

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2018



# Anhörig

ANSVARIG UTGIVARE:  
*Ullakarin Nyberg*



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:  
*Tove Gunnarsson*

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare, **Ullakarin Nyberg**
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 7 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 8 Kommande temanummer
- 13 Bokrecension: Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel, **Björn Wrangsjö**
- 20 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 21 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 60 SPF fortbildar, **SPF styrelse**
- 61 Bokrecension: Schizofreni - en forstyrrelse av selvet. Förståelsens betydning för klinisk verksamhet, **Lena Nylander**
- 62 Bokrecension: Sjömannen som gick genom väggen - om människans exceptionella upplevelser, **Tomas Ljungberg, Björn Wrangsjö**
- 63 Bokrecension: Ungdomar och unga vuxna. Utveckling och livsvillkor, **Björn Wrangsjö**
- 65 Bokrecension: Psykologi för vårdprofessioner, **Björn Wrangsjö**
- 66 Bokrecension: HBTQ+ Psykologiska perspektiv och bemötande, **Björn Wrangsjö**
- 68 Bokrecension: MBT i teori och praktik. Om mentaliseringsbaserad terapi, **Björn Wrangsjö**
- 70 Bokrecension: Arbetsgruppen psykologi. Femte utgåvan, **Björn Wrangsjö**
- 71 Kalendarium

## Tema:

- 9 "Vi är två om det här", **Johanna Nyman**
- 10 Att mista genom suicid, **Ullakarin Nyberg**
- 12 "Han var...underbar", **Alessandra Hedlund**
- 13 Bokrecension: Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel, **Björn Wrangsjö**
- 15 Anhöriga är vi allihopa - du med och jag med, **Gunilla Nilson och Thomas Silfving**
- 17 Anhöriga, medberoende och anknytning, **Björn Wrangsjö**
- 18 Vårt personliga ansvar att samverka med närstående till våra psykiatriska patienter, **Lars Albinsson**
- 20 Psykiaterns bästa vän, **Mikael Tiger**
- 21 Senaste nytt från SPF:s utbildningsutskott, **Jonas Rask**

## Rapporter från möten och resor:

- 36 Almedalen 2018, **Karl Lundblad**
- 42 STP representerade på EFPT Forum i Bristol 2018, **Ida Gebel Djupedal, Matilda Naesström**
- 45 Hur svårt kan det vara. Konferensrapport, **Dan Gothefors, Lise-Lotte Risö Bergerlind**
- 48 Besök i Bayern, **Per-Axel Karlsson, Sara Bromander, Erik Dahlman**
- 50 Psykiatricentrum Södertälje fick inspirerande studiebesök från Japan! **Georgia-Phaedra Vitali**

## Psykiatriska nyheter:

- 34 ICD-11. Nya kriterier för diagnostik av personlighetssyndrom, **Sophie Steijer**
- 35 Sömnstörningar kan kopplas till ökad risk för demens, **Tove Gunnarsson**
- 35 Liknande förändringar i hjärnan vid ADHD och emotionell instabilitet, **Tove Gunnarsson**

## Debatt:

- 52 Går det inflation i "neuropsykiatrisk" diagnostik? **Peik Gustafsson, Lena Nylander**
- 54 Att ta ställning i eutanasi frågan, **Johan Andreen**
- 57 Att behandla stress ökar överlevnad för cancerpatienter, **Barbro Sjölander**

## Övrigt:

- 23 Samhällsintresserade kollegor se hit! **SPF:s styrelse**
- 24 Dags att ansöka om Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne, **Styrelsen för SPF**
- 26 Seminarium med filosofer och psykiatrer, **Jerker Hanson**
- 28 Ny riktlinje från SPF: Beroendemedicin i öppenvård, **Dan Gothefors**
- 29 Varför hålls SPK i Stockholm även nästa år? **Tove Gunnarsson**
- 31 Inbjudan att skicka in konferensbidrag, ST-konferens
- 32 Inbjudan att skicka in kongressbidrag och att vara utställare på SPK 2019 i Stockholm
- 33 Planering av SPK 2019, **Johan Fernström**
- 38 Program till SSBS Höstmöte 2018, **Maria Larsson**
- 40 Granskning av METIS-kurser - unik möjlighet att påverka framtidens specialistutbildning, **Wolfgang Freitag**
- 41 Säker Suicidprevention - ett nationellt projekt för förbättrad suicidprevention, **Ullakarin Nyberg, Anne-Katrin Kantzer**
- 47 Något att fundera över? **Rikard Agrenius**
- 58 Uppdrag för svensk barn- och ungdomspsykiatri, **SFBUP**
- 60 Dags att nominera hedersledamot i SPF, **SPF styrelse**

Tidskriften för  
**Svensk Psykiatri**



## Den väldigt varma sommaren...

... är över och har ersatts av tidig höst med en än så länge behaglig temperatur och klar luft. Semestern känns redan en smula avlägsen, arbetet är i full gång och här kommer septembernumret av Svensk Psykiatri!

### Några axplock ur innehållet

Nio bidrag är på temat Anhörig. De har olika infallsvinklar men alla lyfter fram hur viktiga våra patienters anhöriga och närstående är. I kommande nummer tar vi gärna emot fler artiklar om detta viktiga tema, liksom om andra tidigare teman,

Många bokrecensioner har vi den här gången, hoppas de inspirerar till att införskaffa och läsa böckerna!

Litet överraskad blev jag nog då vi fick en debattartikel från Nätverket mot gynekologisk cancer. Men relevansen framgick då jag läste igenom manuset. Viktig information även för en psykiater! Utöver det har vi med två längre debattartiklar, en som behandlar frågan huruvida det går inflation i neuropsykiatrisk diagnostik och en som tar ställning mot eutanasi. Redaktionen välkomnar en fortsatt diskussion om dessa ämnen!

