal personer med olika yrkestillhörighet slutade för att inte behöva återgå till en medicinsk behandlingsmodell. Striden var alltså inte slut och någon samsyn mellan förespråkare för olika synsätt fanns inte.

De lite mer radikala politiska strömningarna i samhället visade sig också inom det psykiatriska arbetet. Det blev tydligt att våra patienter var bland de sämst ställda i Sverige, de hade svårt att få jobb och bostad trots att de psykiatriska symtomen för många kunde behandlas på ett mycket bättre sätt.

Radikaliseringen innebar också att läkarens roll blev ifrågasatt. Var doktorn verkligen den självklara teamledaren, den som visste bäst? Med en ökande psykoterapeutisk kompetens inte minst bland psykologer växte det fram en kunskapsbas som många läkare inte hade satt sig in i och revirstrider var vanliga. Och som psykiatern och psykoanalytikern Clarence Crafoord skrev vid något tillfälle: Striderna stod på patienternas bröst.

Våra patienter var diskriminerade på många sätt och så småningom upptäckte vi att våra kvinnliga patienter var dubbelt diskriminerade. Vi fick upp ögonen för hur ofta de hade varit och var utsatta för sexuella övergrepp men också att de fick en sämre behandling än de manliga klienterna. Undersökningar visade att kvinnorna ofta fick äldre och sämre mediciner, vilket sker ännu i dag och då inte alls bara inom psykiatrin utan även inom t.ex. hjärtsjukvården. Med kvinnorna talade personalen om relationer medan man pratade med männen om jobb.

Men trots allt så var det de mest funktionshindrade som blev mest diskriminerade. Vården som den nu bedrevs passade inte för denna grupp och de blev ofta lämnade ensamma utan adekvat hjälp. De gick från att ha bott ofta i årtal inne på mentalsjukhuset som varit ett helt litet samhälle för sig till att hamna ute i ett samhälle som de ofta inte kände igen. Och många hade inte heller någon levande kontakt med anhöriga.

Personalrekryteringen förändrades också. Den tydliga övervikten av manlig personal som funnits inom mentalvården försvann allt eftersom fler sjuksköterskor och socionomer anställdes. Därigenom kom fler kvinnor in i personalgrupperna. Bland psykologerna och läkarna var

det mer blandat på 80-talet. Allt eftersom har kvinnorna kommit att dominera i alla yrkesgrupper inom psykiatrin och numera får personalrekryterarna anstränga sig för att hitta män som kan vara intresserade av att arbeta på psykiatriska kliniker och mottagningar. Trots att den manliga dominansen utmanades alltmer är fortfarande i dag de flesta professorer och chefer män och de är vana att ha tolkningsföreträde.

Anhöriga blev en tillgång

På 90-talet i Skåne arbetade många av oss på mindre enheter utan låsta dörrar trots att tvångsvård användes. Redan under 80-talet var man mycket socialpsykiatriskt inriktad med konsultationer utanför kliniken. Här gavs nu möjligheter att utveckla och experimentera så länge som vi höll budgeten och inte fick några klagomål. Sjukvårdsstyrelsen (det fanns en på varje sjukhus på den tiden) var helt inställd på samarbete med kommunerna och träffade dessa ofta, tillsammans med direktören och företrädare för allmänmedicin, barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Det var självklart inte konfliktfritt men vi kände varandra och kunde åtminstone prata med varandra när samarbetet inte gick så bra. Och direktören gjorde något så ovanligt som att han litade på att vi på kliniken gjorde vårt jobb (och utnämnde lika många kvinnor som män till verksamhetschefer!). Utan pekpinna från hans sida. Och vilken utveckling det blev! Samtidigt som vi lade ned avdelningar utvecklade vi ett antal vårdprogram, kontrakterade ett antal duktiga (och ibland välkända) handledare, vi vinnlade oss om att ha personalgrupper där förändringar diskuterades, och under 10 år hade vi inte en enda central förhandling trots omfattande omstruktureringar. Vi gick från att se den psykodynamiska behandlingen som den allena saliggörande till att använda flera olika behandlingar som nätverksarbete, familjeterapi, Rosenmetoden, bildterapi och gruppbehandlingar. Äntligen vågade vi ta in anhöriga på ett helt nytt sätt! Och mot slutet av 90-talet kunde vi i grunden utveckla vården av de svårast sjuka. Inspiration fick vi bl.a. av professor Tom Andersen från Tromsø och av psykologen Jaakko Seikkula från Torneå. Deras idé var att få med anhöriga från allra första början, att de berörda fick möta ett tvärfackligt team i det akuta skedet, att inläggning undveks och att den farmakologiska behandlingen minskades markant.

Vi började alltså äntligen att förstå att anhöriga kan vara en tillgång i arbetet. Det gick långsamt till en början och det var socionomgruppen som här gick före. Så småningom blev det en självklarhet att ta med anhöriga i behandlingsarbetet. De bär en stor del av omvårdnaden av sina anhöriga och de har dessutom värdefull information om hur vår patient har det. De kan medverka till att både behandlare och patient kan bryta ett destruktivt mönster.

Och med den här utvecklingen blev socionomerna en grupp att räkna med, som hade något att säga till om, vilket var nytt. Och i motsvarande grad förlorade psykologgruppen

i inflytande, vilket för många var en svår process med en tydlig revirstrid som följd. Att gå från en ganska enögd behandlingsposition till en mer pluralistisk där vi insåg att olika patienter har olika behov var och är fortsatt inte okomplicerat.

Vi hade också en stor hjälp av de handledare som kom utifrån. De såg på vår klinik med fräscha ögon och hjälpte personalen att reflektera över behandlingen utifrån olika terapeutiska möjligheter. Jag kunde ibland känna en viss oro över hur väl handledarna samarbetade med kliniken utifrån värdegrund och vägval? Den kunde finnas risk för att handledarna blev dolda ledare och motarbetade ledningens arbete. Ett sätt att undvika det var att jag som verksamhetsledare träffade handledarna regelbundet och fick höra deras synpunkter på vårt arbete på kliniken och vi kunde diskutera hur vi skulle gå vidare med t.ex. olika utbildningsinsatser och förnyad handledning.

En tillbakagång

Och nu, på 2000-talet ser det helt annorlunda ut. Brukarinflytandet har blivit mer av en självklarhet och patienten ses i bästa fall mer som en jämställd partner. Psykoterapi har accepterats som behandling inom den s.k. Rehabgarantin, dock till en början enbart strikt kognitiv terapi som skall gå snabbt, max 10 ggr. Och på andra sätt har utvecklingen gått bakåt igen. Mycket öppenvård har privatiserats, vilket ofta lett till att de med kompetens och entusiasm lämnat landstingen och den tunga vården av de mest sjuka. Organisationerna har blivit mer hierarkiska, ekonomin har blivit det viktigaste styrinstrumentet, ledningen leder ofta med detaljinstruktioner och styr på så sätt behandlingen av patienterna utan att ha kunskap om dessa. "Pinnstatistiken" har ökat produktionen men minskat kvaliteten. Det finns en stark känsla av ofrihet och många undrar vart entusiasmen tagit vägen. Personal flyr från landstings/regiondrivna verksamheter till de privatdrivna som ofta lyckas lite bättre. Det som var så viktigt på 90-talet, nämligen värdegrund och kvalitetsgranskning, verkar att helt ha försvunnit. Och därmed mycket av den kreativitet som faktiskt fanns inom psykiatri tidigare!

AvenyModellen

Under de senaste tio åren har vår mottagning, som var den första i landet att börja efter en vunnen upphandling, utvecklat en metod som vi kallar AvenyModellen. Den innebär att anhöriga alltid inbjuds till det första mötet med patienten, att vi är två behandlare närvarande vid detta möte, där den ena intervjuar och den andra sitter tyst. Alla får tala till punkt, ingen får avbryta. När det viktigaste blivit sagt, reflekterar de två behandlarna på ett respektfullt sätt över vad de hört och förstått och känt (på ett vardagligt språk), utan att lägga värderingar på vad som sagts, och i slutet tas olika möjligheter till behandling upp. Patient och anhöriga berättar därefter om hur de uppfattar våra reflektioner och på så sätt får vi klart för oss om vi förstått problemen rätt, om patienten känner sig förstådd och har

förtroende för oss. Behandlingen kan utföras av någon av de två närvarande behandlarna men också av någon annan i teamet. Vi följer upp behandlingen regelbundet med relativt korta intervaller och strävar efter att göra det i samma konstellation som vid nybesöket, ev. kompletterat med ytterligare någon viktig person. Utvärderingar visar att såväl patienter som anhöriga är mycket nöjda och känner sig sedda och förstådda. Det uppstår aldrig några sekretessproblem, vi har inga teamkonferenser, vi talar med patienterna och inte om dem och vi delar på tyngden, ingen behandlare behöver känna sig ensam och ingen patient övergiven vid semester, sjukdom etc.

Vad som behövs

Så vad behövs för att psykiatri på de stora klinikerna skall återfå entusiastiska och utvecklingsbenägna medarbetare som samarbetar med patienterna? Jag är övertygad om att det behövs en tydlig ledning som gör allt för att samla alla kring en gemensam värdegrund. För att det skall bli möjligt behövs tillit och förtroende inom organisationen och mellan ledning och politiker. Då kan det skapas ett klimat där det finns stor frihet att skapa en vård som är anpassad till den enskilda patienten. Nyare forskning och gamla erfarenheter pekar på att relativt små självstyrande grupper arbetar bäst tillsammans, både vad gäller effektivitet och ekonomiskt resultat.

Och det behövs mycket mer fokus på patienternas behov och deras anhöriga! Och flera olika behandlingsmetoder som används efter patientens behov! Och mycket mer bra handledning! Och teamarbete i ordets bästa bemärkelse, där teamet tillsammans tar hand om patienterna utan konkurrens mellan sig, där olika personalkategorier hjälps åt så att patient och anhöriga aldrig känner sig övergivna eller respektlöst behandlade. Om vi skulle få arbeta med de här förutsättningarna är jag övertygad om att många flera skulle vilja arbeta inom den psykiatriska vården och orka göra det under en längre tid.

Inger Blennow

Specialist i allmänpsykiatri, med dr, leg psykoterapeut

Arkitektur som medicin - kan arkitektur bidra till läkning och tillfrisknande?

Kan god arkitektur bidra till läkning och tillfrisknande? Ja, det menar arkitekten och forskaren Stefan Lundin verksam inom White arkitekter och doktorand vid Centrum för vårdens arkitektur på Chalmers. Genom bättre byggnader kan vi erhålla såväl en mer human som en mer samhällsekonomisk psykiatrisk vård. Med utgångspunkt i befintlig forskning, erfarenheter från nyligen genomförda projekt och vetenskapen om processens betydelse för det slutliga resultatet, är förutsättningarna för nya anläggningar goda.

Läkande arkitektur

Under senare år har det tillkommit flera nya byggnader för psykiatrisk slutenvård och rättspsykiatri i Sverige och Danmark. De nya lokalerna har bidragit till att minska stigmatiseringen och höja patienternas och de närståendes självbild. Samtidigt som det också inneburit en statushöjning för den psykiatriska professionen som sådan och för dess möjlighet att rekrytera personal.

Kan då dessa nya byggnader, förutom att bli mer ändamålsenliga och fräscha, också bidra till snabbare läkning och återhämtning hos patienterna? Ja, det förefaller så. Det innebär i sin tur att arkitekturen tillerkänns en medicinsk dimension då den bidrar till bättre behandlingsresultat. Det är bland annat därför som vi idag, allt oftare, stöter på uttryck som *Arkitektur som medicin* eller *Läkande arkitektur*.

Minskad tvångsvård och färre hot i nya lokaler

2007 erhöll byggnaden för psykiatrisk slutenvård på SU Östra sjukhuset i Göteborg Forums vårdbyggnadspris. I sin motivering skrev juryn:

Lokalernas utformning stödjer verksamheternas mål att åstadkomma en läkande miljö för slutenvårdspatienter. Byggnaden ger utmärkt stöd för uppfattningen att arkitekturen i väsentlig grad kan befrämja patienternas tillfrisknande.

(Forum vårdbyggnad, 2007)

Uppmuntrade av goda vitsord från patienter och närstående, men också med kollegornas erkännande i ryggen, ville vi försöka beskriva vad i den fysiska miljön som möjligen kunde stödja påståendet om arkitekturens bidrag till patienternas tillfrisknande. Under hela projektets gång hade vi dessutom uppmuntrats av psykiatrikern Erik Brenner att betrakta arkitekturen som ett instrument eller

verktyg, som han liknade vid somatikens medicintekniska utrustning. Åtta olika författare, varav fyra som medverkat i projektet, bidrog till antologin *Arkitektur som medicin - arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri* (From & Lundin, 2009).

Den dåvarande överläkaren Lennart Bogren försökte ur befintlig statistik finna data som på något sätt kunde bekräfta de upplevda förbättringarna. Han fann bland annat att de tvångsätgärder, som riktas mot patienterna i form av injektioner och bältesläggningar minskat dramatiskt. Antalet hade gått ner med 21 respektive 44 %! Medelvårdtiderna hade inte minskat men väl andelen återinskrivna efter en vecka, något som tydde på att patienterna var i bättre skick än tidigare vid sin utskrivning. Sjukskrivningen bland personalen hade också sjunkit. Möjligen en effekt av den dramatiskt minskade upplevelsen av hot och våld som personalen gav uttryck för i sjukhusets egen medarbetarenkät. Men fanns det inte också andra faktorer än arkitekturen – den fysiska miljön – som kunde förklara dessa positiva förändringar (Bogren, 2009)? Sannolikt, men vårdkultur och personal var i princip densamma före som efter flytten vilket stödjer tanken på den fysiska miljöns betydelse. De positiva förändringar vi funnit i samband med nybyggnaden stöds också av utvärderingar av senare anläggningar. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beskrev redan 2010 sådan positiva effekter av lokalförbättringar i sin *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. "Verksamheter som fått nya eller renoverade lokaler kan beskriva effekter i form av ökad trivsel, mindre våldsincidenter och skadegörelse, mindre behov av sömnmedel och ångestdämpande medel" (SKL, 2010, s. 104).

Vad säger forskningen?

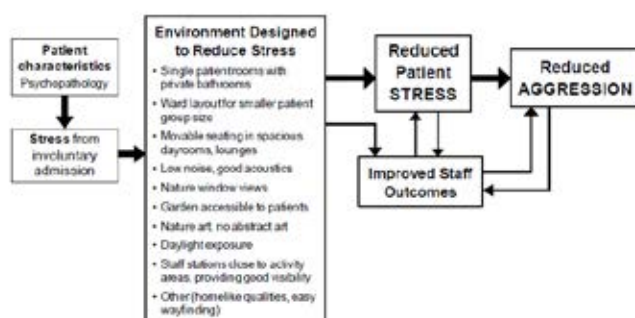
Forskning och evidens har blivit allt vanligare inslag i vår vardag. Den evidensbaserade medicinens framgångssaga har lett till att snart sagt alla samhälleliga verksamheter måste drivas på basis av evidens. Inte minst psykiatri är väl medveten om dessa allt större och alltmer "högljudda" krav. Motsvarande krav ställs nu också inom arkitekturens fält, där vi använder begreppet Evidence Based Design (EBD).

Iakttagelserna på Östra sjukhuset kom till den internationellt erkände, och numera i Sverige verksamme, miljöpsykologen Roger Ulrichs kännedom. Han har sedan 1980-talets mitt ägnat sig åt forskning kring den fysiska miljöns inflytande

på vårdens resultat. Hans nyfikenhet väcktes av de resultat Bogren redovisat och han uppskattade också det arkitektoniska utförandet vid sitt besök på Östra sjukhuset. Men han menade samtidigt att förbättringarna kunde förstås och betraktas som logiska utifrån de resultat aktuell forskning redovisat. För att ytterligare öka säkerheten i de tidigare bedömningarna från Östra sjukhuset, samlade Roger Ulrich och Lennart Bogren in motsvarande data för ett kontrollsjukhus. Det visade sig att tvångsåtgärderna där, som förväntat, ökat och inte minskat under den undersökta tidsperioden (Ulrich, Bogren & Lundin, 2012).

I artikeln *Towards a Design Theory for Reducing Aggression in Psychiatric Facilities* visar Ulrich och medförfattarna att anläggningen på Östra sjukhuset innehåller flera av de fysiska åtgärder som forskningen stöder (se figur). Eget rum, tillgång till dagsljus, grönska och en utökad personlig sfär utgör några av de viktigaste faktorerna. Ett eget rum gör det möjligt för den enskilde patienten att dra sig tillbaka och återhämta sig om de sociala påfrestningarna blir för stora. Dagsljus, speciellt morgonljus, har visat sig betydelsefullt för bipolära patienter. Utsikt mot grönska, liksom bilder av natur sänker också de stressnivåerna hos patienterna även om möjligheten att öppna en dörr och själv kunna gå ut sannolikt är av störst betydelse. På Östras psykiatri finns därför mindre kringbyggda gårdar inom vårdavdelningarna som även de tvångsvårdade patienterna kan nyttja. Tillräckligt utrymme för att hantera känslan av hot mot den egna integriteten kan fås genom generösa korridormått och möjligheten att kunna reglera möbleringen. Dessa fysiska lösningar utgör en del av den kategori som miljöpsykologin benämner som positiva distraktioner.

FIGURE 1: A Design Theory for Reducing Aggression in Psychiatric Facilities



Figur enligt (Ulrich, Bogren & Ludin, 2012)

Forskningen har också visat att "attraktiva" vårdmiljöer har en slags placeboeffekt. Det vill säga att de inger patienten hopp och tilltro till senare behandlingar som kan bidra till ett snabbare tillfrisknande och därför äger medicinsk betydelse (Ulrich, 2012). Men forskningsresultaten och

evidensbasen inom arkitekturen är totalt sett begränsad varför vår arkitektur bara till en del kan bygga på denna (Lundin, 2015).

I min egen verksamhet som arkitekt har jag betonat betydelsen av ett värdigt, välkomnande bemötande i behandlingsdelar och ett mer ombonat intryck i patientrums- och dagrumsdelar. En för låg omsorg om våra vårdinrättningars publika delar leder ofta till vad jag benämner som en "vardagsförslumning". Det vill säga en kontinuerlig försämring av omsorgen om den egna miljön vilken på sikt leder till ett minskat förtroende för vården som sådan.

Det är uppenbart att man från vården önskar komma bort ifrån stora institutionella avdelningar med rum efter rum längs korridorer. Normalitet och korridorlösa avdelningar är därför ofta tidiga och framträdande önskemål från verksamheten. I fallet med Östra sjukhuset har vi delvis kunnat minska omfattningen av korridorer genom att gruppera vådrummen runt ett inre dagsljusbelyst atrium mot vilka också aktivitetsdelar som kök, mat- och tv-rum samt avdelningsstation vänder sig.

Balans mellan läkande och säker miljö

De mest utslagsgivande för hur de framtida psykiatriska anläggningarna kommer att upplevas är kopplade till hur vi betraktar säkerhetsfrågorna och hur dessa skall balanseras gentemot kraven på en läkande miljö. Dessa ställningstaganden får en omedelbar återverkan på den atmosfär som byggnaden slutligen kommer att förmedla. I de projekt som jag medverkat i har vi försökt att i så stor utsträckning som möjligt dölja säkerhetsanordningar av olika slag. Detta för att de i vissa fall kan "trigga" patienternas aggressioner. Säkerhetsanordningarna utgör en så kallad negativ påminnelse, motsatsen till en positiv distraktion, då de kan leda patientens tankar mot den egna sjukdomen vilket motverkar återhämtning och tillfrisknande.

Var och när sker hot och våldsincidenter? Skall alla patientrumsdörrar kunna ses från sköterskeexpeditionen? Vilken betydelse lägger verksamheten vid att en tvångsvårdad patient eventuellt kan rymma? Allt detta är komplexa frågor, som vi måste beakta och som måste tillåtas ta tid att skaffa sig en uppfattning om. Detsamma gäller frågor om självskadebeteende och risk för suicid. Frågor som möjligen har än större relevans idag då patienterna har eget rum. Detaljutformningar måste också beaktas mot den bakgrund att de inte upplevs som onormala och institutionella och därmed kan komma att fungera som negativa påminnelser.

Lokal- och verksamhetsutveckling går hand i hand

Det är svårt att inte tilldela själva planerings- och utformningsprocessen en stor, för att inte säga avgörande,

betydelse för byggnadernas slutliga utformning. I de projekt jag medverkat i, inom Västra Götalandsregionen och med Västfastigheter som formell beställare, har vi inbjudits att delta väldigt tidigt i processen. Vi har då mött såväl verksamhetsledning som representanter för skilda yrkesgrupper involverade i den dagliga vårdverksamheten. Detta har gjort det möjligt, för oss arkitekter, att på ett mer grundligt sätt förstå vårdens frågor, såväl ur patienternas som personalens perspektiv. Samtidigt har vi som arkitekter genom skisser och modeller möjliggjort diskussioner genom att ibland ifrågasätta gällande föreställningar. Att tänka annorlunda, att ifrågasätta och också någon gång tänka nytt, eller innovativt som man helst vill uttrycka det idag, vad gäller vårdrutiner och lokaler är dock svårt.

I de projekt jag medverkat i har vi upptäckt att frågan om nya lokaler kan, och bör, leda till en fråga om verksamhetens organisation och dess arbetsrutiner. Erfarenheten brukar vi uttrycka som att "lokal- och verksamhetsutveckling går hand i hand".

Vad vårdens byggnader betyder för vårdens utveckling tilldrar sig ett allt större intresse och allt fler i vården talar om "en läkande arkitektur". Forum vårdbyggnad, en förening bestående av landstingens planerare och förvaltare, arkitektkontor med flera har länge bedrivit en sådan diskussion i mindre omfattning. Detta har bland annat, 1998, resulterat i en professur i vårdbyggnad vid

institutionen för arkitektur på Chalmers. År 2010 inrättades också där ett Centrum för vårdens arkitektur. Idag har detta ett växande stöd bland vårdbyggandets olika aktörer. Uttalade mål är att strukturerat bygga upp kunskap, utföra vidareutbildning samt att bidra till forskningen kring relationen mellan vårdens lokaler och dess resultat.

Mycken kunskap kring psykiatrins byggnader finns hos de verksamheter och arkitekter som genomfört de senaste årens projekt. Står ni inför möjligheten att bygga om eller bygga nytt - glöm då inte att utnyttja denna!



Stefan Lundin
Arkitekt och doktorand
Göteborg



ANNONS

Fem rum på Sachsska

Gamla barnsjukhuset Sachsska byggdes under åren 1908-1911 med familjen Sachs som finansiärer och grundare. Ivar Tengbom stod som arkitekt och byggnaden renoverades 2004. Efter omorganisationen i Stockholms barn- och ungdomspsykiatriska klinikvård skulle den inrymmas och samlas under samma tak. Det blev BUP-kliniken 2005.