För övrigt kan nämnas att det fortfarande finns chans att skicka in förslag på programpunkter till nästa års Psykiatrikongress, se information på sidan 32.

### Nästa tema

Detta nummer är Svensk Psykiatri 50:e i nuvarande format. Temat för det allra första numret, nr 2 2006, var Tvångsvård. I nästa nummer tar vi med temat *Mot din vilja* upp denna tråd igen. Valet av tema har bl.a. sin bakgrund i massmedias granskning av bältesläggningar tidigare i år. Tvångsvårdslagstiftningen ställer oss onekligen inför juridiska och etiska utmaningar som vi gärna vill belysa och diskutera.

*Mot din vilja* behöver dock inte enbart handla om patientens vilja utan även om t.ex. doktors. I vårt yrkesutövande kan vi ibland bli ålagda att göra sådant som vi egentligen inte finner rätt eller rimligt, såsom forcerade utskrivningar eller administrativt merarbete.

Redaktionen hoppas och tror att det finns mycket att skriva om på detta tema.

Så tänk till och skriv till oss!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

### SVENSK PSYKIATRI

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

#### ANSVARIG UTGIVARE

Ullakarin Nyberg

#### 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.wrangsjö@gmail.com)

#### TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg  
stina.djurberg@buf.se

#### FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis  
carol.schultheis@buf.se  
(där inget annat anges)

#### OMSLAGSBILD

Carol Schultheis  
Manop\_Phimsit/ Shutterstock.com

#### INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till  
annonser@svenskpsykiatri.se

# Stort och smått



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



ULLAKARIN NYBERG

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Hösten närmar sig obönhörligt. Efter en sommar under vilken många av oss har pendlat mellan njutning och klimatrångest kan det kännas skönt, till och med efterlängtat. Själv har jag haft den bästa semestern någonsin. När jag tänker tillbaka på vad jag gjorde landar jag i ... nästan ingenting. Jag satt, gick, läste lite, tänkte eller lät bli att tänka, funderade över middagsmaten och om havsörnen skulle flyga lite närmare oss just den här dagen. En hisnande kontrast till hur min vardag ser ut i vanliga fall. Och det är väl just det som ger tillfredsställelse, kontrasten mellan stort och smått, mellan aktivitet och vila. Det är lättare att njuta av sysslolöshet när man vet att den är tillfällig, inte permanent. Och det är lättare att njuta av det lilla så länge det går att distansera sig från det stora.

Nu närmar sig valet. Alla påverkas vi av den valsputt som pågår och som kommer att vara avslutad när tidskriften går i tryck. Politiker försöker överträffa varandra med löften om generösa satsningar och resurserna verkar just nu vara outsinliga. Politiken handlar också om stort och smått, och löfena har större eller mindre grad av trovärdighet. En extra semestervecka, förbud mot böneutrop och vinster i vården, satsningar på polis och skola. Det mesta känns igen. Glädjande nog pratar många om vården och för väljarna är det fortfarande en av de viktigaste frågorna. Inte minst den psykiatriska vården har fått stor uppmärksamhet under senare tid och det måste vi som förening ta till vara! Förra årets SPK avslutades med en välbesökt politikerpanel, där alla partier utom Sverigedemokraterna (de var inbjudna men svarade inte) redovisade sin syn på vad de vill göra för att förstärka psykiatrin. Och nu talas det till och med om en ministerpost med psykisk hälsa som ansvarsområde. Det låter hoppfullt, för även om det löftet knappast lär infrias speglar det att våra politiker tar frågorna på allvar och att de är beredda att satsa. Och det vore väl konstigt annars. Sjukskrivningar till följd av psykisk sjuklighet ökar, allt fler unga drabbas av ångest och depression, självmord är fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland yngre och medelålders män, antalet slutenvårdsplatser inom psykiatrin fortsätter att minska, människor skrivs ut innan de är färdigbehandlade på grund av bristande resurser inom den slutna vården, det saknas specialistsjuksköterskor inom allt fler verksamheter, ja listan kan göras lång.

Parallellt med ett ökat intresse och ökade satsningar blir konsekvenserna av bristfällig kunskap hos beslutsfattare och andra allt mer uppenbara. Psykisk sjukdom läggs samman med stressrelaterad ohälsa och andra mer eller mindre diffusa tillstånd som ger upphov till psykiskt lidande. "Psykisk ohälsa" tycks ha blivit ett begrepp som kan användas för allt, från det lidande som hör livet till som sorg, till svår psykisk sjukdom. Finns det några risker med det? Ja definitivt! Konsekvensen kan bli att resurser satsas på första linjens psykiatri och förebyggande arbete på bekostnad av

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

**ORDFÖRANDE: Ullakarín Nyberg**  
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**VICE ORDFÖRANDE: Alessandra Hedlund**  
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**SEKRETERARE: Michael Ioannou**  
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**SKATTMÅSTARE: Christina Ysander**  
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

**VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Johan Fernström**  
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**FACKLIG SEKRETERARE: Jonas Rask**  
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

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

**LEDAMOT: Tarmo Kaaris**  
(kaaris@svenskpsykiatri.se)

**LEDAMOT: Maher Khaldi**  
(khaldi@svenskpsykiatri.se)

**ST-REPRESENTANT: Karl Lundblad**  
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

**KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen**  
c/o Bron Innovation, Storgatan 73 852 30 Sundsvall  
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

specialistpsykiatrin. Vi ser redan nu en oroande utveckling i den riktningen, till exempel när det gäller förslaget om borttagande av AT och därmed den obligatoriska tjänstgöringen inom psykiatri som finns idag, till förmån för ett års bastjänstgöring där man förväntas tillägna sig psykiatrisk kompetens inom primärvård eller akutsjukvård. Det betyder att en legitimerad läkare som helt saknar erfarenhet av klinisk tjänstgöring inom psykiatri i framtiden kan få skriva vårdintyg, motivera vilka konsekvenser psykisk sjukdom får för arbetsförmågan, göra suicidriskbedömningar och fatta andra svåra beslut som påverkar livet för våra patienter.