I samband med den ombyggnad som planerades av Gamla Sachsska barnsjukhuset startade 2003 ett konstprojekt inom barn- och ungdomspsykiatri för Stockholms läns landsting. I samverkan med personer från den blivande BUP-kliniken ville konstnärerna Lotta Mossum och Stefan Otto tillsammans med projektledaren Ann Magnusson undersöka hur konstnärligt arbete i vårdmiljö kan utvecklas och spela in i mötet mellan brukare och denna miljö. Temat, ur ett konstnärligt perspektiv, var samverkan mellan det konstnärliga skapandet och upplevelsen av konsten, relationell estetik. Peter Engelsöy reflekterade i efterhand över samverkan mellan psykiatri och konstnärgruppen och gjorde en parallell mellan temat; relationell estetik och det förändringsarbete som då påbörjades inom BUP-verksamheten, som syftade till att förstärka och betona familjeterapeutiska och nätverksterapeutiska traditioner i behandlingsarbetet, en samskapande process, som fenomen. Dag Rydberg, dåvarande behandlare på psykoteamet på BUP, säger i en intervju med Ann Magnusson i juni 2005 att konsten och familjeterapin har så mycket gemensamt och har följts åt de senaste 50 åren, att relationell estetik med fokus på själva mötet kan jämföras med hur terapeuter brukar tala om mötets estetik när vi med våra olika tolkningar av verkligheten skapar våra sociala sammanhang.

Så det handlade om att undersöka möten, mellan skapande och upplevelse, mellan konsten och psykiatri, rummen och de potentiella besökarna med deras inre rum och möten med varandra.

En av ungdomarna på en slutenvårdsavdelning som var med i samtalet med konstnärgruppen inför projektet uttryckte: *Livet är det man ger rummet... det är fantasin som gör det levande... allt finns inte redan där... tillhörighet kan man känna om det finns utrymme att skapa livet självt... när man kommer till ett sånt här ställe är det noll och här (pekar på sig själv) är det bara kaos... då ska man känna sig välkommen och omhändertagen... om man kan börja*

känna tillhörighet här... här är ju också en del av det som är utanför.

Arbetsgruppen färdigställde till Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken öppnande 2005 fem rum med olika funktioner och konstnärlig prägel. Rum för lek, Rum för ro, Scenrummet, Talrummet och ett Gallerirum.

I maj 2016 kontaktades jag av Björn Wrangsjö som undrade hur dessa rum fungerade och hur det stämde med vad de var avsedda för.

På fler sätt, kan jag tänka, att det skildrar olika skeenden inom BUP-kliniken under de senaste åren.

Rum för Lek är ett rum som vetter mot väst och solnedgången. På eftermiddagen fylls rummet av den milda eftermiddagssolen som, präglad av årstiden, återspeglas mot väggen där cirklar målats i varma färger mot den vita bakgrunden. Vid inflyttning fylldes rummet av utvalda leksaker att använda vid samspeletsobservationer och när man gav stöd till föräldrar och små barn, bland annat med stöd av Marte Meo-metoden. Ibland var det bara ett lektrum för barnen medan föräldrarna hade samtal. Nu är det, sen ett år tillbaka, ett samtals- eller grupprum med möjlighet att visa film och med en mjuk matta för att kunna ligga eller sitta på golvet och lyssna på musik eller öva medveten närvaro.

Scen Scenrummet rymmer i ett av sina hörn en scen vars kant inte är högre än att den passeras i ett kliv. En av väggarna är magnetisk och full av ord och meningsfragment som kan förenas i olika kombinationer. I övrigt var rummet omöblerat och hade utrymme för lek och dramaövningar i grupp och enskilt. Det användes aktivt tills för ett par år sedan då vår dramapedagog gick i pension. Många scener hann utspela sig där när ungdomar fick möjlighet att uttrycka sig under trygga och lekfulla former och prova uttryck i fingerade situationer tillsammans med personal eller föräldrar. Kanske möjlighet att styra, regissera en situation. Trygghetsövningar. Kontaktövningar. Koncentrationsövningar. Att få möta lagom utmaningar och uthärdliga misslyckanden eller bara leka lustfyllt och energigivande. Scenrummet används inte idag till drama utan hårbärerar nu till bredden leksakerna som fanns i lektrummet tidigare.

Ro Rum för ro var smalt med fönster och gardin på kortsidan. Inte så stort, med blått golv och turkosa vågräta ränder på väggarna. L-formade blå skumgummikuddar. På ena väggen fanns en monterad bildskärm med en film med molninformationer i ständig rörelse... Under de första åren stod rummet öppet för den som ville vila på en skumgummikudde men tycktes inte locka så många. Det stod mest tomt. Vi provade att ha avslappningsövningar men stördes av ljud utifrån. Ibland spolande vattenkran i Bildterapi i rummet intill. Rum för ro finns på plan 1 där vi har vår dagvårdsenhet och är placerat mitt i korridoren mellan dagrummet och klädkrokarna i en miljö med aktiva ungdomar. Efter önskemål och behov har vi nu placerat ett pingisbord där som används flitigt. Rogivande för en del.

Tal Talrummet har ett högt sittande fönster och väggarna är vitmålade. Rummet finns på bottenplan i vårt suterränghus, därav fönstrets placering. Det var möblerat med ljusa möbler och stämningen skulle präglas av vilken av de målade glasskivorna man valde att ha framför fönstret. Skivorna ligger i skenor som gör att det är lätt att växla mellan dem och varje skiva har ett mönster av körsbärsblom i varmare eller kallare färgton. Dessa olika skikt skulle fungera som förstärkt instrument för samtal. Talrummet används idag som samtalsrum för patienter och familjer men även möten mellan tjänstemän. De vackra glasskivorna sitter kvar... Det har nu installerats en stor tv-skärm och dator för att man ska kunna hålla videokonferenser. Samverkansmöten.

Galleri Ett korridorrum med hyllor, konsoler, små skåp och lådor av olika slag som målats i samma färg; intensivt grön. Det var en hyllning till skapandet, enligt konstnärerna. Hyllorna skulle fyllas av patienternas egna skapelser när de själva ville visa upp dem. I gallerikorridoren utanför sjukhusskolans musikrum kunde man dock uppleva en typ av tillblivelse då den mest inneslutna pojke eller flicka vågade sig upp från avdelningen och kanske inte pratade men så ändå faktiskt började sjunga eller spela något. Det blev osynliga skapelser som på sätt och vis fyllde galleriets hyllor när ljudet av en försiktig röst eller melodin på ett instrument sipprade genom väggen. Nu, när musikleäraren gått i pension är det istället en tyst matte- eller språklektion och i hyllorna står några av de keramikfigurer som skapats i ett av våra andra rum av en patient eller förälder. Man ser dem när man går till arbetsterapeuternas rum som numera ligger mittemot.

Lena Raeder
Enhetschef BEDA
BUP-kliniken Stockholm

Dan Gothefors ny hedersledamot i SPF!

Vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte 17 mars valdes Dan Gothefors, ansvarig för SPF:s kliniska riktlinjer, till hedersledamot.

Motiveringen löd:

Dan Gothefors har på ett framstående sätt främjat föreningens syfte genom sitt engagemang för psykiatri i Sverige, inte minst med framtagande av kliniska riktlinjer. Dans insatser präglas av helhetssyn och samverkan – till godo för såväl professionen som patienter.

En längre artikel om Dan kommer i nästa nummer av Svensk Psykiatri.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri





Deadline för bidrag till
nästa nummer: **31/08**
Tema: 10-årsjubileum!



Ta del av våra remissvar!

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

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

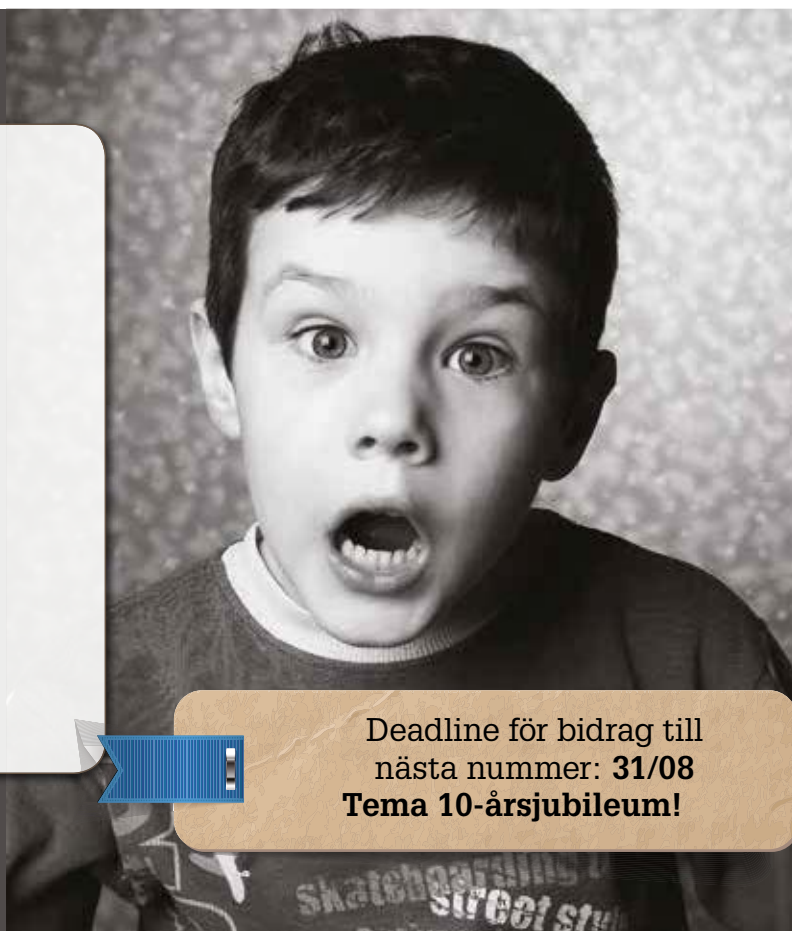
Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



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

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **31/08**
Tema 10-årsjubileum!

Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott



I samma stund som jag skriver så slår det mig: det talas väldigt ofta om vad fortbildning kostar i termer av tid och pengar. Hur ofta talar man om vad fortbildning ger för positiva effekter för verksamheten? Enligt min mening, inte tillräckligt ofta. För att kasta ljus på detta har vi, SPF Utbildningsutskott, tagit fram en mall för fortbildningsportfölj i tabellform. Mallen kan användas för att dokumentera och följa upp olika fortbildningsaktiviteter, till exempel i samband med medarbetaresamtal. Vår förhoppning är att en sådan portfölj ska bidra till att lyfta fram fortbildningens värde, både för den enskilde läkaren och för verksamheten. Mallen hittar ni på SPF:s

Vad roligt det var att träffa alla på SPK! Det är så viktigt att få utrymme för reflektion, byta erfarenheter och få inspiration att ta tillbaka till arbetsplatsen. Kompetensutveckling är allt detta – och mer därtill. Därför tycker jag att det är otroligt glädjande att SPF nu satsar på att erbjuda kompetensutveckling till sina medlemmar. Ett beslut som tydligt visar att fortbildning är ett prioriterat område.

Under många år har både Läkarförbundet och Läkaresällskapet författat riktlinjer och policydokument för specialisternas fortbildning. Läkarförbundet rekommenderar att alla specialistläkare ska sammanlagt kunna avsätta minst en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning. Dessutom rekommenderar förbundet att det ska finnas tillräckligt med budgeterade resurser till utbildningar och konferenser för alla specialistläkare, med möjlighet till minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år. Det är bara att hålla med, kompetensutveckling handlar ju om patientsäkerhet.

hemsida under fliken utbildning, specialist. Portföljen blir kort och koncis men det är fritt fram att anpassa och utveckla materialet efter egna behov. Eventuella frågor, synpunkter och förslag på förbättringar mailas till facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se



Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Foto: Karin Grönvall



Mattias Karlsson, Daniel Ejlerthsson, Fredrik Bengtsson, Robert Lindgren och Pär Johansson

Prisbelönta pionjärer PAM – (nästan) först i världen

I Stockholms län finns en enda psykiatrisk akutmottagning, den s.k. Länsakuten, som ansvarar för akut sjuka personer i hela länet samt även för utomlans- och asylpatienter. På ett år har verksamheten ca 17 000 besök och 2000 konsulthandläggningar, och detsker 3500 polistransporter dit. Länsakuten är en del av Norra Stockholms psykiatrisk akutsektion som dessutom består av en vårdavdelning och utryckningsfordonet PAM (Psykiatrisk Akut Mobilitet).

Jag stämde träff med enhetschef Fredrik Bengtsson och överläkare Andreas Carlborg som är chef för akutsektionen, och bad dem berätta vad Psykiatrisk Akut Mobilitet egentligen är för något.

Historien börjar med att Fredrik besökte Sankt Petersburg för 18 år. Där kom han av en slump i kontakt med ett psykiatriskt team i bil, bestående av en läkare och två sjuksköterskor. Den hade varit i bruk sedan 1965.

”Sedan fanns det där i bakhuvudet länge men det har varit en lång vinglig väg”, säger Fredrik.

Pilotprojektet

Så småningom kom man i kontakt med dåvarande länspolismästaren i Stockholm, Carin Götblad. Polisen hade tagit intryck av kollegerna i Vancouver i Kanada som hade ett fordon med en polis och en specialistsjuksköterska i psykiatri. Götblad brann för detta, och det bildades en arbetsgrupp med polisledningen och Länsakuten. Det var

dock mycket som måste lösas, som t.ex. sekretessproblem. Jurister var inkopplade och det var svårt att få till något i skrift. Till slut blev det ett pilotprojekt på 2 veckor med intresserade poliser och sjuksköterskor. Det föll väl ut men sedan blev det tvärtyst från polisen. Götblad hade slutat och polisen hade fattat beslut om att de skulle koncentrera sig på sin kärnverksamhet.

Man var tillbaka på ruta ett.

Nya tag

I Bergen visade det sig dock finnas en variant på det hela sedan ett par år. De har en vanlig ambulans med en sits där man kan spärra fast folk. Den har fungerat bra och alla har varit nöjda. Andreas, Fredrik och 2 sjuksköterskor hospiterade i Bergen, tog med sig intrycken hem och skrev en ansökan om PRIO-medel. De fick draghjälp av brukarorganisationer som var eld och lågor och skrev spontant till politiker. Ganska snart gavs positivt besked, medel för drift i 2 år hade beviljats.

De var noviser på det där med fordon och ambulanser, men gjorde en direktupphandling med AISAB vars VD var mycket positiv. En ny men icke inredd ambulans förseddes med bord och stolar. Enligt Socialstyrelsens regler får den inte heta ambulans pga. avsaknad av bår, varför man fick hitta på ett annat namn vilket blev Psykiatrisk Akut Mobilitet.

PAM i praktiken

PAM bemannas av två sjuksköterskor från Länsakuten och en

ambulanssjukvårdare.

Personalstyrkan består totalt av 5 heltidstjänster för sjuksköterskor och 14 ambulanssjukvårdare. Sjuksköterskorna är mycket erfarna och några har arbetat inom barn- och ungdomspsykiatri.

Inledningsvis övervägde man att ha med en legitimerad läkare, det gick inte av bl.a. ekonomiska skäl, men ibland har man tagit med ST-läkare (och även sjuksköterskor under specialistutbildning). SOS-läkare har också följt med. PAM kan dock alltid kontakta läkare, primär- eller bakjour, för t.ex. läkemedelsordination eller handräckningsbegäran.

Man har tillgång till journal i bilen och personalen har utbildats i radiokommunikation. De har även informerats av polisen om säkerhetsbeteende och fått värdefulla tips.

PAM är i drift kl. 15-01 varje dag. Tiden är vald utifrån statistik över den tid då larm är vanligast förekommande. Tanken var först att PAM skulle vara till för Stockholms stad och närförort men servar nu hela Stockholms län med 2,3 miljoner invånare. Alla åldrar tas om hand, dvs. även barn. Den första tiden fick PAM inte rulla som egen enhet, utan skulle åtföljas av polis eller ambulans, men detta har ändrats nu.

Bara SOS Alarm kan beordra ut PAM, men polis kan begära ut enheten den vägen.

Det har varit många möten med SOS angående utlarmningskriterier, det sker avstämning med dem och polis 1 gång/månad, och kriterierna har med tiden ändrats litet.

Utryckning sker fr.a. vid suicidlarm, men det kan också röra sig om annan akut psykiatri, t.ex. har det gjorts stora insatser vid akut traumatisering typ vittne till mord. Personalen får ibland vara med om förfärliga saker och får därför regelbunden handledning,

För att kunna bistå vid olika akuta situationer är PAM dessutom utrustad med t.ex. hjärtstartare.

Erfarenheter hittills

PAM har varit igång sedan 30 mars 2015. Under det första året hade de ca 1500 uppdrag, av vilka 48 % var prio 1-larm med blåljus och siren.

28 % av patienterna stannar hemma, men då alltid med planerad uppföljning. Övriga körs till rätt ställe direkt, vilket innebär att många inte behöver passera Länsakuten. Det kan handla om att de kommer direkt till beroendeklinik, eller att kända patienter kan läggas in direkt på en avdelning.

Det som huvudsakligen erbjuds är samtal. PAM är utrustad med läkemedel som bensodiazepiner och olanzapin, men det har inte blivit så mycket läkemedelsadministration som man inledningsvis trodde. Det har varit färre än 10 tillfällen, och då har det mest rört sig om paracetamol!

Utvärdering och utmärkelse

PAM är den första i sitt slag i världen med undantag för



Ryssland, och man gör förstås en omfattande utvärdering. Rådata analyseras och det görs också en kvalitativ intervjustudie i samarbete med Karolinska Institutet. Önskemål finns om att även göra en hälsoekonomisk analys men än så länge har det inte funnits någon som är villig att ta sig an detta.

Redan nu kan man se flera positiva effekter. Det har blivit ett minskat tryck på Länsakuten, med 60-70 besök/månad. Polisen har avlastats och öser beröm. PAM har också underlättat för de 70 ambulanser som finns i länet och som får ta hand om mycket psykiatri.

SPES stöttar till 100 %. En annan positiv effekt som nämns är avstigmatisering.

Därutöver sker ett värdefullt kunskapsutbyte mellan vanlig ambulans, polis och PAM.

Hösten 2015 tilldelades PAM Svenska Prehospitla priset för sitt nytänkande.

Framtiden

Intresse för något liknande har väckts på flera håll i landet. I Göteborg har verksamhet startats och personal därifrån har hospiterat på PAM. Även andra regioner har hört av sig. Dock krävs ett visst befolkningsunderlag, ca en halv miljon invånare, för att verksamhet av detta slag ska kunna fungera.

För PAM planeras en fortsättning efter den tvååriga projekttidens utgång, och det finns ett unisont stöd för detta från politiker och tjänstemän.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm
Foto: Fredrik Nilsson

Kan arkitekter bota sjuka?

Nja, det rent medicinska är nog bäst att läkare och vårdpersonal hanterar. Men bakom den tillspetsade rubriken finns ett väldokumenterat faktum; vårdmiljöns utformning har inverkan på patienters tillfrisknande och välbefinnande.

Att skapa rum, miljöer och hus för vård kräver djup humanistisk och existentiell kunskap om mänskliga behov och drömmar.

Vi på White tror på arkitekturens hälsofrämjande effekt. Och att vi tillsammans utvecklar vårdande arkitektur med människan i fokus.

WHITE.SE

white

Mental Health Run - den 8 oktober är det dags igen!

Efter fjolårets succé med över tusen deltagare som tog 5 695 000 steg mot avstigmatisering av psykisk sjukdom är det nu dags igen. Loppet Mental Health Run, MHR, kommer även i år att gå längs en lättlöst/lättgången bana på fem kilometer runt Djurgårdsbrunnsviken i Stockholm med start och mål vid Sjöhistoriska muséet. Tanken med banan och längden är att alla ska kunna delta, inte bara vana motionärer eller elitlöpare, för att fler ska kunna bidra till att minska tabun kring psykisk sjukdom.

Stark unik samverkan

Loppet är ett samarrangemang mellan STP, SPF, Psykiatrifonden, Suicide Zero, Hjärnkoll, MIND samt reklambyrå A New Dialogue och innebär ett unikt samarbete kring gemensam målsättning att minska fördomar kring psykisk sjukdom. Arrangörerna av MHR, med ST-läkare Anna Malmqvist som ordförande, hoppas i år på att kraftigt öka deltagandet för att lyfta fram psykiska sjukdomar i ljuset ännu mer där de olika arrangörerna säkerligen kommer att bidra med sina nätverk.

Jag är glad att vi samverkar på detta sätt för att minska stigma kring psykisk sjukdom, och tror att vi genom samverkan kan ge människor med psykisk sjukdom en starkare röst och komma mycket längre säger Anna Malmqvist. Hon fortsätter *Jag önskar också att fler individer ska få uppleva den fantastiska stämningen loppet gav i fjol där politiker, brukare, anhöriga och vårdgivare i alla åldrar deltog för att gemensamt både minska fördomar och bidra till insamling av pengar för det fortsatta arbetet.*

Nya steg mot fördomar

Vi ser därför åter fram emot att tillsammans med dig i anknytning till World Mental Health Day ta ännu fler steg mot fördomar kring psykisk sjukdom. Vi har kommit en bit för att motverka stigma kring psykisk sjukdom i samhället men fortfarande är forskningsanslagen låga jämfört med motsvarande sjukdomsbördan i samhället, människor med psykisk sjukdom har betydligt kortare livslängd än befolkningen i övrigt, och det finns fortfarande många som inte vågar berätta om egen psykiska sjukdom på sitt arbete eller till och med för sina anhöriga, så fortfarande finns mycket att göra. Varmt välkommen att gå, springa, lunka med oss för ett steg till åt rätt håll!

För arrangörerna Mental Health Run
Maria Larsson



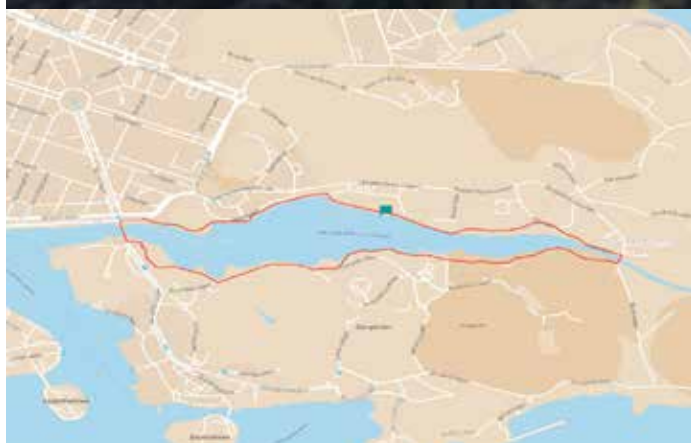


Mental Health Run 2016

Stockholm, lördag 8 oktober kl. 13.00

Ett välgörenhetslopp på 5 km för att motverka stigmatisering av psykisk sjukdom och för att stödja psykiatrisk forskning

För mer info och anmälan gå in på
mentalhealthrun.se



Loppets bana

Start och målgång vid Sjöhistoriska museet. Loppet går sedan längs en lättlöpt/lättgången bana på 5km runt Djurgårdsbrunnsviken.



SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSSEN



2016



Det mångkulturella samhället – en tillgång och en utmaning

*Inledningsanförande av Johan Oljeqvist,
VD Fryshuset*

Rapporter om terrorism och andra våldsamma händelser skapar rädsla för det okända hos många av oss och därför var det befriande att höra Johan Oljeqvist prata med utgångspunkt i Fryshusets värdegrund. Fryshusets inställning är att tro på människor, inte misstro dem. I sitt arbete visar Fryshuset att det går att bestämma sig för att inte fördöma och det går att öppna sitt hjärta för det okända. Johan beskrev våldsamma handlingar hos unga, till exempel stenkastning mot räddningstjänsten, som ett uttryck för en längtan "att bli som du". Alla människor vill höra till och därför är det viktigt att skapa mötesplatser där alla är välkomna. Att börja en kontakt med attityden: "Välkommen hit! Vad är du bra på? Vart är du på väg?" skapar möjligheter till förändring.

Tänk om alla kontakter i vården kunde börja på det sättet. Då tror jag att resan mot personcentrerad vård skulle bli betydligt kortare!

Ullakarin Nyberg
Vice ordförande SPF



Suicidriskbedömning och instrument för det – var står vi nu?

*Åsa Lindh
Bo Runeson
Margda Waern*

I föreläsningen presenterades dels tillförlitligheten för suicidprediktion hos olika skattningsskalor, dels en kvalitativ studie kring upplevda svårigheter att genomföra suicidriskbedömning hos psykiatriker.

Bo Runeson var delaktig i att sammanställa en SBU-rapport kring tillförlitligheten för suicidprediktion hos olika skattningsskalor. Man granskade då ett antal olika skattningsskalor för suicid såsom t.ex. SIS och Sad person scale. God tillförlitlighet hos skalan definierade man som minst 50 % specificitet och minst 80 % sensitivitet att predicera suicid/suicidförsök. Slutsatsen blev att ingen av de studerade skalorna samtidigt uppfyllde båda dessa krav för specificitet eller sensitivitet. Samtidigt betonades att mer forskning behövdes för att undersöka tillförlitligheten i vanligen



använda skalor som SUAS och CSSRS. En multicenterstudie jämförande prediktionsförmågan för suicid hos CSSRS jämfört med övriga skattningsskalor för suicid pågår just nu.

Margda Waern berättade om sin kvalitativa studie kring erfarenheter av suicid hos psykiatriker. Ur studien framträder vissa centrala upplevda svårigheter i suicidriskbedömningen hos de intervjuade. Ett vanligt tema är bl.a. att upplevelsen av bristande emotionell kontakt försvårar bedömningen. En annan upplevelse är att det vid sidan av den framförda berättelsen hos patienten finns en parallell historia som kan vara svår att få fram. Dessutom framkommer svårigheter att välja vad man ska lägga tyngdpunkten på i sin bedömning – "magkänslan" eller skolboks faktorer?

Henrik Brezicka
ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Värd på SPK

Stefan Hofmann och medarbetare (2011):
"... a major aim of mindfulness meditation is to cultivate a more accurate view of how the mind operates and to raise awareness of the present moment by means of a process of phenomenological investigation".



2016

Svenska
Fö



Att få hjärnan att gå ner i varv. Så gör du!

Åsa Nilsson

Allt verkar peka rakt in i hjärnan...

Repliken kom från en kollega, rösten var lätt uppgiven.

Argumentationen gick ungefär såhär: ju mer uppenbart det blir att psykiatriska tillstånd av olika slag har sitt ursprung i hur hjärnan arbetar, eller misslyckas med att arbeta, ju fastare grepp kommer läkemedelsindustrin att få om våra behandlingar. Därmed kommer psykoterapi att förlora alltmer mark.

Jag hoppas att mitt bidrag till kongressen kan ha varit en fackla i just det mörkret, för jag talade om mindfulness i hjärnan, närmare bestämt vad vi börjar lära oss om vad som händer i hjärnan när vi medvetet riktar vår uppmärksamhet, väljer våra tankar och odlar de känslolägen vi vill vara i.

Först en definitionsfråga – begreppet "mindfulness" är förvetenskapligt, och saknar därmed operationaliserad definition. Vi behöver därför precisera vilken aspekt vi diskuterar.

Jag valde två formuleringar som jag tycker är särskilt relevanta för psykiatri:

Först Stefan Hofmann och medarbetare (2011): "... a major aim of mindfulness meditation is to cultivate a more accurate view of how

the mind operates and to raise awareness of the present moment by means of a process of phenomenological investigation".

Sedan Tang och medarbetare (2015): "Meditation can be defined as a form of mental training that aims to improve an individual's core psychological capacities, such as attentional and emotional self-regulation."

Hoffman fokuserar först på vår strävan att förstå hur psyket fungerar och därmed att begripa varför det blir som det blir, varför vi gör som vi gör. Sedan på vikten av att kunna fokusera på det som är, istället för på det som varit eller det vi tror ska ske.

Tänk så ofta vi frågar: "Men hur gick det till?" "Hur kunde det gå så tokigt" och får det sorgsna svaret: "Jag vet inte, det bara hände."

Min erfarenhet av emotionellt instabila personer som lär sig att lägga orsakspusslet har varit upplyftande. När det börjar bli begripligt att a leder till b som leder till c som i sin tur leder till det vi uppfattar som "problembeteendet" så blir världen med ens mer förutsebar och mindre skrämmande. Här har mindfulness varit ett ovärderligt redskap.

Tang lyfter en annan aspekt av mindfulnesssträning – vår möjlighet att utveckla vår förmåga att välja rätt fokus för vår uppmärksamhet, och att kunna reglera våra känslor.

Nu över till Marsha Linehan som grundade DBT och som har varit en ovanligt inspirerande lärare.

Två ungefärliga citat:

”Vad gör vi när femåringen trillar av sin cykel? Hon är arg och ledsen och har ont där hon har fått skrubbsår på knäna. Springer vi in och hämtar en redig whisky åt ungen? Eller letar vi upp någon lugnande medicin? Det gör vi inte, vi tröstar, sätter på plåster, blåser, kramar. Och ungen lugnar ner sig. Precis så kan vi göra med våra patienter, och så småningom lära dem att göra med sig själva.”

”Man måste säga till patienten att hon behöver lära sig att bli sin egen Sobril. Man måste få dem att förstå hur viktigt det är att kunna ta hand om sig själv när man är rädd eller ledsen. Man måste berätta att det går att lära sig att lugna sig och att trösta sig.”

Reaktionen kan bli bestörtning.

Bli sin egen Sobril?

Hurdå?

Jo, bland annat genom att träna mindfulness.

När vi började med DBT var det något av ett mysterium för oss hur vi skulle förhålla oss till en mindfulnessbaserad psykoterapi. Vi hade mycket lite kunskap om vad mindfulnesssträning kunde leda till, och på vilket sätt den kunde vara till nytta för patienterna.

Så småningom, med patienternas hjälp, lärde vi oss. Patientarbetet fick ett lyft som knappast går att beskriva. Vi kunde hjälpa, men kunde inte förklara varför hjälpen fungerade.

Idag har den moderna hjärnabbildningen äntligen gjort det möjligt att undersöka vad som händer i hjärnan när vi ägnar oss åt

mindfulness.

Jag visade en figur från Tang och medarbetare där de summerar kunskapsläget om vilka delar av hjärnan som har visat sig påverkas av mindfulnesssträning: bland annat främre och bakre cingulum, striatum, delar av prefrontalcortex, insula – det vill säga just de strukturer som har visat sig vara involverade i styrningen av vår uppmärksamhet, känsloreglering och jagupplevelse.

Mycket talar för att vi genom olika mindfulnessövningar specifikt kan träna olika mentala förmågor, och att den träningen resulterar i mätbara förändringar i hjärnan.

Visst blir man glad!

”Allt verkar peka rakt in i hjärnan ...” Sa kollegan, och han hade rätt. Jag kan inte uppfatta detta som ett problem, utan som bästa tänkbara nyheter. När våra psykiatriska symtom lokaliseras till hjärnan kommer ingen att skälla ut patienterna för att de beter sig som de gör, det vore ju lika ologiskt som att skälla ut en person som inte kan röra armen efter en stroke.

Vi kommer att förstå hur våra psykoterapeutiska interventioner påverkar hjärnan, både strukturellt och funktionellt.

Vi kommer att bli ännu bättre på att hjälpa dem som vänder sig till psykiatrin.

Kan det bli så mycket mer hoppfullt än så?

Åsa Nilssonne

Psykiater, leg. psykoterapeut, författare med ambitionen att integrera det naturvetenskapliga och det humanistiska perspektivet





Satellitesymposium – Servier

Depression: Meta-analyser, icke-interventionsstudier och klinisk praxis
(Meta-analyses of clinical trials in depression)
David Taylor

Effekt på negativa och positiva affekter: kunskap från icke-interventionsstudier med agomelatin
Anders Berntsson

Svårbehandlad depression – vad kan vi göra?
Mats Adler

David Taylor, professor ifrån Leicester, talade om metaanalyser och att dessa kan påverkas av sk "publication bias". Enligt professor Taylor så kunde agomelatin vara ett bra alternativ vid svåra depressioner, där skillnaden i effekt blev allt större ju mer allvarlig depressionen var.

Anders Berntsson talade om skattningsskalor och olika riktlinjer som ibland kan skilja sig åt. Han nämnde att skalor som mäter livskvalitet och social funktion kan vara ett komplement till de traditionella depressionsskalorna.

Mats Adler som arbetar på en affektiv mottagning i Stockholm talade om svårbehandlade depressioner.

Enligt MA så är responsen cirka 50 % vid svårbehandlade depressioner. Enligt STAR-studien så kunde man komma upp i siffran 70 % respons om man följt 4 steg i studien. Hade man ett dåligt behandlingssvar så skulle man ganska tidigt överväga att göra en serumkoncentrationsbestämning, liksom att tänka till om diagnosen var korrekt. Bipolaritet ska utredas tidigt. Om kvarstående symtom så ska man ha personlighetsstörning i åtanke. I utredningen ska man också reflektera kring om det finns en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. Man ska inte heller bara tänka på farmakologi, att lägga till kognitiv beteendeterapi kan vara en bra åtgärd.

Andra åtgärder man kan ta till om depressionsbehandlingen inte fungerar är: överväga annat farmaka (ev. agomelatin, men då måste man monitorera leverprover), potentiering med litium, tillägg av atypiska neuroleptika (olanzapine, quetiapin, aripiprazole). Viss evidens finns för kombinationen venlafaxine och mirtazapine. MA slog ett slag för litiumbehandling med tanke på dess antisuicidala effekt. ECT är ett alternativ vid akut svår depression som en svår melankoli, men ett aber är minnesstörningarna som är ganska vanliga enligt MA. Ytterligare alternativ kan vara MAO-hämmare, klomipramin i infusion och transkraniell magnetstimulering som man bedrev forskning på. Ketamininfusion var MA mer avvaktande till med hänvisning till risk för att utveckla missbruk. Vortioxetin nämndes som ett bra alternativ ifrån den aktivt lyssnande publiken.

Cecilia Mattisson
Styrelsen SPF

Psykiatrins historia

Marie Åsberg

Jag lyssnade på professor Marie Åsbergs intressanta föreläsning Psykiatrins historia. Det var många som hörde på detta föredrag och av de varma applåder att döma så var föreläsningen mycket uppskattad.

Marie Åsberg berättade inledningsvis att hon arbetat i den svenska psykiatri i cirka 50 års tid. Läroboken "Clinical Psychiatry" av Mayer-Gross, Slater och Roth nämndes som en viktig källa till kunskap.

Emil Kraepelin och hans stora insats på diagnostikens område omtalades liksom hans särskiljande av dementia praecox och manodepressiv sjukdom. Professor Kraepelin gjorde förloppsstudier och erfor att prognosen skiljde mellan dessa sjukdomar.

Sigmund Freud som föddes samma år, 1856, nämndes givetvis också och MÅ påpekade att man kan uppfatta psykiatri på olika sätt.

Griesingers citat onämndes: *Geisteskrankheiten sind gehirnkrankheiten*. Samme Griesinger verkade dock för psykiatriska reformer och att patientens nätverk skulle mobiliseras. Det fanns redan i början olika sätt att se på psykiatri, s.k. psychiker och somatiker hade olika referensramar, där psychikerna var psykologiskt orienterade medan somatikerna betonade naturvetenskap. Reil (1759-1813) var företrädare för psychikernas riktning.

Samma dynamik finns idag, en del psykiatrer säger att varför ska något vara neuropsykiatri, all psykiatri är neuropsykiatri.

Roger Qvarsell, idéhistoriker och professor, har beskrivit den svarta historieforskningen, med steriliseringar, lobotomier och dålig vetenskap, men också den vita historieforskningen med prevention, värdig behandling av patienter och behandlingsoptimism. Så vad ska man fokusera på?

När det gäller psykiatrins historia så tänker säkert många på mentalsjukhusens historia och MÅ visade exempel på mentalsjukhusens ibland vackra och slottlika arkitektur med stora estetiska värden. MÅ påpekade att tankarna var god vård i en vacker omgivning, och asyltänkande (att individerna skulle få en säker tillflykt), men att mentalsjukhusen blev överfulla, vilket det finns olika teorier om varför det blev så. Efter klorpromazinets intåg så tystnade stormavdelningarna och patienter kunde lugnt promenera i mentalsjukhusens fina parker. Gunnel Svedberg har gjort intervjuer med sjuksköterskor som upplevt tiden innan verksamma mediciner fanns och vittnesmålen var intressanta och många patienter led svårt i den svåra och oroliga miljön (stormavdelningarna).

MÅ nämnde en del av behandlingsarsenalen som fanns i äldre tider och som utmönstrats; feberbehandling med inokulation av malaria, insulinkomabehandling och lobotomi. Den som låg bakom lobotomin som behandlingsmetod var Egaz Moniz som fick Nobelpris (1949).

Herman Lundborg som var svensk rasbiolog nämndes som en förespråkare för rashygien och han ville att "folkstammen" skulle renas och framodlas, och som ett led i detta ingick steriliseringar av psykiskt sjuka. Det var idéer som var aktuella på 30-talet i flera länder och lade grogrunden till nazisternas utrotningsprogram av psykiskt sjuka. Det kallades T-4-programmet och enligt MÅ fick cirka 250 000 psykiskt sjuka sätta livet till. Morden enligt de så kallade eutanasi-programmet (beslutat av Hitler) utfördes på 6 "tötungsanstalter" i Tyskland.

På 60-talet kom den antipsykiatriska rörelsen med förespråkare som Thomas Szasz och Ronald Laing. En del ansåg att psykiska störningar var en naturlig reaktion på ett sjukt samhälle. Det skulle vara avmedikalisering, samtal och deinstitutionalisering.

Även Sverige tömde sina mentalsjukhus och öppna vårdformer utvecklades. På sina ställen i Europa blev det dock flera psykiskt sjuka på fängelser och rättspsykiatri fick öka sin verksamhet.

I Sverige hade vi Skå-Gustav Jonsson som utvecklade sina teorier om det sociala arvet. Professor Gerdt Wretmark med LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå) och som intresserade sig för samtalskonsten. Professor och psykoanalytiker Johan Cullberg verkade för en psykiatri med psykoterapeutiska ambitioner och Bengt Berggren ledde Nackaprojektet som utvecklade öppenvårdspsykiatri som var en föregångare till den sektoriserade psykiatrien.

På 1980-talet var det mycket fokus på diagnostik och DSM-systemet.

Enligt Marie Åsberg är möjligen motsättningarna i psykiatrien nu mindre, när epigenetiker som t.ex. Caspi visat att det inte är antingen eller utan både - och, arv och miljö. Ett exempel på detta var den av sin mamma-rätta älskade rättunge som blev modig, vilket inte en stackars oälskad rättunge blev.

Så kanske mer samspel inom psykiatrien med den tretvinnade psykiatriska tråden som inte brister och som innehåller biologiska, sociala och psykologiska trådar.

För övrigt gillade inte MÅ New Public management.

Cecilia Mattisson
Styrelsen SPF

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2017.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskpsykiatri.se
senast den 15/1 2017.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen



Vuxenhabilitering - till vilken nytta för psykiatrin

Helene Ahnlund och Lena Nylander

Klarar psykiatern att säga nej?

Citat och reflektioner från SPK 2016

Habilitering och psykiatri. Två verksamheter med olika fokus och olika uppdrag. Men var går gränsen mellan habilitering och psykiatri? Den frågan tycker jag får onödigt mycket uppmärksamhet. Den leder oss åt fel håll, den får oss att tänka "antingen eller". Och svaret riskerar att bli en pappersprodukt. I praktiken räcker det med att inse att habilitering och psykiatri kompletterar varandra. I praktiken är det samarbete som gäller, oavsett hur man definierar gränser och uppdrag.

Vuxenhabilitering har den neuropsykiatriska diagnosen som "inträdesbiljett". En diagnos som ställs inom psykiatrin, men som påverkar Habiliteringens jobb.

Med den här meningen inledde Helene Ahnlund sitt och Lena Nylanders föredrag. Helene är logoped och arbetar på vuxenhabilitering, i ett autismteam, sedan 16 år tillbaka. Det märks. Hennes ord är mitt i prick. Hennes fallbeskrivningar är oerhört levande. Hennes jobb är väldigt konkret. Hon gör tester, spelar in patienterna på video. Ett arbetssätt som inte lämnar mycket utrymme för subjektivt tyckande. Det blir väldigt tydligt när patienten förstår. Och när patienten inte förstår.

Språk och kommunikation är våra verktyg inom psykiatrin. Varför jobbar vi inte mer med det?

Undrar Helene och det undrar jag också. Vi skulle aldrig hänvisa en rullstolsburen person till trappan. Eller trycka en broschyr i handen på en synskadad person. Ändå chansar vi så mycket med patienter som har osynliga funktionsnedsättningar. Vi pratar på, ofta utan något som helst visuellt stöd. Kanske vet vi att patienten har kommunikationssvårigheter, men det räcker inte att vara medveten om det på ett generellt plan. Vi behöver förstå vad svårigheterna konkret innebär för den individ vi har framför oss, för att kunna ta hänsyn till dem.

Habiliteringen behöver information om diagnosen, om hur den yttrar sig hos den enskilde individen.

Apropå förståelse på individnivå. Det här är verkligen centralt för alla som arbetar med patienten, såväl inom habiliteringen som inom psykiatrin. Det är en faktisk begränsning med våra neuropsykiatriska utredningar. Formuleringarna i våra utlåtanden är ofta ganska allmänt hållna. Exempelen från patientens utvecklingsanamnes är svåra att översätta till vuxenålder. En noggrann och konkret beskrivning på individnivå är nödvändig för att möta patienten där den befinner sig, oavsett om vi ska leverera en psykiatrisk behandling eller en habiliterande insats. Så länge vi själva utreder har vi ett ansvar att föra vidare informationen som utredningen innebär.

Om patienten själv inte kan skapa kontinuitet, måste vi göra det.

Om man har autism har man ofta svårt att uppfatta helheter och sammanhang. Vården är inget undantag och den kan uppfattas som fragmenterad. Därför är samarbete och personlig kontakt extra viktiga i samband med övergångar. I många situationer är det ändå inte övergång, utan samarbete som gäller. Vad är psykiaterns roll då?

Jag behöver en psykiater – ofta för att säga att det som behövs här och nu inte är en medicin. En psykiater som säger nej, gång på gång.

Enligt Helene är det en framgångsfaktor. Vågar vi ställa upp? Jag hoppas det, för våra patienters skull.

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF

ANNONS



Etik och etikett - vad får man säga i dödens närhet?

Magdalena Ribbing och Ullakarin Nyberg

Beklaga inte sorgen!



I arbetet som läkare är döden ofta närvarande i någon form. I psykiatri är den självvalda döden ett återkommande tema. Oftast talar vi om livslust, dödsönskan och tankar om självmord. Ibland har vi anledning att prata med människor som lämnats efter att deras nära begått självmord.

Vi har alla olika förhållningssätt till död och till sorg. Hur närmar man sig en medmänniska som nyligen har förlorat en anhörig som har tagit sitt liv? Finns det aspekter man bör tänka på – både som medmänniska och som läkare? Självklart finns här inga enkla svar. Under konferensens sista dag samtalade Ullakarin Nyberg med Magdalena Ribbing kring detta under ett seminarium "Etik och etikett – vad får man säga i dödens närhet?".

Magdalena Ribbing inledde med ett historiskt perspektiv om vårt förhållande till död och sorg, vilket har förändrats avsevärt genom århundradena. Förr var döden mer närvarande i livet, *memento mori*. Det var inte ovanligt att man själv snickrade ihop sin egen kista. Då användes de allra bästa brädorna!

Döden har alltid varit omgärdad av ritualer, vilket underlättar för omgivningen, som har en handlingsplan att utgå ifrån. Kyrkringning hörde dödförklaringen till – olika längd

beroende på vem som avlidit. Att tvätta den döde var ett hedersuppdrag. Genom att täcka för speglar med lakan höll man undan spöken. Med beröring av den döde undveks att denne kom tillbaka just i spökform.

Mycket i ritualer och etikett har tillkommit för att skydda den sörjande. Sorgklädsel är inte så vanligt numera, men försvann för inte så väldigt många decennier sedan. Ansiktsslöjan var till för att skydda den sörjande kvinnan. För de herrar som inte hade en svart kostym fanns möjlighet att bära sorgeband.

Sorgen förväntades pågå under en bestämd tid, närmare bestämt två år. Så länge bar en änka svarta kläder. Kvinnor bar sorghatt eller "smäck" för att skydda håret, som annars kunde uppfattas frestande. Män hade plöröser, en slags vita manschetter för att gråta i. Avsteg från svart klädsel gjordes endast vid bröllop, eftersom "bröllop bryter sorg".

Ribbing förfasades över folks "hidiösa" val av kläder vid begravning. Allt är inte rätt bara för att det är svart, till exempel högklackat och läckra cocktailhattar. Än idag är det viktigt för många att undvika brunt på begravning, eftersom det för tankarna till jord. Närmast anhöriga (en generation i upp- och nedstigande led) bär vit slips, övriga svart. Val av korrekt klädsel är viktigt, enligt Ribbing, eftersom man inte ska klä sig för att antyda nöje. Allt av respekt för de sörjande.



Vi har en tendens att prata kring döden som kan vara väldigt förvirrande, menar Ribbing. Att säga att någon "vilar" kan sätta outplånliga spår hos barn och unga, som därmed kan bli rädda för just vila. På senare tid märks en tendens att vilja vara "du" med döden, vilket bland annat märks genom personligt tilltal till personer i dödsannonser.

Hur närmar vi oss anhöriga? Inte sällan blir anhöriga ofrivilligt isolerade, då många vill låta dem "vara ifred", särskilt efter en tid. Annat är det i andra kulturer, där man bokstavligt flyttar hem till den sörjande och under en tid hjälper till med allt i hemmet och finns med som stöd.

Numera "kondolerar" vi sällan en persons bortgång, vilket var en vanlig fras förr, särskilt när man skickade hem blommor, vilket för övrigt ska göras mellan dödsfall och begravning. Därefter ska livet återgå till det vanliga för omgivningen.

Magdalena Ribbing fasar inför begreppet "Jag beklagar sorgen", som hon menar att man beklagar att någon sörjer. Man ska ju inte ta sorgen ifrån den som sörjer, utan istället visa sig förstående. Bättre är det att säga att "Du har min medkänsla" eller "Jag tänker på dig". Man ska absolut visa sig tillgänglig för att ge praktisk hjälp, men acceptera ett nej. Dock är det bra att upprepa sin hjälpvillighet efter en tid.

Till den som blivit lämnad efter en anhörigs självmord kan det kännas än mer svårt att närma sig. Ska man fråga? Om vad och hur mycket? Det är aldrig fel att fråga människor om de vill prata - om de vill berätta om vad som har hänt. Dock är det alltid fel att fråga om val av suicidhandlingsmetod. En sådan fråga uppfattas endast nyfiket och vulgärt.