Så vad gör SPF för att påverka utvecklingen? Kunskapsspridning och kompetensförstärkning är områden som vi prioriterar högt och som sammanfattas i vår vision "Helhetssyn och samverkan". Kanalerna för vårt arbete blir allt fler. Under sommaren anord-

nade vi välbesökta seminarier i Almedalen, bland annat angående riskerna med avskaffad obligatorisk psykiatrisk tjänstgöring under AT. Vi fortsätter att debattera den frågan och har publicerat en debattartikel i Dagens Medicin. Förbättrad suicidprevention var ett annat tema som diskuterades på Almdalsscenen, bland annat tillsammans med Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren. Vi har tagit initiativ till ett samarbete med Lof, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, i det nationella projektet "Säker suicidprevention" och det arbetet fortsätter, liksom arbetet med våra kliniska riktlinjer, senast om intellektuell funktionsnedsättning, som också är temat för vår nästa utbildning för medlemmar. Vi intensifierar vårt samarbete med Gothia för spridning av riktlinjerna på bred front och anordnar en gemensam konferens för vårdpersonal. SPF blir allt oftare tillfrågade om deltagande som experter i olika sammanhang där psykiatrisk kompetens behövs inför viktiga beslut i vården och antalet samarbetsparter växer. Planeringen inför SPK pågår för fullt och deltagarantalet har ökat kraftigt under senare år. Medlemmar i styrelsen deltog i den Nordiska psykiatriska kongres-

sen och vi samarbetar med SKL i deras arbete för att sprida kunskap om psykisk sjukdom och suicidprevention. SPF har återigen anordnat en kongressresa som snabbt blev fulltecknad, denna gång till ECNP i Barcelona. Våra subsektioner blir fler och allt mer aktiva; det senaste tillskottet är en subsektion för äldrepsykiatri.

Så sammanfattningsvis, vår kunskap behövs, i stort och smått. SPF blir en allt viktigare aktör i många sammanhang och det betyder att vi måste vara fler! Använd den sammanfattning av fördelar med medlemskap som finns i detta nummer och sprid den! Uppmuntra yngre kollegor och andra att gå med så att utvecklingen mot vår vision helhetssyn och samverkan fortsätter. Vi ses på SPK!

**Ullakarin Nyberg**  
*Ordförande SPF*

Foto: Shutterstock/Marek Mierzejewski



# Hösttermin, val och mångfald

Höstterminen har startat och många barn har återvänt till, eller börjar skolan för första gången. En välfungerande skolgång, då man trivs och finner tillvaron meningsfull är en viktig skyddsfaktor för psykisk ohälsa och psykiatrisk sjukdom under uppväxten och senare under livet. Barnpsykiatrin står därför ständigt i kommunikation med skolans värld.

En ny avhandling ”Bullying, violence and mental distress among young people. Cross-sectional population-based studies in Scania, Sweden” bygger på flera tusen enkätsvar från skolelever och unga vuxna i Region Skånes folkhälsoenkäter och visar bland annat att elever med funktionsnedsättning har sämre hälsa och utsätts för mobbing och nätrakasserier ungefär dubbelt så ofta som klasskamrater utan funktionsnedsättning.

Med anledning av hur viktiga skolaren och skolmiljön är för att barn inte ska behöva insjukna i psykiatriska tillstånd och om de har insjuknat inte behöva förvärras i sina symptom och funktionsnedsättning välkomnar vi den **första kursen för blivande specialistläkare i skolhälsovård**. Del 1 startade i april 2018 och fortsätter med del 2 i oktober. Kursen har initierats av SSLF i samverkan med Institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Karolinska Institutet. Kursen ingår i Socialstyrelsens utbud av SK-kurser och leds av Josef Milerad och Lars Cernerud vid SSLF. Det är sannolikt att Socialstyrelsen kommer att annonsera kursen även för 2019, men då med del 1 och 2 direkt kopplade under en vecka, troligen i oktober. Håll utkik efter kursen i Socialstyrelsens kurskatalog för SK-kurser 2019!

Sfbup deltog i år i Almedalen och följde seminarierna i Psykisk hälsa huset. Almedalen präglades förstås av valåret men också av ambitionen att manifestera mångfald. Vi deltog i mångfaldsparaden och lyssnade på nästan samtliga partiledare som talade under en kort stund under ledning av RSFL:s ordförande. Våra samlade krafter behövs allt mer för att stå upp för människor som av någon anledning inte kan springa med i vardagens ekorrhjul, som aldrig kommit in ens från början, som blivit utputtade eller som halkat efter under årens gång. Genom att tillsammans välkomna och stå upp för mångfald i all dess bemärkelse blir vi alla rikare och helare som människor.



SARA LUNDQVIST  
Ordförande Svenska Föreningen för  
barn- och ungdomspsykiatri



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

**ORDFÖRANDE:** Sara Lundqvist  
(sara.lundqvist@vgregion.se)

**VICE ORDFÖRANDE:** Susanne Buchmayer  
(Susanne.buchmayer@gmail.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:** Ida Gebel  
(Ida\_gebel@hotmail.com)

SFBUP:s hemsida: [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

Sara Lundqvist  
Ordförande SFBUP

För definition av BUP:s uppdrag som Sfbup tillsammans med SKL och landets samtliga regioner och landsting enades om under 2018, se sidan 58

# Rop i skogen



Just för stunden sitter jag på bussen på väg till Umeå varvid tankarna får löpa fritt.

Den inre resan pratar man om i ett företag som går på rås men det är egentligen inte så stor skillnad mot bussföretaget Norrlandskusten.

Hösten har börjat visa sig smått och svampen går verkligen till, fastän många är de som tvivlat under den varma perioden.

Mannaminnat är kort, och det tycks som svensken glömmer det som varit bara efter några år.