Även i sjukvården har vi att reflektera över bemötande efter självmord. En svensk studie visar att 96 procent av anhöriga önskar att sjukvården kontaktar dem i efterförloppet. De flesta har behov av att prata, få berätta om och om igen. Det goda ältandet. Ribbing varnar för att uppmana sörjande att inte ha dåligt samvete, eftersom en sådan uppmaning kan skapa just sådana känslor.

I sjukvården ställer vi frågor kring död och sjukdom på ett sätt som inte är acceptabelt i andra sammanhang. Vi har dock alltid att förhålla oss till vad som är rätt i varje situation. Det är alltid rätt att visa sig beredd att lyssna. Den "barmhärtiga tystnaden" räcker ofta långt.

Hans-Peter Mofors
Ordförande SPF



Fokuserade interventioner vid kroppssyndrom på en somatisk akutmottagning – FACT

Michael John och Rani Toll John

Psykoterapi på Akuten – ett sätt att hantera mångbesökare med hälsooro

I Linköping har det startats ett projekt med syfte att bemöta patienter som söker vård på akutmottagning med somatisering. Det visade sig att många unga patienter söker upprepade gånger för oro kring svårt objektifierade symptom.

Ett projekt har påbörjats för att identifiera dessa patienter för att sedan kunna erbjuda adekvat hjälp direkt.

Linköpings universitetssjukhus akutmottagning har ca 47 000 besök per år.

I en intern undersökning tittade man närmare på mångbesökare som definierades som patienter som under mindre än 12 månader gjorde 4 eller fler besök på akutmottagningen. Den åldersgrupp som sökte oftast var 20–22-åringar. 3,5 % av patienterna genererar 13 % av akutmottagningens besök. 1100 patienter genererar

knappt 6000 besök/år, på akutmottagningen, alltså inte inräknat alla andra sjukvårdskontakter som patienterna har. Könsfördelning män:kvinnor är 1:1.

Dessa har i regel inte de allvarigaste åkommorna men vikten av att ändra förhållningssätt till symptom och lidande är störst utifrån förväntad livslängd och påverkan på resursutnyttjande (efter att allvarlig sjukdom har uteslutits förstås).

Ett ändrat förhållningssätt hos akutpersonal i kombination med förbättrat och tätt samarbete med terapiutbildad personal kan leda till stora förbättringar i omhändertagandet av dessa patientgrupper. I direkt anslutning till ett besök på akuten där en utredning inte påvisat allvarlig sjukdom är patienten ofta mottaglig för alternativa orsaker till symptomen (konflikt på arbetet, relationsproblem, livsångest över val av framtida yrke, arbetslöshet osv).



I detta "tidsfönster" har man som störst möjlighet att initiera en radikal beteendeförändring om patienten får rätt behandling. Val av korrekt behandling är beroende av att korrekt diagnos sätts (t.ex. kroppsstörningssyndrom, panikångest, depression osv). Även patienter med kroniska sjukdomar med somatisk bakgrund, såsom IBS, epilepsi (de med funktionella inslag), diabetes på basen av obesitas, generaliserad ångest, missbruk av olika slag, som söker trots välreglerad grundsjukdom kan ha stor nytta av psykologisk behandling.

Ett första steg är att identifiera patienter med psykosomatiska besvär för att ställa diagnos och sedan kunna inleda adekvat behandling. På akutmottagningen i Linköping valde vi att utbilda inte enbart läkare utan även omvårdnadspersonal och vårdadministratörer i diagnossättning enligt DSM-5. För att skapa en miljö där somatisering uppmärksammas, kommer på tal och blir föremål för adekvat behandling krävs det kunskap och attitydförändringar i hela teamet som arbetar med patienten. Det är ofta omvårdnadspersonal som tillbringar mest tid med patienten och kan tillhandahålla viktig information för läkaren, och det är sekreteraren som ser till att diagnosen får rätt diagnoskod i journalen. Varje möte mellan patient och personal på akutmottagningen innebär en inlärningsfarenhet för patienten och all personal med direkt patientkontakt kan bidra med att förstärka patientens dysfunktionella hjälpsökande beteende – eller att förbereda en terapeutisk process. Därför valde vi att i en klinikövergripande utbildningsinsats förmedla

grundbegrepp i korttidspsykoterapeutiska interventioner enligt FACT (Focused Acceptance and Commitment Therapy)-modellen. Målsättningen är att kunna anställa en terapeut på akutmottagningen som sedan inleder behandling direkt på akutmottagningen.

Så här gick det till i praktiken

2015

En arbetsgrupp bildades med akutläkaren Rani Toll John, psykologen och psykoterapeuten Mats Dahlin samt psykiatern Michael John.

Efter ett förberedande möte med akutkliniken ledningsläkargrupp bjöds hela personalgruppen (ca 150 personer) på s.k. gruppdagar till en utbildning i diagnoskriterier för kroppssyndrom, sedan en crash-course i FACT-samtal och förhållningssätt hos akutpersonalen, där det även ingick demonstrationer av terapisamtal och rollspel i grupper med efterföljande diskussioner.

2016

Intresserade medarbetare inbjöds till handledda samtal kring omhändertagande av patienter med kroppssyndrom på akutmottagningen och detta fortsätter under våren och hösten.

Nuläge

Finansiering av en egen terapeut på akutmottagningen efterlyses på önskemål av personalen. Planering för rekrytering av en lämplig terapeut som kan inleda behandlingsinterventioner för patienter med kroppssyndrom direkt på akutmottagningen pågår. Det planeras en uppföljning av fysiskt och psykiskt mående och sökbeteende hos patienter som fått diagnos och sedan interventioner enligt modellen.

Redan nu, några månader efter grupputbildningen, har det skett en attitydförändring hos personalen. Alla yrkesgrupper har känt sig involverade inklusive sekreterargruppen.

I en uppföljande enkät efter gruppdagarna kom fram att 89 % anser att patienter med kroppssyndrom besöker akuten *dagligen* eller *veckovis*, och 79 % anser att diagnosen än så länge aldrig eller *sällan* ställs.

Det har myntats ett nytt begrepp med mer positiv värdering: "FACT-patient" och "FACT-samtal" och en lista på befintliga terapeuter internt och externt håller på att upprättas – efterfrågad av personal i väntan på "egen" terapeut.

Rani Toll John
Specialist i akutsjukvård, ledningsläkare

Michael John
Psykiater, leg. psykoterapeut

Referens

Kirk Strohsahl, Patricia Robinson, Thomas Gustavsson: Fokuserad ACT, Natur och Kultur 2014



Vad har hjärnavbildning lärt oss om antipsykotiska läkemedel?

Svante Nyberg

Svante Nyberg presenterade på ett illustrativt sätt hur man har kunnat använda hjärnavbildning i form av PET för att styrka hypoteser för antipsykotiska läkemedels verkningsmekanism och för att identifiera ett terapeutiskt intervall, liksom vid vilka nivåer av receptormättnad som risken för biverkningar ökar markant.

Genom hjärnavbildning med PET kan man genom specifika radioaktiva receptorligander mäta graden av mättnad i en receptorpopulation när ett visst antipsykotiskt preparat binder in till den specifika receptorn. Andelen mättade receptorer visualiseras också direkt från PET-bilder men då på ett mindre exakt sätt. En färggradient anger då hur hög andel av en viss receptorpopulation som är tillgänglig för inbindning.

Vad gäller antipsykotiska läkemedel har fr.a. två receptortyper varit i fokus för PET-avbildning – dopamin D2-och serotonin 5HT2A-receptorn. PET-studier har på ett övertygande sätt kunnat styrka att D2-R-blockad ger antipsykotisk effekt vid en mättnadsgrad mellan 70 och 80 % av D2-receptorpopulationen. 70-80 % mättnadsgrad av D2-receptorer utgör således ett terapeutiskt intervall för antipsykotisk effekt. Detta gäller för flertalet preparat bland både första- och andragenerationens antipsykotiska läkemedel såsom haloperidol, olanzapin och risperidon. Det framkommer också att en mättnadsgrad högre än 80 % är direkt associerat med extrapyramidala biverkningar.

Genom PET framgår att clozapin har en antipsykotisk effekt vid en mättnadsnivå av D2-receptorn som är mycket

lägre än 70-80 %. Clozapin har en hög affinitet för 5HT2A-receptorn men låg affinitet för D2-receptorn. Då clozapins antipsykotiska effekt således ej tycks utövas genom D2-receptorblockad har man undersökt om effekten istället skulle kunna utövas genom blockad av 5HT2A-receptorn. Vad gäller antipsykotisk effekt tycks det dock utifrån PET-studier ej vara en övertygande verkningsmekanism, då den antipsykotiska effekten uteblir även vid mycket höga nivåer av 5HT2A-receptormättnad. Således utgör den antipsykotiska verkningsmekanismen för clozapin fortfarande en gåta.

Genom PET-studier kan man också se att aripiprazol har en antipsykotisk effekt vid en D2-receptormättnadsgrad som överskrider 80 % utan att samtidigt ge extrapyramidala biverkningar. Aripiprazol är en partiell agonist på D2-receptorn och det är möjligen just denna verkan på D2-receptorn som gör att extrapyramidala biverkningar uteblir trots mycket hög mättnadsgrad. Föreläsaren lyfter dock fram att aripiprazols verkan på receptornivå kan vara mer komplicerad än så. Även om aripiprazol har låg benägenhet för extrapyramidala biverkningar diskuteras samtidigt att det har benägenhet just för akatysi.

Henrik Brezicka

**ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska Univsersitetssjukhuset
Värd på SPK**



Min dotter tog sitt liv - en berättelse

Helene Neuss och Ullakarin Nyberg

Helene Neuss låter åhörarna ta del av sina erfarenheter kring att ha förlorat sin dotter i suicid då dottern var 21 år gammal. Det är en öppen och berikande berättelse som kompletteras av Ullakarin Nyberg som understryker de delar av sorgebearbetning som är vitala för att integrera ett personligt trauma av denna karaktär.

Efter dotterns suicid hade Helene Neuss behov av att vänta med begravningen liksom att behålla vissa av sin dotters personliga tillhörigheter under en längre tid. Detta menar hon kanske av andra kunde ha uppfattats som ett försök att undvika att göra upp med dotterns avlidande. Det framhålls istället att alla har sina specifika sätt att sörja på, som kan se olika ut och ta olika lång tid, men där ingen specifik typ av sorgebearbetning kan definieras som fel eller dysfunktionell. Det framkommer också att Helene Neuss i bearbetande samtal om sin dotters suicid fick berätta detaljerat om konkreta minnesbilder kring händelsen och att en sådan ingående återberättelse i hög grad kan underlätta att integrera en traumatisk händelse.

Hon tar också upp dotterns psykiska sjukdom och vikten av att ta ansvar för att bevara sig själv i situationer då den anhöriges problematik på ett icke-konstruktivt sätt kan riskera dra ned en i ett eget illabefinnande.

Slutligen är detta också en berättelse om ett försök till att omvandla en potentiellt traumatiserande händelse till en erfarenhet som hon idag försöker använda för att hjälpa och stärka andra personer i liknande situation.

Henrik Brezicka

**ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Vård på SPK**

Ingen sjukdom är visst en sjukdom – om funktionell neurologisk symtomstörning i Sverige

Marie Bendix, Anders Nilsson och Carl Sjöström

I föreläsningen ges en överblick av vad diagnosen funktionell neurologisk symtomstörning (konversionssyndrom) innebär efter förändringen av diagnoskriterier enligt DSM-5, liksom hypoteser kring tillståndets uppkomst. Huvudfokus låg dock på att presentera var specialinriktade team idag finns för denna patientgrupp i Sverige, samt beskrivningar från Örebro universitetssjukhus och Karolinska universitetssjukhuset Huddinge av hur ett sådant team kan se ut och på ett effektivt sätt arbeta för att denna patientgrupp ska få bästa möjliga behandlingsresultat.

Funktionell neurologisk symtomstörning definieras som neurologiska symtom såsom domningar, svagheter, krampfall, som beror på förändrad funktion i nervsystemet men ej sjukdom. Symtomen är dock verkliga, ej inbillade. Teoretiskt medieras symtomen av att funktionen i centrala nervbanor för t.ex. motorik störs av signaler från andra dysreglerade hjärnområden såsom prefrontalcortex och främre cingulum. I samband med DSM-5 togs kravet om orsakssamband mellan neurologiskt symtom och psykologisk faktor bort. Även kravet om att symtomet ej får vara simulerat togs bort. Föreläsarna förklarar att en psykologisk orsaksfaktor till symtomen kan men behöver ej finnas samt lägger vikt vid att inte pressa fram en psykologisk orsak till insjuknandet. Samtidigt är det av nytta att göra en kartläggning av ev. utlösande sociala/psykologiska orsaker i utredningen.

Det finns idag olika verksamheter i Sverige som har utvecklat vårdteam inriktade på funktionell neurologisk symtomstörning (s.k. funktionella team). Psykiatern Marie Bendix och neurologen Anders Nilsson beskriver hur funktionella team har organiserats på deras sjukhus. Anders Nilsson berättar att det funktionella teamet på neurologikliniken Örebro universitetssjukhus arbetar med neurologiska slutenvårdspatienter, och skapades i ett försök att bättra och mer konstruktivt omhänderta denna patientgrupp.

Teamet är multidisciplinärt och består av arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, sjuksköterska, undersköterska, läkare samt har tillgång till psykiater. Marie Bendix berättade om sin delaktighet i att utveckla ett funktionellt team på Karolinska sjukhuset i Huddinge. Inom detta team läggs bl.a. fokus på parallella medicinska och psykosociala utredningar.

Erfarenheten från de två funktionella team som presenterades talar för att det finns ett flertal gemensamma positiva prognostiska faktorer för denna patientgrupp: Kort sjukdomsduration, kort utredningstid med snabb diagnos, möjlighet att snabbt börja rehabiliteringsprocess (ofta bestående i paramedicinska interventioner med t.ex. sjukgymnastisk, psykoterapi). Det som understryks är också att rätt utformad information om diagnos, som ej är stigmatiserande utan bekräftar verkligheten i symtomen och betonar förändrad funktion som orsak, är en avgörande första del i behandlingen.

Henrik Brezicka

**ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Värd på SPK**



Våld och suicid – om kopplingar mellan våldshandlingar och suicidbenägenhet

Axel Haglund, Henrik Lysell och Bo Runeson

Föreläsarna introducerade sitt forskningsarbete kring kopplingen mellan våld och suicid. Forskningsarbetet utgår från den amerikanske psykologen Joiners interpersonella och psykologiska teori för suicidalt beteende. Enligt denna teori beror förmågan att genomföra suicid på samtidig förekomst av två faktorer. Dessa är vilja att dö och förmåga att genomföra den suicidala handlingen.

Vilja att dö tror man beror på långvarig upplevelse av att vara en börda för andra samtidigt som man saknar känsla av tillhörighet/social alienering.

Förmågan att genomföra suicid tror man istället har en hög koppling till erfarenheter av våld och trauma. För att genomföra den suicidala handlingen krävs dels förmåga att initiera själva handlingen. Habituering inför att initiera våldshandlingar tror man kan ske genom att utsätta andra för våld. För att genomföra den suicidala handlingen krävs dels också förmåga att klara av den självorsakade fysiska smärtan som ett suicidförsök innebär. Habituering för sådan smärta tror man kan ske genom att ha blivit utsatt för trauma eller våld tidigare i livet.

Föreläsarna har med utgångspunkt från Joiners teori studerat våldsanvändning och utsatthet för våld hos personer som genomfört suicidförsök genom att använda skattningsskalan KIVS (Karolinska Interpersonal Violence Scale). Skalan kartlägger olika domäner av utsatthet för och användning av våld som barn och vuxen.

Personer med suicidförsök hade signifikant högre poäng på KIVS än kontroller och studiens slutsats var att utsatthet för våld hos barn samt användning av våld hos vuxna har en koppling till suicid. Det föreslås att dessa kan vara riskfaktorer som har högre betydelse för suicid än man tidigare trott och att det ev. skulle kunna vara av betydelse att i högre grad fråga om förekomst av tidigare trauma i barndom och användning av våld hos vuxna vid suicidriskbedömningar.

Henrik Brezicka

**ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Värd på SPK**



BUP-kongressen 2016

Två välfyllda dagar i Uppsala. Hela 560 deltagare och en fristående dag för slutenvården med 170 anmälda.

Kongressen hade fem plenarföreläsningar. Den första föreläsaren var **Mia Ramklint**. Hon menade att kliniker inte är reliabla och därför behöver vi använda en strukturerad diagnostisk intervju. Reliabilitet är viktigt, men även om alla är överens kan det bli fel, därför måste diagnosen också vara valid. Mia pratade här om ett, för mig, nytt begrepp "Longitudinal Expert All Data – LEAD". Med detta menade hon helt enkelt att man skall använda all tillgänglig information för diagnos. Exempel screening, klinisk anamnes och status, självmordsbedömning, diagnostiska intervjuer, skattningsskalor, fördjupad utredning. Denna kedja skall leda fram oss till en LEAD-diagnos eller "Best estimate diagnosis". När jag lyssnar på Mia känns det helt självklart men samtidigt vet jag av egen erfarenhet hur lätt det är att hoppa över t.ex. strukturerade intervjuer. Nu är det bara hem och ta nya tag.

Barbro Thurfjell pratade sedan om hur de nya kunskapsstöden tas fram och att det har bildats ett nytt råd för detta bestående av 9 myndigheter. Barbro redovisade vilka riktlinjer och kunskapsstöd som finns och avslutade med att lyfta fram www.kunskapsguiden.se som innehåller ett mycket fint material om ADHD. Kunskapsstödet är främst riktat till personal men den passar också för föräldrar då den är lättläst och instruktiv.

Håkan Jarbin pratade om deplyftet. Deplyftet är ett sätt att implementera riktlinjen om depression och är ett mycket ambitiöst arbete som har slagit väl ut. Nya kliniker vill nu vara med. Denna och liknande utbildningar tänker jag kan komplettera och delvis ersätta de gamla steg-utbildningarna. Deplyftet har en egen mycket matnyttig hemsida, www.deplyftet.se där man kan hitta föreläsningar och manualer.

Dag två fortsatte med plenarföreläsning om PTSD av MD **Steven Berkowitz** från Philadelphia. Han höll en exposé över ämnet. Han påpekade att det är bra med skattningsskalor vid utredning men att de aldrig får ersätta samtalet ansikte mot ansikte. För behandling menade han att traumafokuserad KBT hade bäst evidens. Farmakologiskt kan man behandla comorbida symtom och "hyperarousal". För sömnsvårigheter med mardrömmar kan man prova clonidine och prazosin. SSRI är inte så användbart enligt Berkowitz. Han visade också en lovande metod för sekundär prevention som kallades "The Child and Family Traumatic Stress Intervention". Metoden har tre sessioner där man först träffar vårdnadshavarna för sig sedan barnet för sig och slutligen hela familjen. Vid mötet med familjen jämför man vårdnadshavarnas och barnets beskrivning av symtomen och försöker identifiera den reaktion på traumat som man skall arbeta vidare med. För mig lät det som en bra och enkel metod, men det enkla är ju ofta det svåra. Steven berättade också en del om hur man kan utreda och behandla barn under 6 år.

Den sista plenarföreläsningen höll **Anders Håkansson** om droger, ett ämne som var temat för kongressen. Anders framhöll att 60-85 % av unga med missbruks- eller beroendediagnos har samtidigt en annan psykiatrisk

sjukdom, framför allt ADHD och ångest, vilket betyder att detta är en viktig uppgift för oss inom BUP. Få föräldrar är medvetna om att barnen använder alkohol och droger. Anders menade att det är viktigt att fråga om missbruk och AUDIT är bra att använda som screening. När man skall ta prover skall man göra det riktigt via ett laboratorium. Självavlästa stickor fångar inte allt och om det är negativt tror man att det inte finns något missbruk vilket leder till att behandlare och föräldrar vaggas in i en falsk säkerhet. Anders framhöll att de flesta inte provar narkotika men om man röker cannabis regelbundet ökar risken för psykos påtagligt. Anders konstaterade också att behandling av missbruk är svårt. Jag tänker att det är viktigt att vi inom BUP blir mer uppmärksamma på missbruk. Att börja fråga och använda AUDIT är en bra början.

Kongressen innehöll förutom plenarföreläsningarna 15 olika symposier och 29 postrar. Många av symposierna hade anknytning till temat missbruk men det fanns också symposier med annan inriktning.

Själv var jag moderator för ett symposium om **ensamkommande flyktningbarn** där det gavs en bred bild av situationen. Symposiet tog upp de speciella svårigheter som finns med ungdomarna som kommer från de nordafrikanska länderna och ungdomar från främst Afghanistan. Vi fick en inblick hur situationen är i Marocko men också hur vården fungerar på SiS-institutionerna. Vi fick också höra mer hur man arbetar på en specialiserad BUP-mottagning och hur ungdomarna har det i de kommunala HVB-hemmen och hur de lyckats att integreras i det svenska samhället.

Jag var också moderator på symposiet där vi presenterade våra nya **ADHD-riktlinjer**. Till detta symposium hade bjudits professor **Ingemar Engström** för att presentera rapporten som kom från Statens medicinska råd (SMER). Rapporten förde fram flera kritiska frågor kring den ökande diagnostiseringen och medicinska behandlingen av ADHD. Under symposiet gavs det stort utrymme för publiken att komma med synpunkter och frågor, vilket ledde till en livlig och bra diskussion från en månghövdad publik.

Sara Lövenhag från SiS fick pris för bästa poster, motiveringen var att hon på ett enkelt och pedagogiskt sätt lyckades att sammanfatta en hel avhandling i en poster. Sara fick ett diplom som bevis på detta av vår vetenskapliga sekreterare Maria Unenge Hallerbäck.

Vad är inte en kongress utan galamiddag? I år kunde vi verkligen tala om just galamiddag då den stora salen i slottet var dukad till fest. En mycket rolig och underhållande toastmaster för kvällen var Jackie Sjödin och en capellagruppen Riltens Vänner sjöng mycket vackert och medryckande.

En lyckad kongress triggar oss i styrelsen att gå vidare och bli ännu bättre. Nu tackar vi BUP Uppsala för ett bra samarbete och nästa år provar vi tillsammans med BUP Gävle.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP





Rationaliteten och det andra

Den här pjäsen är ett mirakel! Den som kommer till Stockholm (eller bor här) måste med nödvändighet gå till Dramatens lilla scen och se på *I lodjurets timme*. Djupt berörande borrar den sig in till en möjlig förståelse av det som verkar obegripligt. Konsekvent och stegvis ökar komplexiteten i berättelsen. Konsekvent och stegvis tvingas verkligheten jämkas med något annat. När föreställningen är slut, klingar samtidigt en intensiv sorg och en stark känsla av kärlek i ett märkligt ackord, kanske himlaharpans.

Vad händer utanför normaltiden, i den 25:e timmen, den som är lodjurets egen? Det är Pojkens fråga till prästen och Lisbeth. Lisbeths fråga är "vad är en människa?", med följdfrågan om man kan "omformatera en missformad människas själ". Prästen, som står utanför sammanhanget, är den berättare som genom historien ger oss sin egen utveckling i en lång berättarbåge. När hon möter pojken är hon präst, när mötet är genomfört säger hon att hon inte längre kan vara det.