Kanske är det därför utgången av valrörelsen är ovisst?

Inget parti utlovar bättre psykiatri – det får vi nog ordna själva.

Under hösten 2017 och våren 2018 har vi med visshet lyckats få insatt behandling med moderna mediciner för 100 % av våra patienter med Hepatit C och det har gått utan problem. Samarbetet med infektionskliniken i Norrbotten har varit UTMÄRKT och utvärderingar efterfrågas varvid Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen kommer att ordna möten i Stockholm inom bara någon månad.

Vad det är uppmuntrande med uppmärksammas framgång!

Uppmärksammat blir även sjukhuset i Vasa, Finland, som inledde sin verksamhet under den svenska stormaktstiden 1768 i inhyrda lokaliteter initialt med endast två vårdplatser (blev strax fler).

Under ryska kejsarväldet utvidgades sjukhuset. Vasa brann 1852 men sjukhuset bevarades och 1889 uppfördes en tillbyggnad i enlighet med kejsarlig förordning om mentalsjukvård, enligt vilken en upptagningsanstalt för själsligt sjuka inrättades. Denna psykiatri Vanha Vaasa firar flerhundraårigt jubileum i samband med Ghentgruppens årliga möte. För mig är det bussavstånd även detta och naturligtvis längtar jag efter psykiatri och bastu i kombination.



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



## 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:** Axel Haglund  
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

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

**KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:**  
Lars-Håkan Nilsson

**ST-LÄKARREPRESENTANT:** Jonatan Adling

**LEDAMÖTER:** Hannibal Ölund Alonso, Hedvig Krona

**HEMSIDEANSVARIG:** Jonatan Adling

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Ghentgruppen ska vara ett utrymme för framtidsfrågor och reflektioner och övergripande förhöjd kvalitet på rättspsykiatri i Europa. Sveriges psykiatrer är litet isolationistiska av sig i dessa sammanhang så vi kan och bör bättra oss.

Det finns ju också lokala frågor där jag med en dåres envishet vill propagera för extern kollegial granskning. Var finns du, Socialstyrelsen, i denna fråga? Var finns värden och vårdens ledning? Ett rop i skogen...

En annan viktig fråga för läkarutbildningen och för psykiatri i synnerhet är frågan om basutbildningens förändring och utmönstrande av AT. Vi bör kommentera, annars går vi miste om möjligheten att förebygga – bastjänstgöringen BT innebär inte obligatorisk psykiatriplacering och vi riskerar att få legitimerade kollegor med bristande kunskaper.

Vem vill det?

Ett nytt rop i skogen...

Men innan det blir vinter på riktigt är det nu skogen (med svampfynd ropas det här och var) och sjön som gäller.

Per-Axel Karlsson  
Ordförande SRPF

# SVENSK PSYKIATRI

*Skriv till oss*  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **14/11**  
Tema: Mot din vilja



## Utgivning 2018 - 2019

### NUMMER 4 2018

Tema: Mot din vilja

Deadline 14 november

Utkommer vecka 49

### NUMMER 1 2019

Deadline 6 februari

Utkommer vecka 10

### NUMMER 2 2019

Deadline 15 maj

Utkommer vecka 23

### NUMMER 3 2019

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

### NUMMER 4 2019

Deadline 13 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](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

## SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto: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 resonemangen 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



# ”Vi är två om det här”

Bakom varje individ med psykisk sjukdom står en anhörig som kämpar.

Jag sträcker mig efter kudden. Kramar den hårt och andas in doften. Jag är ensam. Han jobbar kväll, natt, morgon eller allt. Det är första passet av en rad sådana och jag är inte van riktigt än. Jag dubbelcheckar ytterdörren varje gång jag går förbi och går igenom dagen i huvudet. Har jag lämnat lägenheten utan att låsa så att någon skulle kunna gömma sig här?

Jag blir trött på mig själv och den utåt trygga Johanna är borta.

För mig betyder min anhörig allt. Jag är beroende av honom för att ta mig genom dagarna. Det handlar inte om att jag inte klarar mig själv, att jag skulle sluta äta eller att jag skulle sluta ta hand om mig själv om han inte var där. Nej, det handlar om trygghet, om glädje, att han vill förstå.

För han innebär det att det är han som måste finnas där när vården sviker, när myndigheterna ställer till det, när de som verkligen borde hjälpa låter bli.

När allt mer fokus sätts på oss som är sjuka, när stigmatiseringen minskar och vi blir som ”alla andra” får vi inte glömma bort alla de som står i bakgrunden. Det är långt kvar innan en psykisk diagnos inte ses som något smittsamt. Men på vägen dit får man inte glömma bort de anhöriga, de som också lider i det tysta, som skäms eller inte vågar berätta att de är just anhörig till en person med psykisk ohälsa.

När jag är uppgiven, gråter, när jag inte orkar mer, när jag ber honom att lämna mig brukar han säga ”Vi är två om det här”.

Lever man i ett förhållande där den ena parten lider av psykisk ohälsa blir det svårt att inte själv bli inblandad. Jag vet att om det skulle vara tvärtom, att jag skulle vara hans anhörig, så skulle jag inte orka i det långa loppet. Jag skulle kanske bli den som lämnar när han ber om det. Jag skulle kanske inte stanna kvar.

För jag har inte tålmodet som jag värdesätter så högt hos honom. Jag har inte energin som krävs för att få upp och i väg mig när det är som mörkast och jag har inte lusten att bromsa när livet börjar spinna på lite för fort.

Det är faktiskt helt sjukt vad en anhörig får stå ut med och oftast utan ens ett tack.

Utan alla anhöriga i Sverige skulle en betydligt större grupp av människor må dåligt och kanske aldrig komma tillbaka till den personen man var innan man blev sjuk. Men vem hjälper den som hjälper?

Vi i Riksförbundet Balans vänder oss till de med psykisk sjukdom och vi vänder oss till de som är anhöriga. För



Författarpresentation

Johanna Nyman, kommunikatör för Riksförbundet Balans.

Har egen erfarenhet av psykisk sjukdom i form av bipolär sjukdom.

Bor i Östersund i Jämtland län. Är 33 år och har en sambo

vi vet att båda grupperna kämpar. För bakom varje person som mår psykiskt dåligt så finns det också en anhörig.

När vi med psykisk sjukdom får hjälp får oftast den som är anhörig sitta kvar i väntrummet. Jag möter allt oftare personer som i sin närhet har någon som mår psykiskt dåligt. Frustrationen är stor när man ser hur personen lider men man vet inte hur man ska hjälpa.

Vi skriker, gråter och river våra hår för vi orkar inte. Bredvid står våra anhöriga och vill förstå.

Det handlar om att bli sedd, om att förebygga att fler blir sjuka. När det kommer till fysisk som psykisk sjukdom så drabbas det först och främst den sjuka personen själv. Men när ett brutet ben är läkt går livet sannolikt tillbaka till det normala igen. När en person insjuknar i psykisk sjukdom så blir personen bättre men livet går inte tillbaka till det normala. Den med psykisk sjukdom måste få hjälp. Men lika viktigt är det att de anhöriga, individerna, bakom de drabbade, får hjälp. Psykisk sjukdom smittar inte. Men för den skull betyder det inte att de anhöriga inte kan börja må psykiskt dåligt om man inte tar hand om dem.

Jag kramar dunkudden lite hårdare och längtar efter hans närhet. Jag brer ut mig över hela sängen och somnar snarkandes. Ovetandes är jag när han måste knuffa mig över på min sida och skaka liv i sin tillplattade kudde. Det blir en stunds vila innan livet rullar på igen.

**Johanna Nyman**

*Kommunikatör för Riksförbundet Balans  
Östersund*

# Att mista genom suicid

I mitt arbete har jag mött många människor som har mist en närstående genom suicid. I själva verket var det ett av dessa möten som gjorde att jag började arbeta med suicidfrågor. Jag var psykiaterkonsult på en mottagning för sörjande och träffade en familj vars tolvåring hade tagit sitt liv. De befann sig i en situation som är varje förälders mardröm och deras behov av professionell hjälp var mycket stort. De hade verkligen ansträngt sig för att få hjälp genom att ringa till alla tänkbara instanser, men ingen hade velat ta sig an deras ärende. Istället hade de blivit hänvisade än hit och än dit. Jag tyckte att det här var svårt att förstå, men sedan dess har jag träffat många som beskriver samma sak. En mamma sa: "Jag upplever två sorger i en. Min dotter är död, men ingen verkar vilja prata med mig om det. Ingen nämner hennes namn eller ber mig berätta. Det är som att alla tror att jag är gjord av glas och att jag ska gå sönder om de påminner mig om att hon är borta. Men ingenting kan ju bli värre än det redan är! Jag vill inget hellre än att prata om min dotter."

Det är vanligt att den som konfronteras med de många gånger fasansfulla konsekvenserna av ett självmord förlorar tron på sin egen förmåga. Det gäller både professionella och privatpersoner. Det finns en föreställning om att någon annan, en starkare arm än min, skulle vara bättre lämpad att hjälpa. Konsekvensen av den inställningen blir i värsta fall att man sviker den som har störst hjälpbehov. Jag bestämde mig för att försöka ändra på det.

Innan jag började arbeta inom psykiatrien jobbade jag i många år på Radiumhemmet och där disputerade jag inom strålnings-epidemiologi. Nu bytte jag forskningsbana. Jag utgick ifrån att de flesta individer som drabbas av sorg i samband med ett självmord vid något tillfälle har haft kontakt med vårdpersonal och att deras hjälpbehov är stora. Tillsammans med min doktorand, specialistsjuksköterskan Pernilla Omerov som sedermera disputerat på vår studie, pratade jag med drabbade och gick igenom befintlig litteratur. Det visade sig snart att många vars närstående har tagit sitt liv fått bristfällig eller obefintlig professionell hjälp och att det saknades riktlinjer för hur vården ska bedrivas för den här gruppen och vilka insatser som fungerar hjälpsamt.

Med syftet att råda bot på kunskapsbristen och skapa underlag för ett bättre omhändertagande började vi systematiskt intervjua förlustdrabbade föräldrar och syskon. Vi ville ta del av deras unika upplevelser genom att fråga dem själva. Våra intervjuer resulterade i ett studiespecifikt formulär som kom att innehålla 220 frågor om tiden före, under och efter dödsfallet.

Efter noggrann validering skickade vi formuläret till samtliga föräldrar som förlorat ett barn genom suicid under en treårsperiod.

Arbetet tog lång tid, eftersom motståndet var starkt mot att undersöka en grupp som betraktas som så sårbar som denna. I ett första skede fick vi avslag i samtliga instanser, eftersom uppfattningen att man inte kan tala om suicid utan att riskera att skada vilar tungt över vårt land. Däremot hade vi starkt stöd från personer som själva var drabbade och när vi efter flera överklaganden till slut lyckades få de tillstånd som behövdes för att genomföra studien blev svarsfrekvensen högre än förväntat (81 % sa ja till att vara med och 74 % skickade så småningom in sina ifyllda formulär).

Genom de 666 förlustdrabbade föräldrar som besvarade formulären och en matchad kontrollgrupp av föräldrar som inte mist ett barn fick vi ta del av viktig kunskap, som har legat till grund för framtagande av rutiner för stöd till närstående efter suicid. Det visade sig att våra farhågor om att den här gruppen är extra sårbar stämmer. En mycket hög andel har till exempel svåra depressiva symptom (25 %), svår ångestproblematik och skuld-känslor som de har svårt att hantera två till fem år efter barnets död. En lärdom som fick stor klinisk betydelse var att 96 % angav att de vill att vården tar aktiv kontakt med föräldrar som har förlorat ett barn genom suicid. En överväldigande majoritet (91 %) skulle rekommendera deltagande till andra personer och även om många tyckte att det hade varit jobbigt att fylla i formuläret eftersom svåra känslor väcktes till liv trodde bara två personer att den effekten skulle bli bestående.