Det jag beskriver är några fragment ur P O Enqvists pjäs *I lodjurets timme* från 1988 som just haft nypremiär på Dramaten. Den utspelar sig i ett fängelse – eller om det är på en rättspsykiatrisk enhet av något slag – och vi är med om ett möte mellan Pojken (Michael Jonsson), Lisbeth (Nina Fex) och prästen (Ingela Olsson). Pojken är inspärrad för evig tid, efter att ha mördat ett äldre par i ett hus i norra Västerbotten och sedan satt liken i en snödriva med armarna om varandra. Självt sitter han i sovrummet på övervåningen när polisen kommer. Han betraktas som svårt sjuk och spärras in. Rymmer sen tillbaks till samma hus och gör ett försök att ta sitt liv genom att bränna ner huset.

Allt detta har hänt tidigare och vi får vara med om ett samtal på hans rum, eller cell, efter att han stuckit en sax i en medfånge och senare dödat sin katt samtidigt som han försökte kväva sig själv med en plastpåse.

Det här är vad vi får veta. Om Lisbeth vet också vi att hon forskar på universitetet och att man i en studie gett gamlingar och obotligt galna personer ett djur att vårda, för att se hur det påverkar personernas relaterande. Ordet för det man gör är inte "studie" utan "experiment". Det vi vet om prästen är att Lisbeth tidigare haft henne som någon sorts handledare och att hon slutade vara präst efter mötet med Pojken och Lisbeth.

Jag läste för några år sen i en intervju med P O Enqvist att han ansåg att det "borde vara skottpengar på att ha

skrivit sådan litteratur". Han syftade på den triptyk som bestått av *Nedstörtad ängel*, *Kapten Nemos bibliotek* och *I lodjurets timme*. Om jag minns rätt, så tyckte han texterna var för flummiga på något sätt. Om han omvärderat den här pjäsens styrka och tydlighet eller inte vet jag inte, men han berättar i programbladet till pjäsen något om vad han tänkte inför att den skrevs. Han berättar om hur han och hans katt samtalade och han fick en uppmaning av katten att han skulle beskriva sitt barndomshem i Hjöggböle. Det huset är navet i alla de tre historierna. Det huset är huset som Pojken bränner ner i lodjurets timme. Det huset är det hus där Pojken växte upp med sin morfar, huset som såldes till ett medelålders par efter morfaderns död. Det är det paret som pojken dödar och sätter ut i snödrivan där de i döden får omfamna varandra.

Vad är en människa? är en central fråga, inte bara hos Enqvist. I arbetet som psykiater, oavsett målgrupp, behöver vi fråga oss vad som styr våra patienter – och oss själva. Ibland tvingas vi också genom möten att röra oss ut ur våra invanda mönster. Vi kan fortsätta med yrkesfunktionerna men jag antar att var och en vid mötet med någon patient skakats ut ur den mest ordnade varianten av arbetet. I den här pjäsen ställs Prästen inför just den sortens utmaning när hon i mötet med Pojken hör och förstår sådant som hon inte ens undrat.

Han berättar om samtalen med sin katt, hur katten leder honom till beslut och Prästen kommer att förstå något. Forskaren Lisbeth, som står bredvid och inte vare sig kan eller vill förstå, bär på den rationalitet som vetenskapen och förnuftet ständigt borde luta sig mot.

Du kommer inte förstå något om den här pjäsen av att ha läst denna text. Den handlar om mötet med en psykiskt störd man som mördat två personer, gjort ett mordförsök på en tredje och tagit livet av en katt, som han på anstalten haft hand om som led i en studie om ifall omsorgen om ett djur kan öka empatigraden hos en person. Den handlar också om hur ett enstaka möte kan komma att påverka en annan människas fortsatta bana. Den berättar om tre personer, eller tre aspekter av hur det är att vara människa.

Större kan inte teater bli. Tror jag.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

ANNONS

Svensk narkomanvård i ett tidsperspektiv

Ett urval

”Narkomanvård” i Sverige har sett olika ut under de decennier jag kunnat följa utvecklingen. På 60-talet bedrev man verksamhet bl.a. på Rålambshovs sjukhus i Stockholm, där humanitära aspekter märktes. Annars blev 60-talet en minst sagt flummig period. Odifferentierad (och osaklig) ”narkomanvård” dominerade inom socialtjänsten. Verksamheten bestod ibland i att personalen på arbetstid tryckte politiska pamfletter. Ur en anteckning från den tiden minns jag ”Inga tecken på cannabissmissbruk för jag hittar inga stickmärken”.

En psykiater som tog narkotikafrågor på allvar var Lars Gunne. Lars skrev en experimentell avhandling om verkan och abstinens efter morfin. Det var dåligt med anslag, och jag fick själv som assistent spruta hans rättor var 4:e timme dygnet runt. Rättorna inhystes på djuravdelningen på Institutionen för teoretisk alkoholforskning, där vi hade en patientsäng. Jag satte väckarklockan och drog en vit rock över pyjamasen. Lars disputerade på KI 1963 och fick betyget 3/3. Han blev redan 1964 professor i psykiatri i Uppsala.

Kunskapen om narkotikafrågor och narkomanvård i Sverige då var dålig – och många ville inte lära sig utan var mer inriktade på gafflande, polarisering och kvasipolitik. Ofta visste skoleleverna mer om narkotika än deras lärare.

På Huddinge sjukhus startade en narkomanvårdsenhet 1978. Där kunde vi starta från noll och ville få karaktär av universitetsklinik. Psykiatriprofessorn Bengt Jansson och professorn i klinisk farmakologi Folke Sjöqvist, liksom dåv. docenterna Anders Rane och Ulf Bergman stödde oss helhjärtat, liksom chefläkaren, medicinprofessorn Gunnar Birke. Psykologen Eva Persson (g. Magolias) bidrog med fast struktur.

Med tiden etablerades narkomanvården på Huddinge, så att jag främst ansvarade för slutenvård, forskning och undervisning. Ann Engström ledde öppenvården i samverkan med nio kommuner i södra Stockholm där sociala problem var vanliga. Det var cannabis och amfetamin som dominerade missbrukspanoramat. Dödligheten hos patienterna var skrämmande hög – 26 år var en vanlig livslängd.

När kraven inom narkomanvården blev allt starkare, skulle en biträdande överläkare tillsättas. Klinikchefen Bengt Jansson tillkallade Ann Engström, men hon tvekade och ansåg att hennes kunskaper inte räckte. Bengt kommentar var *”Ta tjänsten Du – det är ingen annan som kan området heller”*. Så blev det, tack och lov.

Inom Stockholms narkomanvård, särskilt socialtjänsten, var först motståndet mot metadonbehandling hos heroinister kompakt. Men när professor Barbro Westerholm blivit generaldirektör på Socialstyrelsen, blev Lars Gunne, jag och några till 1984 kallade till henne. Barbro sade ungefär: *”Hej, välkomna. Jag har*

läst dokumentationen om metadon. Den fungerar. Det ska vi ha. Frågor?” Så handlar en kompetent kvinna med civilkurage.

Socialmedicinarna Peter Allebeck och Sven Andréasson randade och vi kunde utnyttja värnpliktsregistren där en kohort om 45 570 män hade berättat om sitt bruk av alkohol och narkotika i samband med inskrivning till militärtjänst. En gemensam artikel av Ann Engström, Peter Allebeck, Sven Andréasson och mig om sambandet mellan cannabisintag och psykosrisk trycktes i Lancet 1987. Den är mycket citerad och resultaten är verifierade. De som använt cannabis mer än 50 gånger löpte sex gånger högre risk att drabbas av schizofreni i snäv bemärkelse än lågkonsumenter.

När HIV kom in förändrades bilden. Vi fick utmärkt hjälp av statsepidemiologen, professor Margareta Böttiger. Med docent Gunilla Larsson och barnmorskan, sedermera medicine hedersdoktor, Christina Ottenblad kunde vi starta ”MUG-teamet” eller Familjesociala avdelningen. När smittade kvinnor lades in fick vi momentan hjälp från Barnkliniken och Kvinnokliniken. Begreppet perinatal psykiatri skapades.

Hör bensodiazepiner (bzd) till ”narkotika”? Visst kan de vara beroendeframkallande om de används utan klara indikationer och i strid med gällande föreskrifter. Redan Thophrastus Paracelsus von Hohenheim (1493-1541) framhöll att det inte bara var kemiska substanser som styrde effekten, utan diagnos, dos och duration. Det bråkades onyanserat och i onödan om bzd från 60-talet och framåt. Bzd-frågan blev kontroversiell även inom WHO.

Nu (2016) har Johan Franck ansvar både för narkomanvård, undervisning och forskning inom Beroendecentrum Stockholm och sköter reviret med den äran. Det handlar om en subtil balans mellan Scylla och Charybdis. Långsamt blir även narkomanvården evidensbaserad.

I april 2016 firade man att metadonunderhållsprogrammet i Uppsala hade funnits i 50 år, med svenska och internationella föreläsare. En session hölls i ”Gunne-salen” i Psykiatricentrum på Akademiska sjukhuset. Professor Fred Nyberg har all heder av hur Lars Gunne och LARO-behandling (läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin) kunde presenteras på ett så kompetent sätt.

Nu nog med narcissistiska betraktelser. Men visst står vi alla på axlarna av våra föregångare.

Ulf Rydberg

**Professor emeritus i klinisk alkohol- och narkotikaforskning
F.d. överläkare**

Möte i Warszawa

Rapport från UEMS Psychiatry 14-16 april 2016

Som vanligt sammanstrålade vi till UEMS-mötet från Europas alla hörn, till och med från Nordafrika. Två observatörer hade kommit från Casablanca och Marrakesh. Även Asien representerades av en EFPT-representant från Istanbul.

Mötet arrangerades av den polske delegaten Krzysztof Krysta och var förlagt till den Rättspsykiatriska kliniken i Warszawa. Första dagen inleddes med information om psykiatri i Polen och man var påtagligt stolt över sin historia med namn som Joseph Babinski, Antoni Kepinski, m.fl. Dagen avslutades med en rundvandring på kliniken som var klassad som medelhög säkerhet. Lokalerna var nybyggda och inredningen var mycket avskalad. Det var dock svårt att få grepp om psykiatri i Polen, vilka problem brottas man med och hur ser trenderna ut om man blickar framåt. Just nu verkar det som den politiska turbulensen i landet överskuggar det mesta. Enligt Krzysztof är det demonstrationer i Warszawa



Väktare på vårdavdelningen

nästan varje dag och de flesta är mot den nuvarande regeringen. Det finns en annan udda konflikt som är under uppseglande och är av en helt annan karaktär, men som kan få internationella konsekvenser. Hustrun till Charlie Watts (Rolling Stones trummis) är en internationellt framstående uppfödare av arabhästar och lånade nyligen ut två dräktiga ston till ett anrikt och respekterat stuteri i Polen. Politikerna blandade sig i och föreståndaren med gott anseende fick sparken, ersattes av en ekonom med hästintresse. Båda stona fölades, men dog strax därefter och nu anklagar Mrs. Watts stuteriet för inkompetens. Den lilla men globalt inflytelserika gruppen av uppfödare av arabhästar är mycket upprörd.



Andaktsrum finns på varje avdelning

Det finns andra oroshärdar med internationella förgreningar, där avverkningen i den skyddade urskogen i östra Polen väckt mycket uppmärksamhet.

Andra dagen inleddes med att ordförande Marc Hermans redogjorde för sina olika aktiviteter sista halvåret, fr.a. deltagande på möten med olika konstellationer och organisationer.

Ekonomi som tidigare varit ett orosmoment förefaller ha stabiliserats både för sektionen och UEMS centralt. En fotnot är att trixandet med vad medlemsavgiften ska kallas för att kringgå belgisk skattelagstiftning har lösts genom att kalla det prenumeration (subscription).

En längre diskussion ägnades hur UEMS arbete bäst skall spridas och marknadsföras. Mail, Twitter och Facebook nämndes som möjliga kanaler, men samtidigt påtalades att vår tid kännetecknas av ett överskott på information, på gränsen till informationsinfarkt.

Britten Andrew Brittlebank har en central position inom UEMS Psychiatry då han ansvarar för Chapter 6, som ska definiera innehållet i specialistutbildningen. Chapter 6 väntar nu på godkännande i UEMS centrala råd. I anslutning till det nämndes att EFPT formulerat en "Profile of a Psychiatrist", som fått mycket uppmärksamhet och uppskattning. Psykoterapiens plats i psykiaterutbildningen ägnades en egen punkt som även innefattade ett grupparbete. Förslaget som skulle diskuteras var att psykoterapiutbildningen inriktas mot tre nivåer, beroende på individens ambition. Nivå 1 syftar till att psykiatern ska värdera olika terapier, bedöma patientens behov och skriva korrekta remisser. Nivå 2 syftar till att psykiatern ska utveckla sin kommunikationsskicklighet, bedöma patientens möjligheter och begränsningar att tillägna sig psykoterapi, samt själv kunna använda enklare tekniker. Nivå 3 syftar till att självständigt kunna arbeta som praktiserande psykoterapeut. Det är här värt att notera att ute i Europa förekommer inte legitimering som en kvalitetsstämpel.

Sammantaget präglas våra möten av en fortgående diskussion med ambition att harmonisera specialistutbildningen i psykiatri, men hur det ska implementeras i Europas länder är diffust. Ju äldre jag blir desto mer börjar jag förstå värdet av de personliga kontakter som kan knytas vid dessa möten. Det är dessa som får världen att gå runt, inte ambitiösa deklarationer. Våra norska kollegor från Tromsø berättade att det var de personliga relationerna mellan ansvarstagande norrmän och ryssar som räddat torsken i Norska havet, inte överstatliga avtal.

Olle Hollertz
UEMS-delegat

Foto: Maria Nilsson Markhed



I detta nummer möter Du

Tove Mogren

Ordförande
STP



Foto: Linda Elmgren-Warberg

Född

I Göteborg 22 november 1978.

Bor

I Stockholm men eftersom jag arbetar i Dalarna bor jag med en kompis i Avesta i veckorna.

Familj

Pappa och syster.

Arbetar

Som ST-läkare på Allmänpsykiatriska kliniken Falun/Säter och på sömnlab, medicinkliniken Avesta.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Badar om det är sol ute, komponerar efterrätter med sprit i, hänger med vänner, ägnar mig åt sådant som gör mig glad som musik, spel, film, dans och massa annat.

Anser du dig vara troende?

Nej.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Har som vana att läsa flera böcker samtidigt, så just nu trängs fyra böcker i tygfickan som agerar sängbord: A brief history of seven killings av Marlon James, Utflykt från en tyst planet av CS Lewis, Sex dagar - en roman om upploppen i Los Angeles 1992 av Ryan Gattis samt Caitlin Morans Konsten att skapa en tjej.

Vad gör Dig lycklig?

Att jag är omgiven av så många bra, roliga och kloka människor både privat och på jobbet. Och att bada i havet.

Vilken film/bok/TV-serie citerar du allt som oftast?

Utan tvekan Serge Leones Dollartrilogin. Väntar fortfarande på tillfället när jag på ett naturligt sätt får in mitt favoritcitat ur A fistful of Dollars, "I'm a woman who's rich enough to appreciate a man my money can buy", i en konversation.

Vilka är STP:s största utmaningar under de närmaste åren?

Att minska stigma kring psykisk sjukdom är inte bara vår utan hela psykiatrins stora utmaning, så mycket onödigt lidande och skam. Som ST-läkarförening finns också perspektivet att minska fördomar mot psykiatri som specialitet och öka intresset bland blivande läkare att välja någon av de psykiatriska specialiteterna i framtiden. Just nu är jag förväntansfull och nyfiken på resultatet av arbetet med nästa ST-konferens, där vi för första gången bjudit in representanter från brukarföreningar i förberedelserna.

Stina Djurberg
Redaktionen
Svensk Psykiatri

ANNONS

Bry dig inte om vad de säger. Du är en riktig doktor!

Personer med psykisk sjukdom har en översjuklighet i flera somatiska sjukdomar. De får också sämre behandling, mer komplikationer och dör i förtid jämfört med befolkningen i övrigt [1]. Nedan följer en beskrivning av vad SPF för närvarande gör för att motverka detta dystra faktum.

Implementeringsprojekt kliniska riktlinjer

Sedan ca 2008 har SPF varit mer tydligt engagerade i frågan om somatisk översjuklighet hos psykiatrins patienter. På SPF:s initiativ samverkade under 2009 sju specialitetsföreningar för att formulera konkreta och praktiskt tillämpbara riktlinjer på området [2]. För närvarande pågår det mest ambitiösa implementeringsprojektet hittills, på initiativ av SPF:s tidigare ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, i samarbete med NSPH och SKL och med ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen.

Fem pilotkliniker deltar i projektet och får stöd och utbildning för goda rutiner inom de tre områden som kan befrämja framtida god (och jämlik!) somatisk hälsa:

1. screening för förekomst av mer vanligt förekommande somatisk sjukdom
2. beslutsunderlag för åtgärder vid (tidiga) tecken till somatisk sjukdom inklusive fungerandesamarbetsformer med andra specialiteter
3. förebyggande insatser

Avseende punkt 3 får varje klinik utbilda 2-3 hälsocoacher - sju heldagars utbildning samt uppföljande handledning under sex månader. Hälsocoacherna planeras arbeta med strukturella förändringar på klinikerna som kan främja gott hälsoarbete samt arbeta med hälsoutbildningar av patienter och av nätverket runt patienten; närstående, boendestödare samt psykiatrins personal. Företrädare för brukarföreningar genomgår också utbildning till hälsocoach för deras motivationsarbete och kunskapsspridning via lokala brukarföreningar.

Varje pilotklinik har fått göra vissa åtaganden innan inkludering (faktaruta 1) och planeras återrapportera vissa kvalitetsindikatorer efter avslutad hälsocoachutbildning.

Ska vi ägna oss åt det här?

Finns det något stöd för att hälsofrämjande arbete med personer med psykisk sjukdom lönar sig?

Det finns ett brett förankrat stöd att gruppen med allvarlig psykisk sjukdom utgör en högriskgrupp för flera somatiska sjukdomstillstånd och att screening för sådana sjukdomar bör ske utifrån att de inte sällan går oupptäckta under en lång tid. Socialstyrelsen publicerade 2010 öppna jämförelser och utvärdering av den psykiatriska vården i Sverige vilken

Faktaruta 1. Åtaganden för de i projektet ingående pilotklinikerna;

- Utse 1-2 personer som ansvarar för implementering av *screening/ beslutsunderlag* för åtgärder på den egna kliniken med stöd av powerpointpresentation.
- Utse 2-3 blivande hälsocoacher. *Tydlighet* gällande framtida mandat, ledningens stöd inkl utrymme i arbetstid samt ett åtagande att driva utvecklingen på kliniken.
- Utse ledningsperson (person i ledningsgrupp) som ansvarar för projektets fortlevnad.
- Finna system/person för insamlande och rapportering av kvalitetsindikatorer.

bland annat visar på sen diagnos och ökad dödlighet i olika somatiska sjukdomar för personer med samtidig psykisk sjukdom [1]. Myndigheten framhåller att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet.

Internationell konsensus är att psykiatrin har ett stort ansvar för att förebygga och screena för mer vanligt förekommande somatisk sjukdom hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. Argument för att psykiatrin ges ansvar är bland annat att vissa av våra läkemedel kan initiera eller förvärra metabol störning och att bristfälligt behandlad somatisk sjukdom i vissa fall kan imitera eller försämra psykiatriska symptom och försvåra psykiatrisk rehabilitering. Dessutom är kognitiv störning ett kärnsymptom för vissa av våra patienter vilket kan försvåra eller omöjliggöra att själv ta fullt ansvar för att etablera och vidmakthålla somatisk vårdkontakt.

Muntlig hänvisning till vårdcentral räcker inte!

När det gäller stöd för att förebyggande insatser kan ge effekt kan detta behöva diskuteras mer. Jag brukar grunna över var "bevisbördan" egentligen borde placeras? Ska vi kräva solid evidens för att sjukdomsförebyggande insatser verkligen lönar sig för denna patientgrupp innan vi erbjuder insatser som rekommenderas för riskgrupper i befolkningen i övrigt? Eller ska vi kräva solid evidens för att förebyggande insatser *inte* lönar sig innan vi nekar våra patienter dessa insatser? Ett hypotetiskt resonemang för enligt min och

andras bedömning finns det idag tillräcklig kunskap på området som gör det oacceptabelt att vi står överksamma.

Befintlig kunskap kan sammanfattas såhär;

- Det finns inte robust evidens för att kortare tidsbegränsade livsstilsinterventioner (ex motiverande samtal, KBT-interventioner, psykopedagogiska insatser) till personer med schizofreni eller bipolär sjukdom leder till varaktig viktne­dgång [3]. Samma gäller för befolkningen i övrigt.
- I SBU:s rapport från 2014 [3] konstateras bl.a.: *Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att beteendepåverkande interventioner med syfte att främja både fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor jämfört med kontrollbehandlingar minskar kroppsvikt och BMI hos vuxna med schizofreni, mätt vid sex månaders uppföljning.*
- Forskningsområdet lider av metodologiska svårigheter. Typ av intervention, interventionens längd och uppföljningstid varierar vilket kan försvåra jämförelser.
- En annan svårighet är att primärt utvärderingsmått ofta är signifikant viktnedgång (lätt att mäta). Byte av läkemedel till mindre viktökande preparat kan vara effektivt och ha en påtagligt god effekt på **övervikt** men större viktnedgång kan vara svårt att uppnå genom enbart livsstilsinterventioner för redan överviktiga. Däremot kan förbättrade levnadsvanor enligt tillgänglig kunskap ändå innebära en positiv hälsoeffekt även i frånvaro av varaktig, signifikant viktne­dgång.
- I studier där en (kortare) framgångsrik men tidsbegränsad intervention följts upp månader – år efter avslutad intervention tenderar skillnaden till kontrollgruppen ha minskat vid senare utvärdering, mätt som viktnedgång [4].
- Flera välgjorda studier har ändå kunnat påvisa effekt av livsstilsintervention på övervikt och andra kardiovaskulära riskfaktorer hos personer med allvarlig psykisk sjukdom [5, 6] medan studien pågick och närmaste tiden därefter. Andra studier ej signifikant positiva fynd.
- Det finns ingen enskild metod som kan rekommenderas framför andra. Både farmakologiska interventioner, livsstilsinterventioner och integrerade insatser kan ge positivt utfall [7].
- Och tänk på att tidsbegränsade psykopedagogiska insatser för denna patientgrupp ofta inte räcker till inom andra viktiga områden där vi – utan robust evidens för en viss metod – ger långvarigt stöd till personer med allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis motivationsarbete för god medicineringsfölj­samhet eller stöd att klara boende och sysselsättning.

Slutsatser

Översjuklighet och överdödlighet i ett flertal somatiska sjukdomar finns hos personer med psykisk sjukdom, mest uttalat hos personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Psykiatri ges ett stort ansvar för att förebygga och screena för somatisk sjukdom – du är en riktig doktor! Livsstilsinterventioner kan ge effekt mot övervikt och riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom även för patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Goda levnadsvanor kan motverka risk även för andra somatiska sjukdomar som är överrepresenterade i patientgruppen. En för individen fungerande livsstilsintervention bör inte avslutas utan fortsätta. Arbete med goda levnadsvanor kan förslagsvis genomsyra varje behandlingskontakt inom den psykiatriska vården och i projektet utbildas via hälsocoacher också nätverket runt patienten för deras varaktiga påverkan för goda levnadsvanor.

Är du intresserad av att din klinik deltar i projektet?

Projektet planerar för en fortsättning som kan inkludera 6-8 kliniker, inklusive stöd för rutiner för screening, åtgärder vid (tidiga) tecken på somatisk sjukdom samt utbildning av hälsocoacher. Om din klinik är intresserad att delta och accepterar åtaganden enligt faktaruta så hör av dig till mig snarast! (dan.gothefors@dll.se)

Dan Gothefors

SPFs ansvarige för riktlinjearbeten



Referenser

- [1] Socialstyrelsen 2010. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård.
- [2] Svenska psykiatriska föreningen m fl 2010. Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. (<http://svenskpsykiatri.se/documents/2010/metabolrisk.pdf>)
- [3] SBU 2014. Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. (<http://www.sbu.se/contentassets/c2c28f4c98904c56b9c3f4d53922cfc5/atgarder-for-att-stodja-personer-med-schizofreni.pdf>)
- [4] Alvarez-Jimenez et al. Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioral intervention in drug-naïve first-episode psychosis patients: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1253-60.
- [5] Daumit et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013 Apr 25;368(17):1594-602
- [6] Green et al. The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: a randomized trial. *Am J Psych* 2015 Jan;172(1):71-81.
- [7] Baxter et al. Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions. *Br J Psych* 2016 Apr;208(4):322-9.



Spegelneuroner och deras relevans i psykiatri

Spegelneuroner är grupper av neuroner i hjärnbarken som upptäcktes under 1990-talet av Rizzolatti et al (1996) hos apor, först i hjärnans pannlob och sedan också i hjässloben. De använde sig av mätningar från elektroder placerade i enskilda neuroner och fann att samma neuroner blev aktiva såväl när apan utförde en viss handling själv, exempelvis att fatta tag i mat, som när apan såg en annan apa eller forskaren genomföra denna handling. Man har funnit sådana spegelneuroner även hos fåglar.

Även människan har grupper av neuroner i motsvarande hjärnområden med sådana spegelegenskaper. Vad gäller människan finns enstaka studier med mätningar av aktiviteten i enskilda neuroner (Mukamel et al, 2010) när individen antingen observerade andra gripa tag i saker eller uppvisa vissa ansiktsuttryck, jämfört med när individen gjorde samma saker själv. Men huvuddelen av kunskapen om spegelneuroner hos människa, speciellt för kliniska

populationer, har man fått genom indirekta metoder. Dessa omfattar fMRI-mätningar av förändringar i BOLD (blood oxygen level dependent)-signalen vid aktiva neuroner, mätningar i blodflödesförändringar med PET, minskning av mu-vågor i EEG, minskning av alfa-vågor och ökning av gamma-vågor i magnetencefalografi (MEG), mätningar i transkraniell magnetstimulering (TMS) och i elektromyografi (EMG).

Systemet med spegelneuroner anses ha spelat en viktig roll i evolutionen, men på olika nivåer beroende av var i utvecklingskedjan arten befinner sig. Många forskare anser att systemet med spegelneuroner har tillkommit i evolutionen för att medverka vid inläring av olika förmågor genom att härma andra (Del Giudice et al, 2009). Man tänker sig att olika spegelneuroner genom evolutionen har utvecklats till att specialisera sig för att kunna härma specifika beteenden som arten har haft för sin överlevnad, beteenden som förs vidare från generation till generation. Systemet med

spiegelneuroner anses vara viktigt även vid social kompetens och vid mentalisering, det vill säga för en inlevelseförmåga, förmågan att leva sig in i en annan människas perspektiv. Genom att spegelneuroner även finns vid hjärnområden som har med språket att göra (Brocas område) anser en del forskare att spegelneuroner har spelat en stor roll vid utvecklingen av språkförmågor. Spiegelneuroner anses vara viktiga komponenter som ligger till grund för komplexa kognitiva funktioner på högre nivåer (Bonini & Ferrari, 2011).

En del senare studier tyder dock på att spegelneuroner inte behöver vara neuroner specialiserade eller programmerade för specifika beteenden som skulle ha utvecklats genom fylogenes (den evolutionära utvecklingen), utan att det snarare skulle handla om neuroner i hjärnan som under ontogenes (utvecklingen av individen) specialiserar sig till specifika egenskaper som motsvarar de intryck individen utsätts för och som har ett överlevnadsvärde (Press et al, 2012).

Inom psykiatri har man intresserat sig för spegelneuroner i relation till psykopatologi. På grund av sociala och språkmässiga brister hos personer med autism har man lagt fram en hypotes om dysfunktion i spegelneuronsystemet vid autism som kallas för "broken mirror hypothesis". I en översikt av 25 sådana studier (Hamilton, 2013) fann man blandade resultat som var svåra att tolka entydigt. Dock kunde man hos personer med autism se tydliga brister i aktivering av spegelneuronsystemet när de stimuli dessa personer var utsatta för var inbäddade i emotionella sammanhang.

Schizofreni har varierande faser i sjukdomsförloppet. Symtomen i olika faser omfattar vanföreställningar, hallucinationer, kognitiva störningar, affektstörningar, negativa symtom och katatona symtom. Brister i spegelneuronsystemet skulle kunna vara bidragande orsaker till specifika symtomdimensioner. Mehta et al (2014) har gjort en översikt och sammanställning av 14 studier som har undersökt sambandet mellan spegelneuronsystemet och schizofreni med olika hjärnabbildningsmetoder i olika studier. I sammanställningen fann man en klar evidens för att det förelåg dysfunktion i spegelneuronsystemet vid schizofreni, oftast var det minskad aktivitet. Vidare fann man att patienter som hade bättre spegelneuronaktivering hade färre negativa symtom och mindre brister i social kognition, och tvärtom. En av studierna i översikten hade såväl patienter som stod på neuroleptika som patienter som inte hade stått på neuroleptika. Här fann man att patienter utan neuroleptika hade lägre och mera bristfällig aktivering av spegelneuroner jämfört med patienter som stod på neuroleptika. Det återstår att undersöka i prospektiva studier om en av effekterna av neuroleptika är att normalisera aktiviteten i spegelneuronsystemet vid schizofreni.

Jayanti Chotai

Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet

Docent i matematisk och genetisk statistik, Umeå universitet

Specialistläkare i psykiatri, Uppsala

jayanti.chotai@umu.se

Foto: Niraj Jakobsson

Referenser; www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Årets Raffaellapristagare

José Rodriguez Cruz, Göteborg, har tilldelats Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne 2016, med följande motivering:

Jose Rodriguez Cruz har i sitt arbete som psykiater prioriterat pedagogiken i sitt arbete med patienter, kollegor och medarbetare. Genom sitt arbete med den omedelbara omgivningen gör han skillnad och skapar en grogrund för framtida utveckling som räcker långt utanför den egna sfären. Denna arbetsmetodik är helt i linje med de ideal som Raffaella stod för.

Priset delades ut under årets kongressmiddag 17 mars i Stockholm, och bestod, förutom diplom, av 10 000 kr och böcker från Natur & Kultur.

**För priskommittén
Tove Gunnarsson**



ANNONS

Nobelpristagare Arvid Carlsson, författare Pebbles Karlsson Ambrose och regissör Suzanne Osten

bidrar till ett starkare Psykiatrifonden

Sedan utdelningen av de tripplade stipendieanslagen och Psykiatrifondens fördomspris under middagen på Svenska Psykiatrikongressen går arbetet för att öka forskningsanslag till psykiatrisk forskning samt minska fördomar vidare. Personer med vetenskaplig eller konstnärlig förankring medverkar till arbetet, olika samarbeten förstärks, debattartiklar skrivs samt fler aktiviteter planeras. Alla bidrag och medverkan är viktiga då vi har långt kvar till att nå målsättningar förenliga med motsvarande organisationer i andra länder.

Ärofylld förstärkning av vetenskaplig förankring

Psykiatrifonden har senaste åren för att säkra den vetenskapliga kvaliteten på stipendieansökningarna som tilldelas medel, utvecklat ett starkt vetenskapligt råd från erfarna och meriterade forskare från runt om i landet. Nu är vi glada och stolta att meddela att även mottagaren av Nobelpriset i medicin år 2000, professor Arvid Carlsson, blivit beskyddare av Psykiatrifonden som en ytterligare förstärkning av den vetenskapliga förankring fondens arbete har.

Fördomsprisvinnare med egen erfarenhet av sjukdom

Vidare har ett aktivt samarbete påbörjats med Psykiatrifondens Fördomsprisvinnare 2016, Pebbles Karlsson Ambrose. Fördomsprisvinnaren arbetar dagligen för att motverka stigma kring psykisk sjukdom som krönikör på vårdguiden och har på ett aktivt sätt efter priset valt att samarbeta med Psykiatrifonden. Bland annat kommer ett samarrangemang göras under Almedalen kring barn till psykiskt sjuka och föräldrar med psykisk sjukdom. Pebbles som jobbade i många år med reklam och PR innan hon insjuknade i schizoaffektiv sjukdom, har med den bakgrunden en god insikt i kommunikation och kan därför på ett tydligt sätt förmedla sina erfarenheter av sjukdom och bra samt mindre bra vård. Senaste åren har hon också skrivit två böcker som fått mycket fina recensioner. De ger en god insikt om sjukdomen i fråga, den första heter *"Jag vet inte var psykoserna kommer ifrån"* och den senaste som kom ut ifjol heter *"Vid vansinnets rand"*. Kanske något att ta med sig ut i hängmattan i sommar? Håll gärna ögonen öppna för en enskild intervju med Pebbles i nästa nummer av Svensk Psykiatri.

Suzanne Osten mot fördomar

Regissören Suzanne Osten är uppvuxen med en mamma med psykisk sjukdom och i anknytning till premiären av hennes kring åldersgräns debatterade film *"Flickan, mamman och demonerna"*



var Psykiatrifonden medarrangörer till en debatt om barn till psykiskt sjuka och föräldrar med psykisk sjukdom på biografen Skandia. Filmen bygger på Suzannes bok *"Flickan, mamman och soporna"* som även gått som teater på Stadsteatern. Suzanne kommer att fortsätta arbeta för att lyfta frågan bland annat tillsammans med oss i Psykiatrifonden samt Pebbles under Almedalen i en stundande "pop-up bio", för vidare diskussion kring att motverka fördomar i frågan och även lyfta vad både barnen till och föräldrarna med psykisk sjukdom behöver.

Stolta medarrangörer av Mental Health Run

För övrigt arbetar Psykiatrifonden vidare på att knytas till flera olika idrottsaktiviteter. Anknytning känns naturligt då motion både verkar förebyggande av psykisk ohälsa samt behandlande av flertalet psykiska sjukdomar. Fjolårets stora bidrag från Mental Health Run var för övrigt en av huvudanledningarna till möjligheterna till de tripplade stipendieanslagen från Psykiatrifonden 2015. I år deltar Psykiatrifonden som arrangör för loppet som kommer gå av stapeln i anknytning till World Mental Health Day i oktober. Loppet innebär en unik samverkan mellan olika föreningar och organisationer för att motverka fördomar kring psykisk sjukdom samt samla in pengar till vidare arbete, så missa inte chansen att delta. Vi garanterar en fantastisk stämning, gå in på www.mentalhealthrun.se och anmäl dig och kom och delta med oss! Vidare kommer även delar av intäkterna för cykelloppet mellan Åre och Stockholm "Cycle for Change" att gå till Psykiatrifonden, så gå gärna in på Psykiatrifondens hemsida www.psykiatrifonden.se för att hitta anmälan och delta även i detta viktiga idrottsevenemang.

#alla känner någon

I korthet kan man säga att det händer mycket inom Psykiatrifonden just nu och ovanstående är bara ett smakprov. Vill slutligen inte missa chansen att berätta att allt fler ambassadörer knyts på olika sätt till organisationen och nu senast författaren Ann Allen som har en son med ADHD och som således personifierar Psykiatrifondens kampanj kring att #alla känner någon. För att citera Ann *"Jag vill engagera mig helt enkelt för att många människor med psykisk ohälsa eller psykiska funktionsvariationer far illa. Vårt samhälle har successivt blivit allt svårare att leva i för personer som inte passar in i normer och rigida mönster. Jag vill hjälpa till i den mån jag kan"*.

Tillsammans i arbetet blir vi starkare, var med du också – gå in och bli medlem via hemsidan www.psykiatrifonden.se

Martin Schalling
Ordförande Psykiatrifonden

Maria Larsson
Ordförande programutskottet Psykiatrifonden



Minskad litiumförskrivning risk för bipolära patienter

Litiumförskrivningen till patienter med bipolär sjukdom har sjunkit under en följd av år. Istället har användningen ökat av preparaten lamotrigin och quetiapin som till skillnad från litium aktivt marknadsfördes under perioden. Förändringarna kan öka risken för sjukdomsskov och självmordsförsök hos patienterna.

En ny forskningsstudie byggd på data från kvalitetsregistret Bipolär visar att litiumanvändningen sjönk under åren 2007-2013. Det gällde både patienter med bipolär sjukdom typ 1 och typ 2 där manierna är lindrigare. För kvinnorna sjönk litiumanvändningen från 64 till 53 procent. Bland män gick den ner från 71 till 59 procent. Data från patientregistret och läkemedelsregistret bekräftar bilden och enligt statistik från Bipolär fortsatte trenden under 2014.

Litium ger sannolikt bästa skyddet

Litium ger enligt befintliga evidens det bästa skyddet mot sjukdomsskov och självmordsförsök och det ska därför användas i första hand.

När användningen av litium minskar till förmån för andra mindre beprövade läkemedel finns en risk att det går sämre för patienterna, säger Mikael Landén, registerhållare för Bipolär och professor vid Karolinska Institutet och Sahlgrenska akademien.

Preliminära analyser av data från Bipolär visar att personer som bor i landsting där det förskrivs mindre litium får fler skov än de som bor i landsting där litiumförskrivningen är högre.

Marknadsföringen kan spela en roll

Det kan finnas flera orsaker till att föreskrivningen av lamotrigin och quetiapin ökar. Forskarna bakom studien nämner marknadsföringen. "En möjlig förklaring är att litium aldrig aktivt har marknadsförts av läkemedelsindustrin, eftersom det är billigt och aldrig har patenterats. Som en konsekvens exponeras kliniker mindre för data och evidens som stödjer litiumbehandling jämfört med nyare mediciner."

Mikael Landén lyfter fram andra bidragande förklaringar: *Litium passar förstås inte för alla. Vissa får biverkningar och andra mår bättre på andra preparat.*

Det kräver också mer av behandlaren att skriva ut litium. Man måste göra serumkoncentrationsmätningar och årskontroller. Mikael Landén menar att det behövs mer utbildning för nya



generationers psykiatrer i hur man hanterar litium. Han säger också att det här visar hur viktigt det är med kvalitetsregister.

Snabba förändringar i behandlingar kan ju få enorm betydelse, inte bara för individer utan även för folkhälsan. Det är vår uppgift att bevaka att förändringarna går åt rätt håll.

Foto och text:
Charlotta Sjöstedt
Kommunikatör, Registercentrum Västra Götaland

I webbverktyget Psykiatrikompassen redovisas kvalitetsindikatorer för psykiatrin i hela Sverige. Här kan man se vilken nivå litiumförskrivningen ligger på i olika landsting/regioner. Adress: psykiatrikompassen.se

Referens

Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder, Karanti, A., Kardell, M., Lundberg, U., Landén, M. Journal of Affective Disorders, 2016, 195 pp. 50-56



Ny nationell heldygnsvårdsenhet för patienter med komplext självskadebeteende planeras i Göteborg

Bakgrund

Det finns i samhället och även i psykiatri idag en samsyn kring att patienter med komplext självskadebeteende, som inte sällan även har olika typer av samsjuklighet, ofta inte kunnat få den vård som skulle kunna hjälpa dem att på sikt leva ett mer självständigt liv. Detta är ett problem som även uppmärksammats i mediala sammanhang och där psykiatriska vårdformer och vårdinsatser, till exempel inom rättspsykiatri, för patientgruppen kritiserats för bristande lagstöd och en brist på ett värdigt bemötande, dock utan att nansera kritiken genom att konstatera att insatserna också skett mot bakgrund av en ofta desperat situation där adekvata resurser och evidensbaserad kunskap helt eller delvis saknas.

Som ett led i att försöka ta fram ett underlag för vad sjukvårdens huvudmän skulle kunna göra tog det nationella självskadeprojektet 2014 fram en rapport med förslag på hur en heldygnsvårdsenhet skulle kunna utformas för att erbjuda en god och patientsäker vårdform för dessa patienter och där det bland annat även lyftes fram behovet av att etablera ny kunskap kring vad som faktiskt kan vara till hjälp i dessa svåra situationer, där man ofta redan uttömt de alternativ som stått till buds inom reguljär psykiatrisk verksamhet.

Utifrån rapporten fattade SKL beslut om att hösten 2015 gå ut med en ansökan till de olika landstingen med möjligheten att inkomma med intresseanmälan för att ta på sig ett huvudmannaskap för en nationell högspecialiserad heldygnsvårdsenhet för patienter med självskadebeteende. I Västra Götalandsregionen gjordes bedömningen att man här hade möjlighet att tillskapa ett viktigt komplement till befintlig specialiserad öppenvård, dagsjukvård och heldygnsvård och detta ledde fram till att kliniken Psykiatri Affektiva vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) skickade in en ansökan efter intern diskussion och avstämning med representanter för Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. Ansökan granskades därefter av SKL och i januari 2016 kom det glädjande beskedet att man bedömt att ansökan uppfyllde de krav som var aktuella och SU fick klartecken att gå vidare i planeringen, samtidigt som SKL tog sin an frågan om hur en sådan verksamhet med ett nationellt uppdrag skulle organiseras ekonomiskt och juridiskt. Efter att den ursprungliga ansökan skickades in har även en fortlöpan dialog med intresseorganisationen SHEDO initierats för att kunna inhämta de viktiga erfarenheter och

synpunkter som patienter och närstående själva har kring hur vården ska utformas för att på bästa sätt motsvara deras önskemål och behov.

Tänkt avdelning går att placera in på nivå 5 i en vårdhierarki som tagits fram inom VGR:

Nivå 1: Primärvårdspsykiatri.

Nivå 2: Specialistpsykiatrisk öppenvård.

Nivå 3: Specialistpsykiatrisk dagsjukvård.

Nivå 4: Specialistpsykiatrisk heldygnsvård.

Nivå 5: Högspecialiserad specialistpsykiatrisk heldygnsvård.

Enhetens uppdrag är att kunna ta emot aktuella patienter från hela landet, efter att berörda landsting tecknat avtal, när man utan tillräcklig effekt prövat hemlandstingets behandlingsmöjligheter inom öppna och slutna vårdformer (nivå 1-4 ovan).

Vårdprinciper

En helhetssyn på vårdtagarens behov med möjlighet till omfattande, flexibla och individanpassade behandlingsinsatser inom ramen för en tydlig struktur för arbetsmetodiken. Här behöver den dagliga verksamheten på enheten integrera vårdinsatser i trängre bemärkelse såsom psykoterapi, farmakologisk behandling och psykopedagogik, med miljöterapeutiska aktiviteter och sysselsättning som stärker vårdtagarens förmåga till ett självständigt och meningsfullt liv, samtidigt som en god patientsäkerhet upprätthålls.

Vård ska ske med fokus på vårdtagarens möjligheter till inflytande och delaktighet. Detta innebär även närstående- och anhörigmedverkan och gäller såväl utformning av den enskilda patientens vård, som systemnivå och uppföljning av verksamheten i dess helhet. Inte sällan har dessa patienter erfarenheter av att inte bli bemötta på ett adekvat sätt och särskilt fokus behöver finnas på att undvika stigmatiserande och fördömsfulla förhållningssätt.

Möjlighet till adekvata vårdtider (6-18 månader) som innebär ett långsiktigt perspektiv såväl när det gäller remittering och förberedande arbete som utslussning och eftervård. Tanken är att enhetens personal ska kunna göra noggranna bedömningar inför eventuell vård på enheten och även kunna finnas med efter utskrivning, till exempel i form av växel- och eftervård, samt konsultativa insatser för mottagande psykiatrisk verksamhet i hemlandstinget. Samverkan förutsätts även ske, i förekommande fall, med övriga samhällsaktörer, till exempel kommun.



Tillräcklig bredd i kompetenser avseende såväl utrednings- som behandlingsinsatser som samverkan med omgivande aktörer och FoU-arbete och uppföljning av utfall. Här behövs såväl de olika professioner som idag ofta finns representerade i psykiatin som delvis nya resurser som aktiveringspedagog och brukar-anhöriglots (peer support) och medarbetare med forskningserfarenhet och intresse. För att tillgodose patienternas behov av trygghet och flexibla lösningar rekommenderade det nationella självskadeprojektet att bemanningen under dygnets vakna timmar skulle motsvara antalet vårdplatser; för aktuell enhet 10 vårdplatser i två moduler om 5 patienter.

Tydligt fokus på forskning och utvärdering i syfte att etablera ny kunskap och evidens för hur patientgruppen ska behandlas och även med ett sammanhängande uppdrag att fungera som kunskapsspridare nationellt. Utgångspunkt behöver här bland annat tas i den inventering av behandlingsprinciper och insatser som redan utförts inom ramen för det nationella självskadeprojektet.

Nuläge

För närvarande pågår ett arbete inom SU med att planera lämpliga lokaler som ska uppfylla krav på säkerhet, närhet till kommunikationer och omgivande lokalsamhälle, som annan sjukvårdsverksamhet, och natur och fysisk miljö som är lämplig ur ett salutogent perspektiv. Parallellt sker ett

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

arbete med framtagande av vårdinnehåll utifrån tillgänglig kunskap och erfarenhet. Preliminär uppstart beräknas ske någon gång kring halvårsskiftet 2017.

Mathias Alvidius

**Verksamhetssamordnare Psykiatri Affektiva
Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)!



Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2017 som kommer att gå av stapeln
15-17 mars i Göteborg.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss.

Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2017 års kongress blir den bästa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och en sammanfattning på max 150 ord.

Sammanfattningen skickas till **Ullakarin Nyberg**, ullakarin.nyberg@sll.se

Sista datum för inlämnande är den **16 oktober 2016**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2017 – ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@bornet.net senast den **1 oktober 2016**

Tillsyn av åtta psykiatriska akutmottagningar med heldygnsverksamhet

Rapport från IVO

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde 2015 en tillsyn av samtliga åtta psykiatriska akutmottagningar med heldygnsverksamhet i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Skötare, sjuksköterskor och läkare intervjuades. Tillsynen innehöll även möten med verksamhetsledningarna för återföring och dialog. IVO:s rapport syftar till att beskriva resultatet av tillsynen utifrån verksamheternas förutsättningar att ge patienterna en säker och jämlik vård. Tillsynen resulterade i att verksamheterna måste genomföra förbättringar för att säkerställa en god vård. Förhoppningsvis kan resultaten bidra till både lärande och utveckling av vården.

Den första kontakten för patienter som söker vård sker oftast via mottagningens telefonrådgivning. De som bemannar telefonrådgivningen och mottagningen måste därför ha tillräcklig kompetens för att bedöma de sökandes vårdbehov. Gemensamma kriterier för vad som ska ingå i en bedömning, liksom för hur det ska dokumenteras, måste finnas. Risk för godtycklighet ska inte förekomma.

Otydliga riktlinjer för vilka som ska bemanna telefonrådgivningen

IVO konstaterar att kunskapsnivån hos den personal som samtalar med patienter som ringer in till telefonrådgivningen eller som söker vård på akutmottagningarna varierar både mellan och inom mottagningarna. Brister noteras också kring syftet med och innehållet i samtalen. I intervjuerna framkommer att all personal som bemannar rådgivningen inte har den kompetens som anses krävas för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt. En del har gått utbildning medan andra har fått en kort introduktion. Ibland kan den enda bedömningen av vårdbehovet göras av en skötare.