Det är min erfarenhet att kontakt med närstående efter suicid kan vara en mycket stor hjälp i deras bearbetning och återhämtning. Det finns några principer som underlättar kontakten: en är att bara besvara de frågor som ställs, en annan att aldrig försvara vårdens agerande och en tredje att bekräfta det lidande som närstående ger uttryck för. Tydliga rutiner underlättar och den som vill kan få ta del av de rutiner som vi följer inom Norra Stockholms Psykiatri. Rutiner för stöd till personal är lika viktiga och en förutsättning för att medarbetare ska orka lära av den tragiska händelse som varje suicid är. Om vi vill behålla duktiga och engagerade kollegor i vår fina specialitet får stödet efter suicid aldrig glömmas bort!

**Ullakarín Nyberg**  
Ordförande SPF



## Svenska Psykiatriska Föreningen

### Det finns många fördelar med att vara medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen!



Svenska Psykiatriska föreningen verkar för att främja psykiatrins utveckling och psykiaterkårens utbildning och fortbildning. Föreningen är verksam i frågor som rör grundutbildning och specialisttjänstgöring. Vi samverkar med akademien, myndigheter och andra aktörer för att bidra till en bra psykiatri, alltid med vår vision Helhetssyn och Samverkan för ögonen. Medlemskap i föreningen är öppet för dig som ansluter dig till föreningens stadgar och som på detta sätt vill stödja utvecklingen av svensk psykiatri.

Därför ska du vara medlem i SPF:

Reducerad avgift till SPK  
Möjlighet att gå på fortbildningsaktiviteter - tex. "SPF fortbildar"  
Möjlighet att åka med på kongressresor som SPF arrangerar  
Prenumeration på Svensk Psykiatri och The Nordic Psychiatrist (online)

Medlemsavgift: 900 kronor. Pensionerad medlem: 700 kronor.  
ST-läkare betalar 450 kronor

Välkommen som medlem! Du kan redan nu anmäla dig:  
<http://www.svenskpsykiatri.se/om-spf/bli-medlem/>

SPFs styrelse



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

# ”Han var...underbar!”

## Om anhörigintervjuer eller det som inte går att dokumentera

”Det spelar inte så stor roll”, säger mamman, ”nuförtiden har nästan alla en diagnos, känns det som. Det är mer normalt att ha en diagnos än att inte ha en”. Pappan sitter tyst bredvid. Han hade svarat på frågan först. Sonen, patienten, är inte med. Han ville inte.

Det är en ynnest att få göra neuropsykiatriska utredningar. För mig, en fredad zon, där man faktiskt förväntas fördjupa sig, leta efter information från olika källor, hitta ledtrådar på oväntade ställen, med minimal risk för att någon ifrågasätter om det ena eller det andra verkligen är relevant för diagnostiken. Om det ”producerar” något mervärde eller inte. Just det, om jag visste exakt hur patienten och anhöriga kommer att svara på mina frågor, om jag visste vilka frågor som leder till de där avgörande ögonblicken, då skulle jag naturligtvis ändra min undersökningsteknik. Men man blir inte synsk för att man blir specialist, utan man bygger sin erfarenhet genom åren, bit för bit och ändå, alltid dyker det upp något nytt. En klok kollega har sagt, att den kunskapen man saknar, den saknar man inte. Man saknar inte heller den information om patienten, som man aldrig fick, för att man inte frågade. Men det som inte står i journalen, saknar man någonsin det?

För några år sedan granskade SBU studierna bakom olika hjälpmedel (observera: hjälpmedel) för neuropsykiatriska utredningar, med nästintill deprimerande resultat. Eller nej, de var inte deprimerande trots allt. För en av diagnostikens hörnstenar tål inte en randomiserad kontrollerad studie som SBU helst vill ha. Jag tror att vi är överens om att inget formulär någonsin kommer att kunna ersätta en anamnestic intervju med patientens anhöriga. Observera, intervju – ett samtal alltså. Kanske semistrukturerad, ändå svår att granska och jämföra med andra, omöjlig att blinda, utfallet ovisst. Psykiatrin, när den är som bäst: gå in med öppet sinne, ha en plan men se till att den är flexibel och se vad som händer. Det brukar komma fram väldigt mycket värdefull information: en hel del som jag som kliniker behöver, lite som jag inte behöver och en del som jag inte visste att jag behövde. De flesta gångerna får jag dessutom lära mig någonting: något som jag behöver, som läkare eller som människa, och något som jag inte visste att jag behövde.

När det är dags att dokumentera intervjun kommer verkligheten ikapp en. Jag ska inte orda om varför journaltexten ska vara stringent, det finns gott om ordrika dokument om just det. Jag kan inte ens vara säker att någon faktiskt kommer att läsa det jag skrivit. En sak kan jag dock vara helt säker på. Det jag inte skriver, kommer inte någon att få veta. Visst kan jag lyfta på luren när jag remitterar patienten vidare. Men sedan blir det

nästa och nästa. Till slut kommer vissa saker bara att finnas kvar i minnet hos de som var med. Anhöriga, psykologen och jag. Det kan man också ifrågasätta, varför minnas någonting som inte är tillräckligt ”viktigt” för att skrivas i journalen? Eller snarare, varför är det just sådant som man inte dokumenterar, det som etsar sig fast? Ord som fick samtalet att vända, känslor som jag inte visste var möjliga, personer som lärt mig något viktigt, situationer som gjort mig till en bättre läkare, till en bättre människa. Visst är läkarens praktik så mycket mer än det som står i journalen. Att påstå något annat är en obehaglig missuppfattning.