Bristande dokumentation av telefonrådgivningssamtal

Det framkom bristande dokumentationen av telefonrådgivningssamtalen. Oklarheter finns gällande vilka samtal som ska dokumenteras liksom om hur och var de ska dokumenteras.

Oklarheter kring begreppet bedömning

Det råder oklarhet gällande begreppet bedömning vid ankomstsamtalet. En del anser att de, i och med en faktainsamling, gör en bedömning av patienten. Andra menar att en bedömning omfattar både fakta och yrkeskompetens för att kunna dra slutsatser kring patientens fortsatta väg i vården. I vissa fall råder inte samsyn inom de enskilda mottagningarna kring vem som ska göra den första bedömningen och vad den omfattar. På två av de åtta mottagningarna används en standardiserad modell,

vid ankomstsamtalet med patienten, för att kunna sortera och prioritera patienter utifrån att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först. Arbetssättet syftar till att personalen systematiskt, snabbt och säkert ska kunna bedöma vårdbehov, vårdnivå och prioriteringsgrad hos den vårdsökande. De akutmottagningar som använder sig av detta upplever att det fungerar bra, att det bidragit till en bättre bedömning av patientens vårdbehov och därmed en bättre förutsättning att prioritera. IVO konstaterar att det på samtliga mottagningar ställs frågor kring hemmavarande barn. Det finns en god kännedom om den anmälningsplikt till socialnämnden som vårdpersonal har.

Hemgång utan läkarbedömning

Majoriteten av de sökande träffar en läkare. Dock inträffar det att patienter bedöms kunna gå hem utan att träffa läkare. Oftast rör det sig om välkända patienter. I vissa fall bedöms även berusade patienter kunna gå hem utan en läarkontakt. Beslutet tas vanligtvis av en sjuksköterska, oftast i samråd med primärjouren. En oerfaren sjuksköterska eller skötare kan emellanåt besluta att en patient ska gå hem utan läkarbedömning. Detta bedömer IVO är förenat med ökade risker för patientsäkerheten.

Oklarheter kring dokumentation

Överlag saknas det tydlighet för hur samtalen ska dokumenteras. På de två mottagningarna där ankomstsamtalen utgår från en standardiserad modell för triagering sker dokumentationen utifrån denna. Vid återföring framkom att verksamhetsledningarna var medvetna om variationerna och bristerna i dokumentationen.

Prioritering – allas eller ingens ansvar?

IVO konstaterar att det i många fall inte är klart vem som ska besluta om hur patienter ska prioriteras. IVO anser att det ska vara tydligt vilka patienter som ska prioriteras samt vem som ska ansvara för prioriteringen, då dessa beslut har en direkt inverkan på patientsäkerheten.

Bemanning av och kompetens hos läkare

Att upprätthålla en tillräcklig bemanning med legitimerade läkare är en av svårigheterna för de psykiatriska akutmottagningarna. Läkarbemanningen skiljer sig åt, såväl under dygnet på den enskilda mottagningen som mellan mottagningarna. På de flesta finns både primärjour och bakjour tillgänglig. På dagtid finns bakjouren vanligtvis i verksamheten och är tillgänglig för konsultation.

Ansvarsfördelningen mellan primärjour och bakjour är delvis personbunden, men skiljer sig även mellan mottagningarna.



Otydligheter gällande ansvarsfördelning

En stor andel av de intervjuade anger att det inte finns kriterier för vilka patienter som ska bedömas av primärjour respektive bakjour, men anser att det skulle behövas. IVO konstaterar att det finns variationer i hur ansvarsfördelningen mellan primärjour och bakjour beskrivs. Bakjourens vilja att ta ansvar och att vara ett stöd för primärjouren tycks till viss del vara personbunden, något som flera av de intervjuade uttrycker. För att vårdgivaren ska kunna säkerställa en god vård krävs att det finns systematik i arbetet med egenkontroll, med t.ex. täta uppföljningar av kompetensen hos icke-legitimerade läkare som arbetar som primärjour.

För lite systematik och uppföljning

De brister som framkommer bedömer IVO kan härledas till att det tycks saknas delar i det systematiska kvalitetsarbetet. Flera av bristerna som identifierats är inte förenliga med kvalitetsområdena säker och jämlik vård.

På samtliga tillsynade mottagningar har IVO mött personal med stort engagemang och i många fall även lång erfarenhet inom yrket. Personalens flexibilitet och förmåga att verka för patienternas välbefinnande i den enskilda situationen kompenserar många gånger bristerna. Att verksamheterna är beroende av enskilda och tillfälliga initiativ tyder på en bristande systemsyn. Verksamheterna behöver därför se över och utveckla nödvändiga processer för att säkra en god vård.

I samtalen med verksamheternas ledningar visar det sig att det på flera av mottagningarna inte görs egenkontroller i någon större utsträckning.

Förbättrad avvikelshantering

Även avvikelser är en del av det proaktiva säkerhetsarbetet

som bidrar till god vård. Det finns förbättringspotential, utifrån att flera av de intervjuade menar att återkopplingen är sparsam. I regel handlar det om ett e-postmeddelande innehållande information om att avvikelser tas om hand.

Flera av de intervjuade anser att avvikelserapporter delvis används för att påtala fel och brister hos kollegor. Verksamhetschefen påtalar, att det i dessa fall kan kännas svårt att hantera rapporterna, då det handlar om att två personer ska kommunicera med varandra, snarare än en avvikelse.

Ibland skrivs inte avvikelser för att personalen inte vill "hänga ut" kollegor. Det finns uppenbara vinster med att förtydliga att avvikelssystemet är en del i ett ständigt förbättringsarbete.

Avslutningsvis konstaterar IVO att ledningen i en del fall kände till de konstaterade bristerna, men inte hade analyserat och åtgärdat dem. I andra fall fick ledningen kännedom om dem i samband med IVO:s återföring av inspektionsresultaten. IVO anser därför att det finns svagheter i den dagliga ledningen och styrningen av verksamheterna. Verksamhetsansvariga måste veta hur verksamhetens vardag ser ut, ha patienten i fokus och agera när det behövs. Dessutom anser IVO att det saknas systematiska uppföljningar av verksamheterna.

Läs gärna hela rapporten på www.ivo.se.

Artikelnr IVO 2016-15

Tuula Wallsten

Chefläkare

Landstinget Västmanland

Vetenskaplig sekreterare SPF



Hyperkalcemi hos litiumbehandlade patienter bör följas med större noggrannhet – dags för nationella riktlinjer?

Bakgrund

Sedan Cade [1] vackert visade att litium kunde hjälpa svårt drabbade manpatienter har litium fått en central plats i den farmakologiska behandlingen av bipolär sjukdom, främst bipolär I, men används även vid unipolär depression och profylaktiskt mot suicid. Sen Garfinkel [2], den förste att på pränt beskriva en ökad förekomst av hyperkalcemi och hyperparatyreoidism (HPT), har en rad studier påpekat vikten av att regelbundet kontrollera kalcium hos litiumbehandlade patienter. Litiums verkningsmekanism är ännu inte klarlagd, men tros ha multipla effekter på cellnivå, bland annat på *calcium sensing receptor*. En nyligen publicerad studie [3], baserad på det hittills största materialet, fann att prevalensen på litium-associerad hyperparatyreoidism (LHPT) var 18 %. Förekomsten av sporadisk (primär) hyperparatyreoidism i den allmänna befolkningen, och som inte äter litium, ligger på knappt 1 %. Trots detta saknas det idag både internationella och nationella riktlinjer för handläggningen och uppföljningen av kalciumhomeostas hos litiumbehandlade patienter [4].

Nyligen gjordes en granskning av laboratorieprover hos samtliga litiumbehandlade patienter (18 år eller äldre) i Region Örebro Län mellan hösten 2014 – hösten 2015 för att undersöka den faktiska förekomsten av hyperkalcemi.

Genomgång

Patientmaterial beställdes från laboratoriemedicinska länskliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, avseende parathormon (PTH), kalcium, litiumkoncentration

och vitamin-D, för alla patienter med pågående litiumbehandling. Data från 544 patienter (334 kvinnor och 210 män) analyserades (se Tabell 1). Vidare kategoriserades patienterna i tre grupper: i. LHPT (fullständig biokemisk definition, se referens 3), ii. enbart hyperkalcemi, iii. icke-LHPT. Enligt den initiala granskningen hade 9 patienter (1,7 %) LHPT. Ytterligare 115 patienter (21 %) hade episoder av hyperkalcemi där HPT inte kan uteslutas på grund av brist på kompletterande provtagning. Genomsnittsåldern för LHPT-patienterna låg tio år över genomsnittsålder för gruppen som helhet. Majoriteten med LHPT eller hyperkalcemi var kvinnor. PTH hade tagits hos en femtedel av patientgruppen.

Diskussion

Granskningen visar att det finns en hög förekomst av hyperkalcemi hos patienter med pågående litiumbehandling. Antalet patienter med bekräftad LHPT är lägre än tidigare beräknat men kan bero på begränsad komplettering av provtagning. Här anser vi att det finns starka skäl för optimering av vård och handläggning av dessa patienter.

Riktlinjer behövs!

De flesta forskare är nu eniga om att hyperkalcemi och även HPT är möjliga biverkningar av litiumbehandling hos en specifik grupp av patienter, framförallt hos äldre patienter, de som har behandlats med litium under lång tid och kvinnor. Hittills finns det inga kliniska verktyg för att bättre kunna identifiera vilka patienter som kommer att utveckla hyperkalcemi eller LHPT. En algoritm för handläggningen av

Tabell 1. Grundläggande parametrar avseende kalcium homeostas hos litiumbehandlade patienter i Region Örebro, 2014-2015.

Variabler	Referensvärden	LHPT, n = 9	Hyperkalcemi, n = 115	Icke-LHPT, n = 351	Total, n = 475
Kvinnor, n (%)		6 (66,7)	83 (72,2)	205 (58,4)	294 (61,9)
Ålder, medelvärde (SD)		63,3 (7,8)	58,0 (17,5)	50,5 (17,8)	52,6 (18,0)
Totalt kalcium, median (spann), mmol/L	2,1–2,55	2,58 (2,49–2,71)	2,51 (2,45–2,73)	2,34 (2,04–2,47)	2,37 (2,05–2,73)
PTH, antal tagna (%)		9 (100)	22 (19,1)	74 (21,1)	105 (22,1)
PTH, median (spann), pmol/L	1,6–6,9	8,40 (7,0–19,3)	4 (1,9–5,4)	4,3 (1,5–15,8)	4,4 (1,5–19,3)
Vitamin D, antal tagna (%)		6 (66,7)	67 (58,3)	176 (50,1)	249 (52,4)
Vitamin D, median (spann), nmol/L		67,8 (30-102)	53 (14-122)	53 (12-124)	53 (12-124)

PTH = parathormon, LHPT = litium-associerad hyperparatyreoidism, SD = standardavvikelse

litiumbehandlade patienter med hyperkalcemi har tidigare publicerats i denna tidning [5]. Vi tror att ett tydliggörande av nationella riktlinjer skulle kunna förbättra vården för patienter genom att tidigare kunna identifiera riskpatienter och därmed implementera lämpliga åtgärder.

Pågående studie

Utöver detta behövs fler studier för att klargöra de många frågetecken som finns kring detta tillstånd. En av de främsta striderna inom endokrinologi angående LHPT är om det är en uniglandulär eller en multiglandulär sjukdom. Vi antar att LHPT är multiglandulär och kan vara en skild sjukdom, möjligen med en specifik genetisk patofysiologi. För att kunna klargöra den kliniska betydelsen av hyperkalcemi hos litiumbehandlade patienter, har vi påbörjat en randomiserad studie där vi erbjuder patienter med LHPT operation (borttagning av tre av de fyra bisköldkörtlarna) alternativt expektans och att under en två-årsperiod utvärderar symtom och organfunktion. Vi hoppas att detta ytterligare kan bidra till optimering av omhändertagande av litiumbehandlade patienter.



Adrian D. Meehan
Doktorand och ST-läkare
Geriatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro
Foto: Anna Meehan



Ville Cato
Läkarkandidat, Örebro Universitet
Foto: Självporträtt



Göran Wallin
Professor/överläkare
Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro
Foto: Kristin Lundström

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2016

Cullbergstipendiet finansierar resor för studiebesök vid en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två till fyra veckor. Det utdelas årligen till specialister eller ST-läkare i psykiatri med syftet att de ska få erfarenheter och kliniska kunskaper som är väsentliga för att fördjupa svensk psykiatri. I år tilldelas tre stipendiater totalt 95 000 kr.

Jurgita Kundrotiene, överläkare Rättspsykiatri Vård, Stockholm, ska resa till Auckland, Nya Zeeland för att studera den rättspsykiatriska vården där. Landet hade fram till för några decennier sedan omfattande problem med våld och kriminalitet och har sedan dess utvecklat ett välfungerande vårdssystem, inklusive rättspsykiatri med rehabilitering.

Myrto Sklivanioti, ST-läkare Psykiatri Sydvest, Stockholm, kommer att åka till Kapstaden, Sydafrika för att studera "Brain and Behaviour Initiative" där man integrerar klinisk vardag och forskning, bland annat kring kognitiva och psykiatriska komplikationer hos HIV-patienter, beroendesjukdomar och posttraumatiska stresstillstånd.

Wan Kam, ST-läkare Psykiatri Nordväst, Stockholm, ska studera traditionell kinesisk medicin kontra västerländsk psykiatri vad gäller depressionsbehandling. Det kommer att ske bl.a. vid mottagningar som tillhör School of Chinese Medicine vid University of Hong Kong.

För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson

Korrespondens till: adrian.meehan@regionorebrolan.se



Vad är suicidalitet?

Psykiaterkåren måste ena sig!

Suicidpreventionen hämmas av att det finns tre samtidiga förståelsemodeller. Psykiaterkåren måste ena sig om en syn på suicidprevention som innesluter alla dessa tre. Jan Beskow föreslår att *Problemlösning vid livsavgörande påfrestningar* är den mest lämpliga övergripande modellen då den rymmer i sig både psykisk sjukdom som bakgrundsfaktor och olyckshändelser som oönskade utfall i extrema lägen.

Enighet före den nationella kongressen 2017

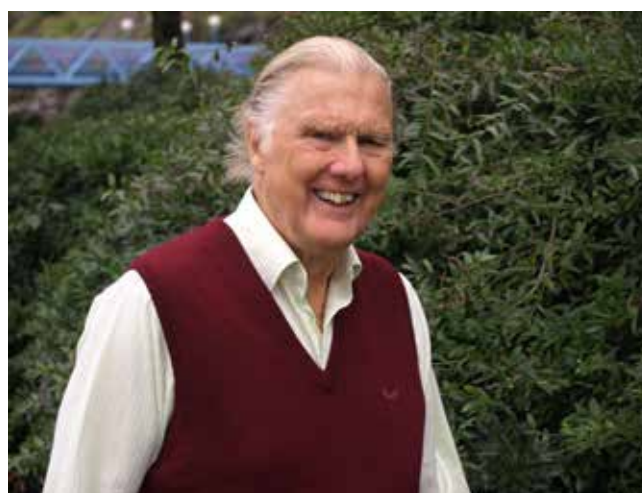
Suicidprevention i Väst, SPIV, med uppdrag att verka för suicidprevention i Västra Götaland och Halland, har fått det hedrande uppdraget att tillsammans med lokala och regionala aktörer ordna den XI:e nationella nätverkskonferensen om suicidprevention. Dagarna är inte helt spikade men troligen blir det i mitten av september 2017. Vi vill *think big* och samla intressenter i suicidprevention från hela nationen till en kongress där vi visar en enad front. Låt oss använda tiden fram till dess för att samtala om och till sist åstadkomma en sådan enighet. Detta är ett första underlag för ett sådant samtal.

Splittrad förståelse av suicidalitet måste vändas till enighet

Suicidpreventionen mår inte bra. Delvis är vi psykiatrer själva skuld till detta. Så länge vi fortsätter att presentera tre olika förklaringsmodeller av suicidalitet underhåller vi nuvarande förvirring.

1. Psykiatrisk sjukdomsmodell

Denna har det starkaste genomslaget på grund av psykiaternas position som de som kan suicidprevention. Kunskaperna är emellertid ofta inte särskild djupa. Bedömningen av en mentalskötare med 20 års erfarenhet av att hjälpa och stödja suicidala patienter avfärdas inte sällan snabbt av en nykommen ST-läkare med rudimentär utbildning i suicidologi och suicidprevention. Ofta gör hen detta med stöd av skattningskalor, som vi vet inte fungerar som prediktionsinstrument, SBU 2015, Runeson 2015.



Bristande teoretisk förankring. När jag frågar psykiatrer, som ska vara professionella experter på suicidprevention, vilken teori eller modell de har för suicidalitet blir det ofta pinsamt tyst. Det verkar som ingen ställt frågan förut. Till sist säger någon tveksamt: Det är väl ett symptom på depression.

Den psykiatriska sjukdomsmodellen är inte en modell för suicidalitet. Förvisso finns det en hög korrelation mellan psykisk störning, särskilt depression, och suicidalitet. Först suicidförsök och sedan psykisk sjukdom är de två tyngsta riskfaktorerna för död i suicid. Finns båda dessa är risken för död i suicid enormt hög, Tidemalm o a 2009. Men: Den psykiatriska sjukdomsmodellen är till för att diagnosticera och behandla psykisk sjukdom, vilket är och förblir en viktig form av suicidprevention. Däremot är den psykiatriska sjukdomsmodellen inte avsedd för och inte användbar för att beskriva suicidalitet.

Det viktigaste argumentet för suicidalitetens annorlunda natur är att 'tänka på suicid' liksom 'koncentrationsstörning' är kognitiva processer som radikalt skiljer sig från övriga

mer kroppsligt förankrade symtom på depression, Williams 2006. Detta leder i sin tur till en sämre problemlösning, Williams 2005. Suicidala personer är dock inte sämre problemlösare än andra – utom när de är suicidala!

Psykiska störningar är dåliga prediktorer.

Till detta kommer att psykiska störningar ofta är livslånga och därför dåliga prediktorer för död i suicid. Uttrycket: "Det är väl inte konstigt att hen tog sitt liv, hen har ju varit deprimerad i mer än tjugo år" förklarar dåligt varför personen tog sitt liv just nu. Depression är en vanlig psykisk störning, per 100 000 människor är suicid ett ovanligt fenomen. Det innebär att av alla som vid en viss dag lider av en behandlingskrävande depression är det mindre än 0,5 % som dör i suicid inom ett år. Sammanblandningen av suicidalitet och psykisk störning gör att man missar de så viktiga omgivningsfaktorerna, både kontext och triggars.

Att se suicidalitet i första hand som psykisk störning öppnar dessutom ofta för ett dikotomt tänkande, som också avspeglar sig i bedömningar: "På fredagen hög suicidrisk och inläggning, på måndag ingen suicidrisk och utskrivning". I själva verket är suicidalitet en *process* med många snabbt skiftande faser: Frånvaro av tankar på suicid; vaga, svängande suicidtankar; påträngande/tvångsmässiga fram till totalt ockuperande suicidtankar. Det är därför viktigt att skilja mellan långvarig suicidalitet och den akuta suicidala episoden med förhöjd risk för död. Suicidprevention bör bedrivas så tidigt som möjligt i processen. Den suicidala personen måste själv lära sig att följa sin process, göra sina egna riskbedömningar och ha fungerande kopingstrategier för att söka hjälp i god tid, gärna med ett s.k. *grönt kort*, som ger företräde till villkorslös inläggning vid förhöjd suicidrisk.

Enligt DSM-5 är suicidalitet i olika former symtom på personlighetssyndromet borderline, depression och bipolär sjukdom samt motsvarande former av schizoaffektiv sjukdom. Men varje psykiater vet såväl av egen erfarenhet som av forskning att suicid förekommer vid alla psykiska sjukdomar. Trots detta har såväl klinik som forskning inriktats övervägande på depression och borderlinepersonlighetsstörning/emotionell instabilitet. Först på 1990-talet observerades ångestens avgörande betydelse för suicidhandlingar, Riskind 2000. Sannolikt är också den bild som DSM-systemet ger av depression betydligt förenklad, Fried 2015. Det är bl.a. av detta skäl vi behöver en helt annan förklaringsmodell för suicidalitet.

Forskning.

Under åren 1971-2014 har det skrivits 98 avhandlingar om suicid i Sverige, FORTE 2015, nästan alla inom psykiatri. De handlar om biologi, klinik och behandling. De har inte lärt oss mycket om hur suicidala personer känner och tänker. Detta är således i Sverige ett vetenskapligt i stort sett okänt område. Såväl ångest som depression är viktiga normala reaktioner för en god anpassning till livets påfrestningar.

Först under de senaste decennierna har vi börjat förstå hur hjärnan fungerar. Det har gjort att gränsen mellan normalitet och psykopatologi varit extremt oklar. Detta har bl.a. lett till att situationsfaktorer ofta undervärderats, en bristande kännedom om normala funktioner av t ex ångest och depression samt en dyrbar överdiagnostik (men även underdiagnostik).

2. Problemlösning vid livsavgörande påfrestningar

Parallellt med psykiaternas bedömningar arbetar övrig personal (inklusive erfarna psykiatrer) efter en helt annan och mycket mer verklighetsnära förståelsemodell, en problemlösningssmodell. Patientens akuta suicidala episod måste först hävas, det är det mest prioriterade problemet. Sedan måste de viktigaste bakomliggande problemen hanteras så tillvaron blir uthärdlig. Målet är att patienten ska återta kontrollen över sitt liv, *empowerment*. Det är ett starkt argument att de som sedan 20 år eller mer mött och arbetat med suicidala patienter använder denna modell på ett självklart sett, dock oftast intuitivt utan djupare teoretisk förankring. Detta var dessutom den första ansatsen när kognitiva psykoterapeuter försökte behandla suicidala personer, Beskow oa 2009.

Normalitet

Problemlösningssmodellen bygger på insikten att vi löser problem med normala psykiska funktioner, Beskow oa 2013. Detta gäller även när vi ser suicid som enda kvarstående alternativ. Det är därför *helt normalt* att tänka på suicid som en möjlig utgång om problemen inte går att lösa. För suicidala personer är det en stor lättnad att få höra att de reagerar normalt på svåra situationer och därför själv kan arbeta med sina problem. Men också att misslyckad problemlösning kan bli utmattande och livsfarligt.

Suicid är ofta det första en människa tänker på i en svårt pressad och ovanlig situation. Av 400 personer som i en enkät uppgivit att de tänkt på suicid är det bara en som dör i suicid samma år, FORTE 2015. All energi inriktas nu på att rädda denne ende eller möjligen de totalt som gör suicidförsök medan de övriga försummas. Detta innebär att den individuella preventionen tvärt emot vad man gör inom andra områden koncentreras på det livsfarliga tillståndet. I stället bör man sträva efter en prevention så tidigt som möjligt i processen. Denna förutsätter en god samtalsrelation till den i denna situation så sköra och dysfunktionella patienten.

Internationellt har detta perspektiv ett starkt stöd även inom forskningen. Detta har framför allt lyfts fram av en internationell grupp av välkända psykiatrer och psykologer, *Aeschi-gruppen*, som alla är kliniskt och forskningsmässigt djupt involverade i suicidprevention, Michel 2011. Det ingående samtalet med den suicidala patienten är helt grundläggande. Patienterna, som jobbar hårt för att överleva, ska få förstärkning på sina egna fungerande kopingstrategier och vid behov hjälp att hitta ännu bättre.