”Han var... underbar!” De flesta anhöriga svarar precis så, eller någon variant av det, när man ställer en öppen fråga och låter dem berätta fritt. Vi får aldrig glömma att vi faktiskt inkräktar på människors privata sfär, på sätt och vis. Hur var det när ditt barn var litet? Hur var det när ni växte upp? Vad är det för fel egentligen? Det är klart de ska få chansen att säga att deras barn eller syskon var snäll, söt, charmig, omtänksam, helt enkelt underbar. Det är inte bara den informationen jag är ute efter, utan det som sägs mellan raderna. Kanske borde vi dokumentera kärlek, värme och omtanke, trots allt. Finns de, hur kommer de till uttryck? Hur är atmosfären i rummet? Det kan vara avgörande för prognosen. Att plötsligt se kärleken glittra i förälderns eller syskonets ögon, det säger mer än tusen ord. Det går att sammanfatta, men inte att återge alla nyanser som bland annat talar om för mig om patienten kommer att få stöd av sina nära, och i vilken riktning. Om anhörigas resa dittills, om de är någorlunda redo för ett diagnosbesked eller inte. Det säger mig hur jag ska lägga upp återgivningen, redan vid första samtalet. Tyst kunskap som man inser att man saknat, först när man fått den.

**Alessandra Hedlund**

*Psykiater  
Stockholm*



## Att möta små barn och deras föräldrar i världen Om anknytning, utveckling och samspel

Pia Risholm Mothander och Anders Broberg  
Natur & Kultur., 2018

### Ödesdiger kortsynthet

En av det moderna samhällets största gåtor är varför det satsas så relativt lite på barn och barnfamiljer. I ett så lönsamhetsinriktat samhälle som vårt kan man tycka att det vore självklart att investera i de "projekt" som ger störst avkastning. Avkastningen på bra omhändertagande av barn redan från starten och stöd på olika nivåer till barnfamiljer ger allt bättre utdelning med åren. Riskerna för felutveckling är redan väl kliniskt kända och forskningsdokumenterade. Viktiga "spin-off"-effekter, förutom vad gäller subjektivt välbefinnande, kan vara ökad individuell tillit till samhället och bättre "sammhällsanknytning".

### Angeläget bidrag

I boken *Att möta små barn och deras föräldrar i världen. Om anknytning, utveckling och samspel* av Pia Risholm Mothander och Anders Broberg – båda psykologer, kliniker, forskare och välrenommerade författare – lyfts den forsknings- och praktikbaserade kunskap fram som vårdpersonal har mest användning för vad gäller barn upp till tre år. Fokus ligger övervägande på samspel mellan barn- och föräldrafaktorer och rör sig i fältet emellan den kliniska småbarnspsykiatrien och rådgivning till småbarnsföräldrar. Under denna period är föräldrar vanligen barns i särklass viktigaste anhöriga och kommer att så förbli under många år framöver.

### Bokens uppläggning

Författarna tar upp utvecklingsaspekter vad gäller graviditeten och problem kring denna, hjärnan och dess utveckling, anknytning/bindning, temperament och funktioner som familjeliv och samspel kring barnets behov i vardagen. De beskriver de samhälleliga stödfunktionerna som inte bara gäller universella/förebyggande insatser och selektiva/riktade, styrda av riskfaktorer, utan också behandling fokuserande på manifesterade problem. De generella ramarna för resonemang om samverkan och utveckling på olika nivåer är dels Bronfenbrenners utvecklings ekologiska modell och dels transaktionsteori. Avslutningsvis kopplar de sin framställning till yrken som barnmorskor och sjuksköterskor. Dessas behov av och rätt till handledning betonas med bland annat möjligheter att reflektera över när "annorlunda" övergår till "onormalt".

### Några infallsvinklar

Författarna betonar att den biologiska mor-barnrelationen är speciell under graviditeten men också har bäring på den för-

sta tiden efter födelsen även om andra i föräldraroller så småningom "kommer ikapp". Den grå substansen i den biologiska moderns hjärna förändras under graviditeten på ett sätt som ökar kvaliteten på bindningen till barnet, med kvarstående effekt under två år. Ju bättre parrelationen är desto bättre och snabbare utvecklas pappans/medföräldrarnas bindning till barnet.

Avsnittet om anknytning, bindning och omsorg, författarnas verkliga "home ground", är helt föredömligt i formuleringsnivå, innehållsurval och balans. Anknytningen är relationsspecifik och fungerar som en termostat och mönstret beskriver relationen mellan ett barn och en specifik vuxen. Detta kan innebära en trygg anknytningsrelation till en förälder och en otrygg till den andra.

Temperament handlar om hur barnet reagerar på signaler från omgivningen. Flertalet temperamentsvariabler stabiliseras från tre års ålder. "Svåra", lätt irriterbara barn ställer stora krav på omgivningen och kan medföra en sårbarhet, vad gäller kommande känslomässig reglering framför allt i kombination med blyghet eller impulsivitet. Här blir vuxenvärldens affektintoning i kontakten med barnet helt central. Författarna tar upp regleringsteman, sömn, mat, toa, egna viljan och pekar på vikten av förståelse, reparation och försoning när missförstånd och konflikter uppstår.

Uppfostran underlättas om föräldrarna vågar lita på barnens grundläggande benägenhet att söka vägledning, vilja passa in – socialiseras. De betonar, inte minst på evolutionspsykologiska grunder, vikten av att det finns tillräckligt många vuxna runt barnet för att garantera ett "allföräldraskap" (it takes a village to raise a child) med tillräcklig omsorg och anknytningsmöjlighet. Detta förutsätter samarbetsförmåga mellan föräldrar, mellan dessa och till exempel förskolan. Detta gäller inte minst vid växelvis boende med de risker för "glapp" som detta kan medföra om rättvisa mellan föräldrarna i praktiken är högre prioriterat än omsorg om barnet.