Inställningen är densamma som inom personcentrerad vård, Docteur 2013, Ekman 2014.

Dysfunktionell problemlösning.

En människa som mår gott och kan hantera sina livsproblem med bred marginal tar inte livet av sig. En suicidal person har alltid ett eller flera för hen livshotande problem. Trots den skiftande bakgrunden till suicidalitet och stora personliga variationer finns det förvånande likformiga drag när problemlösningen blir dysfunktionell. Denna kan beskrivas i fem steg a) ett eller flera problem, som de inte kan lösa b) därav kommande mental och även fysisk trötthet, som ger känslor av vanmakt och ökad sensibilitet, vilket ger c) en allmän aktivering åt hela organismen i avsikt att trots allt lösa problemen, ofta upplevd som förvirring, ångest och psykisk smärta. Detta gör att de d) vansköter sina relationer och upplever ensamhet, hjälplöshet och hopplöshet. Då ter sig e) suicid som enda möjliga kvarstående utväg.

Personligen tror jag vi kommer att hamna i att en bristande anknytning under de tidiga barnaåren, men också under tonåren och i vuxenlivet samt psykiska trauman är av avgörande betydelse för uppkomsten av suicidalitet. De som har en trygg bas klarar av livets problem på ett eller annat sätt utan att bli suicidala. Vi ska minnas att hälften av alla personer med depression aldrig tänker på suicid som en möjlighet för just dem.

3. Olycksfallsmodellen

De som arbetar med suicidprevention inom trafiken är helt klara över att effektiva åtgärder på befolkningsnivå är desamma mot såväl olyckor som suicid, Rådbo 2008, Beskow 2010, Clarke 2013. Den ökade aktiveringen vid utmattande försök att lösa livsfarliga problem ger upphov till en sämre problemlösningssmåga, Williams 2005, med sämre perception och sämre bearbetning så att hela tillvaron ter sig kaotisk, dvs. patienten tappar kontrollen över sin situation och råkar lätt ut för såväl fysiska som psykiska olycksfall.

Antingen utfallet blir en fysisk eller mental olyckshändelse, en 'olycka' eller ett 'suicid', handlar det om personer som tillfälligt inte kan kontrollera sin situation. De har en *kognitiv insufficiens* i förhållande till det akuta, konkreta problemet. I dessa situationer behövs ett stöd i form av försvårad tillgång till suicidmedel. Räddningstjänst, polis och patientsäkerhetsarbetare, Vincent 2010, arbetar alla utifrån ett olycksfallsperspektiv. Det är också denna modell som har det starkaste empiriska stödet, WHO 2014, FORTE 2015, Folkhälsomyndigheten 2015 och 2016. I detta ingår en suicidpreventiv utbildad befolkning som kan ingripa vid risk för dödsfall.

Låt oss därför enas om:

- att tidigare suicidförsök och psykisk störning är de två viktigaste bakgrundsfaktorerna till suicidalitet;
- att den psykiatriska sjukdomsmodellen är en modell

för psykisk sjukdom och inte för suicidalitet;

- att suicidalitet bäst beskrivs med en problemlösningssmodell vid livsavgörande problem som för enskilda personer inte längre fungerar utan blir dysfunktionell; samt
- att personen då befinner sig i ett tillstånd av bristande kontroll och därför lätt råkar ut för såväl fysiska som psykiska olyckshändelser, ibland dödande.

En sådan enighet är första steget för att samla våra krafter till en målinriktad och effektiv suicidprevention.

En sådan enighet är också förutsättningen för att vi ska kunna övertyga statsmakten om att den måste ta sitt ansvar för samordning och effektivitet genom att ge suicidpreventionen de ekonomiska förutsättningarna för detta, administrerade av Folkhälsomyndigheten. Ett anslag på 100 miljoner varje år, av samma storleksordning som Trafikverket nu får för att förebygga olyckor och suicid inom sitt område, vore en bra början.

En sådan enighet ger oss en helt annan styrka när det gäller att bryta den sedan början av 2000-talet stagnerade reduktionen i antalet döda. Fortfarande dör fyra personer i Sverige varje dag i suicid. Det är inte acceptabelt. Låt denna enighet komma till starkt uttryck vid den nationella kongressen i Göteborg hösten 2017.

Jan Beskow

Professor, psykiater, socialmedicinare, kvalitetsansvarig vid Suicidprevention i Väst, SPIV

Else-Marie Törnberg

(verksamhetschef) samt knuten till Sahlgrenska Akademien i Göteborg

Referenser; www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Konflikthantering på hög nivå

Vi som jobbar i sjukvården går ibland utbildningar i konflikthantering. Konflikterna vi jobbar med på kurserna är de vi har på jobbet eller hemma. Vi behöver hjälp med det arbetet. Vi som går dessa kurser mår psykiskt rätt bra, vi är inte inne i en kris, vi sover gott om natten och har inte kraftig ångest som jagar oss, självmordstankar eller missbruk. Vi upplever inte att så mycket står på spel i våra konflikter, ändå behöver vi hjälp.

Vårdnadstvisterna ökar och siffror från Domstolsverket visar att på tio år har det skett en fördubbling av fallen som kommer in till Sveriges tingsrätter. Det verkar vara svårt att hitta sätt att hjälpa föräldrar att kunna lösa sina konflikter innan de hamnar i domstol. Det har gått fyra år sedan en statlig utredning föreslog så kallade separationsteam som bättre skulle kunna hjälpa föräldrar i svåra konflikter, ändå finns det inga sådana ännu. I dag kan ett par i en separation få hjälp genom samarbetssamtal hos familjerätten. Men hos dem med djupa konflikter behövs inte sällan mer hjälp - kanske exempelvis hos vuxenpsykiatrien eller hos socialtjänstens missbruksenhet.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset fick pengar för satsningen på separationsteam av förra regeringen och flera kommuner valdes ut som pilotprojekt. Ingen av dessa har dock startat upp arbetet. Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på SKL, har bedömt projektet som svårt att prioritera för psykiatrien och socialtjänsten som redan nu bedöms som mycket belastade verksamheter.

Av de cirka 50 000 skilsmässor som sker per år behöver föräldrar till cirka 7000 barn hjälp att lösa konflikter vad gäller vårdnad, boende och umgänge. I många av dess fall finns det studier som visar på att det inte är intressekonflikter som ligger till grund för konflikten utan värdekonflikter. Konflikten rör alltså inte oenigheter kring skola, tider för hämtning och lämning, boende med mera, utan istället handlar det om kulturella skillnader, förälders missbruk, våld och hot och frågor som rör barnets skyddsbehov (Slutrapport – Barns rättigheter i vårdnadstvister, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2015).

På lång sikt skulle mycket lidande och mycket av samhällets resurser sparas om vi tog hand om föräldrar i svåra separationer bättre än vad vi gör i dag. Inom barn- och ungdomspsykiatrien träffar vi dessa familjer. Familjerna som ligger i vårdnadstvist eller som är på väg ditåt. Barnen mår dåligt och ofta är det någon från skolan eller primärvården som remitterar dem till oss. Hos oss passar deras lidande inte alltid in. De har ingen entydig symptombild och i skolan fungerar de rätt bra. Tydligt för oss skolade i psykiatri blir hur dåligt mamma, pappa eller båda två mår. Hur konflikterna tär på relationerna och hur inget verkar kunna hindra eskaleringen av besvären, anmälningarna och ilskan. Det vi inom specialistpsykiatrien kan göra för dessa familjer är mycket lite. Vi försöker samverka med socialtjänsten, avvaktar ofta med att starta upp eventuell riktad behandling, och ger råd och stöd. Kraft läggs på att inte dras in i konflikten och öka på den polarisering som ofta finns genom att via barnet stötta den ene eller andre föräldern. Vi ser föräldrar som har egna funktionshinder, som har nedsatt förmåga att lösa problem eller hantera konflikter, föräldrar som är inflexibla och sårbara mitt i en kris. Vissa har varit sjuka länge, vissa har blivit sjuka av konflikterna och de destruktiva strategierna.

Den maktlöshet som vi som professionella upplever i arbetet med dessa familjer är förstås bara en viskning om den maktlöshet de själva kämpar med.

Ett ökat samarbete med vuxenpsykiatrien och socialtjänsten avseende föräldrar i vårdnadstvister eller begynnande vårdnadstvister skulle belysa en sårbarhet samhället och det juridiska systemet tidigare nonchalerat. Om man kan lyckas hjälpa dessa familjer med den svåra konflikthantering de behöver hantera och undvika vårdnadstvister finns stora resurser och mycket lidande att spara. Både för föräldrar och barn.

Sara Lundqvist
Barn och ungdomspsykiatriker
Vice ordförande SFBUP



Sveket mot vetenskapen och barnen fortsätter

Statens medicinsk-etiska råd

(Smer) är i rapporten "ADHD – etiska utmaningar"¹ kritiska till att klassificera ADHD som specifikt neuropsykiatriskt då de anser att det är tveksamt om det finns belägg för att ADHD skulle ha en tydligare neurobiologisk bakgrund än andra psykiatriska diagnoser. Sanningen är att det inte är vetenskapligt hållbart att benämna ADHD för ett "neuropsykiatriskt funktionshinder" överhuvudtaget, utan det forskningen visar är att den modell som bäst kan förklara uppkomsten av ADHD är en stress-sårbarhetsmodell.

Detta har tydligt visats i psykiatern och forskaren Tomas Ljungbergs bok AD/HD i nytt ljus². SMERs rapport har en diger referenslista men varken Ljungberg eller internationella kritikersom Sami Timimi et al³ finns med. Även om Smer-rapporten förtjänstfullt påvisar även psykosociala faktorer vid ADHD upprepar man det helt vilseledande påståendet att 40-80 % av orsaken hör hemma i genetikens område. Dessa höga siffror är inte hereditet utan det som visats är heritabilitet vilket är något helt annat, vilket lätt borde inses då med samma tvillingmetod TBC har lika hög heritabilitet⁴, 80 %, som ADHD fast vi vet att TBC beror på en bakterie. Smer refererar till artiklar som stödjer sig på forskningsresultat som Ljungberg väsentligen visat tolkats fel. Sedan har man intervjuat flera experter, men inte heller här är Ljungberg med och rapporten har fackgranskats av två psykiatrer som är väl anknutna till den officiella linjen.

Läkemedelsverket

skrev 2009 i sina rekommendationer⁵ att "Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga". Nu 2016 skriver man "Läkemedelsbehandling är en komponent i ett multimodalt behandlingsprogram där också psykosociala och pedagogiska insatser ingår"⁶.

Detta trots att SBU⁷ redan 2012 visat att det inte fanns bra studier för längre än 6 mån och att vi inte vet om centralstimulantia ökar missbruk, och att Lars Jacobsson, ordförande i SBU:s expertgrupp om ADHD, på vetenskapsradion⁸ (aug 2015) uppgav att det inte heller ges pengar till någon forskning på långtidseffekter. Fast läkemedelsindustrin gör grova vinster. Och trots att Cochrane-institutet⁹ november 2015 hävdar att det inte finns några tillräckligt bra placebostudier för CS och visar

att det inte finns några studier alls med aktiv placebo vilket krävs för att avgöra att det inte är placeboeffekt.

FN:s barnrättskommitté

har kritiserat Sverige angående ADHD¹⁰. Men vad gjorde Barnombudsmannen med den kritiken? BO citerade visserligen¹¹ "att psykologisk behandling och specialiststöd ska prioriteras framför förskrivning av läkemedel". Men förtar den oro FN:s barnrättskommitté uttrycker om ökning av mediciner *utan utredning av dess biverkningar* då man istället skriver "viktigt att barn är delaktiga i utredningar och får förståelse för hur medicinering kan påverka deras känslor och beteenden".

Och ännu värre. Inte ett ord i BO:s rapport om den oro FN:s barnrättskommitté uttrycker om ökning av *dessa diagnoser*, särskilt ADHD. BO tar upp barnrättskommitténs uppfattning att Sverige behöver utveckla kunskaps och utbildningsprogram för lärare om hur man upptäcker och tillgodoser de särskilda behoven hos barn med funktionsnedsättning och att Regeringen bör ge Skolverket i uppdrag att utveckla detta men inte alls att "44. Kommittén uppmanar konventionsstaten att inrätta ett system av oberoende experter som bevakar diagnosen av adhd och andra beteendeproblem och användningen av läkemedelsbehandling för barn ... och att a) bedriva oberoende forskning om diagnostiseringsmetoder som används i bedömningen av barns psykiska hälsoproblem;"

Barnpsykiatriska föreningen

I *Riktlinje ADHD 2016*¹² sägs visserligen på några ställen att trauma också kan ge ADHD-symtom eller påverka ADHD men

"Riktlinjerna syftar särskilt till att:

1. alla patienter inom BUP screenas vid bedömningssamtal och vid behov även senare för kärnsymtomen på adhd – ouppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet – för att motverka underdiagnostik."

Varför screena för ADHD och inte trauma?

Har man helt missat att dessa s.k. "kärnsymtom vid ADHD" finns även vid PTSD?

Tabell 1

Jämförelse ADHD PTSD		
ADHD "kärnsymtom"	PTSD DSM-IV	PTSD ICD-10
Ouppmärksamhet	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. C 1 Aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat. D 1 Hållande symtom av överspändhet D 3 Koncentrationssvårigheter D 4 överdriven vaksamhet. D 5 lättskrämhet	B återupplevande av den belastande händelsen såsom återtripp (flashbacks), levande minnen, C verkligt eller önskat undvikande av omständigheter som påminner om eller associerar till den belastande händelsen. D koncentrationssvårigheter
Hyperaktivitet/impulsivitet	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. B 5 fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. D 2 irritabilitet eller vredesutbrott.	D 1 Hållande symtom på ökad psykologisk sensitivitet och arousal, som inte fanns före expositionen hypervigilans (vara på sin vakt, i spänd uppmärksamhet) förstärkt "startle response", skrämselreaktioner
Utagerande beteende	B 3. handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt C 2 aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat. C 4 klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter. C 5 känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor. C 6 begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek). D 2 irritabilitet eller vredesutbrott. D 4 överdriven vaksamhet.	D 1 Hållande symtom på ökad psykologisk sensitivitet och arousal irritabilitet eller utbrott av ilska hypervigilans (vara på sin vakt, i spänd uppmärksamhet) förstärkt "startle response", skrämselreaktioner

Delvis efter Weinstein D. et al Attention-Deficit Hyperactivity Disorder And Posttraumatic Stress Disorder: Differential Diagnosis In Childhood Sexual Abuse Clinical Psychology Review, Vol. 20, No. 3, p. 368

Professor emeritus i psykiatri Allen Frances¹³, som var huvudredaktör för DSM-IV hävdar att redan den omskrivning som gjordes i DSM-IV, och ännu mer i DSM-5, lett och leder till en överdiagnostisering av ADHD.
Kom på seminariet med professor Frances 18 juni¹⁴.

Jan Pilotti
Pensionerad ungdomspsykiater

För referenser se www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Känslostormar. Emotionell instabilitet och hjärnan

Predrag Petrovic
Natur och Kultur, 2015

En torped i DSM-skrovet

Patient, kvinna, jobbig, manipulerande, krävande, överkänslig i sina relationer, suicidbenägen, ut och in på psyket. Predrag Petrovic, psykiatriker och forskare, bestämde sig utifrån sina kliniska erfarenheter för att undersöka hur hjärnan fungerar vid dessa tillstånd. I boken *Känslostormar* sammanställer han egen och andras forskning med ett resultat som kan innebära en form av upprättelse för denna patientgrupp, få psykiatrisk diagnostik att skaka i sina grundvalar genom att bidra till att DSM-hegemonin i diagnostiskt tänkande försvagas ytterligare. Emotionell instabilitet och ADHD verkar ha en delvis gemensam och överlappande orsak kopplade till högre reglerande system i prefrontalloben och främre cingulum. ADHD har en variant som huvudsakligen kännetecknas av problem med reglering av uppmärksamhet, dels en som dessutom inkluderar svårigheter i emotionell reglering.

Vi kan se när det händer

Med hjälp av modern hjärnavbildningsteknik, inte minst funktionell MR, kan man studera hjärnan på en större detaljnivå än tidigare, till exempel genom kontrollerade experiment som visar aktivering av såväl uppmärksamhets- som affektreglering och inre konflikter kring dessa funktioner. Han beskriver hur olika delar av hjärnan samverkar i komplexa nätverk i reglering av de olika funktioner som ligger bakom vissa psykiatriska symtom, till exempel ADHD.

Grundläggande om hjärnan

Författaren lägger en systematisk grund för sina tentativa slutsatser i slutet av boken genom att steg för steg introducera de anatomiska och funktionella aspekter på hjärnan som är utgångspunkt för reglering av uppmärksamhet respektive affekter. Han diskuterar känslor, bland annat deras roll som riktningsangivare för beteende i olika avseenden, inte minst vad gäller hantering av belöning och hot. Han pekar på vikten av övergripande system (SAS) som får oss att tänka en andra gång när hjärnans rutinhäntering av inre och yttre stimuli är otillräcklig. Av transmittorsubstanserna tycks dopamin ha särskild betydelse för uppmärksamhets- och affektreglering genom sina tre grenar: en mot basala ganglier som automatiserar beteende, en mot kognitiva

processer (uppmärksamhetsreglering/ADHD) och en mot känslonätverk (emotionell reglering/"emotionell instabilitet").

Personlighetsstörning eller ej

Författaren redovisar även andra forskningsfynd som väcker frågor beträffande personlighetsstörningarnas natur. Bröder till systrar med emotionell instabilitet har oftare antisocial personlighetsstörning. Personer med den diagnosen har ofta också ADHD-symtom. Emotionellt instabila har också ofta PTSD-symtom vilket avspeglar en överaktiv amygdala eller en svårighet att nedreglera dess aktivitet. Mycket tycks sålunda handla om balansen mellan impulsgenerering och impulshämning inom olika funktionella områden, också vad gäller missbruk och självskadebeteende.

Även om mycket av de kopplingar som tecknas ännu ligger i sin linda börjar man skönja konturerna av en etiologisk koppling mellan cerebral funktion och symptomatologi, även om begränsningar i cerebral reglering ännu inte i sig entydigt kan knytas till bakomliggande orsaksfaktorer annat än till en interaktion mellan genetik/epigenetik och omgivningsfaktorer i olika interaktionsspiraler. Det förefaller dock som om stress/sårbarhetsmodellen är väl tillämplig om man ser låg regleringsförmåga som en grundläggande sårbarhet. Inom barn- och ungdomspsykiatri har Christopher Gillberg i *ESSENCE*-begreppet fångat upp gemensamma aspekter vad gäller begränsande biologiska förutsättningar bakom diagnoser som ADHD, autism, språkstörning och intellektuell funktionsnedsättning till exempel vad gäller barns förmåga att klara skolarbete ens med betydande stöd.

Respekt för patienten

Vilken klinisk relevans kan skönjas utifrån dessa fynd? Människor som brottas med kliniskt relevant emotionell instabilitet borde inte längre kunna avfärdas med begrepp som jobbiga, manipulativa. I likhet med patienter – såväl barn, ungdomar som vuxna med ADHD – kan de ha anledning att förvänta sig en ny förståelse av sina tillkortakommanden utifrån svårigheten att reglera sina känslor och sekundärt även uppmärksamhetsproblem

då intensiva känslor påverkar förmågan till fokusering. Författaren pekar också på den kategoriska diagnostikens problematik så som den framträder i DSM. Han menar bland annat att forskningen om neurobiologiska bakomliggande faktorer försvåras genom den co-morbiditet som följer av DSM-kategoriseringen.

Boken riktar sig till en bred läsekrets. De aspekter som tas upp gör boken utomordentligt inspirerande och läsvärd. Vissa avsnitt kräver ganska goda förkunskaper hos läsaren för att fullt ut tillgodogöra sig framställningen. Konkisa sammanfattningar efter varje kapitel hjälper dock läsaren vidare, liksom författarens engagerade närvaro i texten.

Några kommentarer

Borderline personlighetsstörning är ett psykiatriskt begrepp, inte ett psykoanalytiskt. Borderline som personlighetsorganisation handlar om identitet, förmåga till verklighetsprövning och stabiliteten i inre objektrepresentationer, inte om olika nivåer av psykiatrisk störning. Men jag kan hålla med om att själva begreppet "borderline" numera kan föra tanken fel.

En intressant sak är att författaren laborerar med två skilda upplevelsedomäner, biologiskt väl definierade, dels yttrevärlden registrerad via sinnesorganen dels en inre värld som definieras av tillståndet i kroppen via olika receptorer. Inom den kliniska psykologin laborerar vi framför allt inom

psykoterapi med ytterligare en upplevelsedomän, den som röjer sig i drömmar och dagdrömmar, som kan aktiveras i inre fantasier, imaginationer och mentaliseringar. Denna inre värld benämns eller berörs inte. Jag tycker inte att det egentligen spelar någon roll för författarens slutsatser. Men det är ju faktiskt med dessa världar vi möter varandra när vi ser in i varandras ögon, inte bara med våra ögonbottnar och nacklober.

PS Det är också intressant att praktisering av mindfulness i så stor utsträckning innebär en träning av förmåga just till reglering av såväl uppmärksamhet som känslor utan att innebära vare sig "självbehärskning" eller "förnekande". DS

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Kalendarium



30th CINP World Congress (International College of Neuropsychopharmacology)
3-5 juli 2016, Seoul, Sydkorea
<http://www.cinp2016.com/>

Framtidens specialistläkare
7-9 september 2016, Malmö
<http://www.framtidenslakare.se/>

29th ECNP Congress
17-20 september 2016, Wien, Österrike
<http://www.ecnp-congress.eu/>

IACAPAP 2016 – 22nd International Association
för Child and Adolescent Psychiatry and Allied
Professions World Congress
18-22 september 2016, Calgary, Kanada
http://www.escap.eu/bestanden/call_for_abstracts_2015_english_final.pdf

ST-konferensen
18-20 januari 2017, Yasuragi, Stockholm (Saltsjö-Boo)
<http://stpsykiatri.se/>

Svenska Psykiatrikongressen
15-17 mars 2017, Göteborg
<http://svenskpsykiatri.se/>

25th European Congress of Psychiatry
1-4 april 2017, Florens, Italien
<http://www.epa-congress.org/>

Svenska BUP-kongressen
3-4 maj 2017, Gävle
<http://svenskabupforeningen.se/>

170th APA Annual Meeting
20-24 maj 2017, San Diego, USA
<https://www.psychiatry.org/>

13th World Congress of Biological Psychiatry
18-22 juni 2017, Köpenhamn, Danmark
<http://www.wfsbp-congress.org/home.htm>

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srp.se



Cullbergstipendiet 2017

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri delas ut i början av nästa år med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur. Om du är intresserad av att söka är det nu dags att börja tänka ut en projektplan och etablera kontakt med den klinik eller institution där du vill vistas.

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

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller

behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda i början av 2017. Datum meddelas senare. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färska tid-

skrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Vi rekommenderar att du i ett tidigt skede tar kontakt med den arbetsplats där du vill vistas om du tilldelas ett stipendium.

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Pauliina Ikonen, Hanna Edberg, Jörgen Vennsten och Annika Schildt (Natur & Kultur).