Författarna pläderar för "familjecentraler" som organisationsform med BMM-BVC, öppen förskola och socialtjänst i samma lokaler vilket underlättar samordning av stödjande insatser.



Författarna går igenom kända risk- och friskfaktorer hos barn och föräldrar, särskilt problematiken med för tidigt födda barn, inte minst vad gäller osäkerheten hos föräldrarna och deras stora behov av professionellt stöd då deras krisreaktioner ofta inte "släpps fram" förrän efter något år. Även adoptivfamiljer kan behöva stöd till exempel kring anknytningssituationen. Svårt kroniskt sjuka eller svårt funktionsnedsatta barn innebär stora och långvariga påfrestningar på familjen, inte minst på syskonen. Det räcker inte med att ett enskilt sårbart barn blir hjälpt, utan planeringen måste också innefatta hur familjen ska kunna utveckla och bibehålla en fungerande livssituation över tid. Svårigheterna att upprätthålla en tillräcklig omsorgsnivå blir än större om föräldrarna som individer och som par har egna svårigheter: traumatisering, psykisk sjukdom, missbruk, eller osämja, i värsta fall våldsam.

### **Innehållsrikt och lätt tillgängligt**

Tillgången till texten underlättas av att kapitlet inleds med en specifikation av vad läsaren kan förvänta sig att veta mer om efter genomläsningen och avslutas med en kort sammanfattning. Framställningen konkretiseras genom illustrativa vinjetter som ger läsaren närhet till den verklighet som skildras. Författarnas medarbetare Maria Lind och Malin Broberg ger välskrivna, inträngande och bitvis också berörande bidrag beträffande familjer med funktionsnedsatta barn. Genom det respektfulla tilltalet och den pedagogiska stringensen i framställningen förefaller boken klart användbar och angelägen inte bara för professionella. Även om den inte är en explicit politisk plädering utan en väl balanserad lärobok i ämnet skulle man önska den på politikens obligatoriska läslista.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*

Foto: Shutterstock/Sychugina



# Anhöriga är vi allihopa – du med och jag med

Vi har valt att se den som är anhörig som både dig och mig. Men det kan även vara ”mannen på gatan” för även han är ju anhörig till någon eftersom han är det själv. I vår anhörigbok *Hotande närhet: om borderlinerelationer* (Studentlitteratur, 2012) skriver vi under rubriken definitioner av begrepp att *Anhörig* är: ”Make/maka, partner, barn, förälder eller annan närstående som påverkas av borderlinepersonens beteende. Anhörigtermen säger ingenting om personens egen fysiska och mentala hälsa. Även skol- och dagispersonal, nära arbetskollegor, vänner och bekanta (också relativt anonyma personer, till exempel kassörskan i närmaste livsmedelsaffär) kan bli måltavla för borderlinepersonens stingsliga reaktioner och lynniga humör.” Så enligt definitionen är vi alltså alla anhöriga till någon, med ett därtill hörande ansvarsmedvetande: med allt vad det innebär av omtanke och pliktskyldighet. Självklart är det även så för en människa som lider av fysisk och psykisk ohälsa, visserligen i mån av förmåga och kraft: En förmåga och kraft som dessbättre utvecklas med uppgiften: Oavhängigt av hur man eventuellt mår och offerrollens riskabla, och ofta paralyserande effekt på både individ och omgivning. Det är ju, trots allt, omtanken om medmänniskan (den anhöriga) som får oss att må bättre och känna mening med livet: Att se bortom sin egen självgodhet. Termen anhörig har idag också aktualiserats i samband med diskussionen om anhöriginvandring. Något man kan fundera vidare på.

I andra sammanhang talar man om närstående och anhöriga i betydelsen den som sköter och vårdar en annan person. I psykiatri är det patienten som själv får uppge vem som är närmast anhörig. Den anhöriga är den som kontaktas om något allvarligt händer med patienten då hen befinner sig hos behandlaren samt den som har rätt att få tillgång till patientens journal om patienten dör. I detta fall kan den anhöriga vara en vän, granne eller någon som patienten ser som sin närstående.

Inom psykiatri har det i olika perioder satsats på kontakt, utbildning och samarbete med anhöriga till långtidssjuka och nyinsjuknade patienter. Det har då varit patientens problematik och symptom som varit i fokus. Anhöriga har ansetts vara en läkande resurs inom vården, och att ett gott samarbete gagnar patients tillfrisknande och fortsatta livskvalité. Ett arbete som utan tvivel gynnat behandlare, anhöriga och patienter.

Vi har tidigare i våra böcker riktat oss till anhöriga till personlighetsstörda personer och sett problematiken ur den anhörigas perspektiv, samt gett stöd och råd om hur att hantera de trass-

liga relationer de hamnat i. Dock inte utan egen förskyllan. Detta perspektiv är också inriktat på den andres symptom och problematik.

## Point finger to self

I det följande vill vi vidga det perspektivet och göra mer som Dalai Lama lärt: ”*point finger to self*”. Eftersom vi alla är anhöriga och på så sätt involverade i olika relationer till människor som står oss nära blir frågan hur vi skall hantera oss själva i relation till den ”sjuke”, ”störde” eller ”behövande” viktig. Vi är ju så vana vid att se den andre och de fel och brister hen har. Något som det varnades för redan vid vår tideräknings början då Jesus i sin Bergspredikan sade: ”*Varför ser du flisan i din broders öga när du inte märker bjälken i ditt eget och hur kan du säga till din broder: låt mig ta bort flisan ur ditt öga – du som har en bjälke i ditt eget öga?*”.

När det behövs tar vi hand om och vårdar dem som är i behov av oss och vår hjälpinsats. Det tillhör livet och ingår i det som förväntas av oss. Det är så vi är fostrade och fortsätter fostra nästa generation att se på sin nästa och agera i det offentliga rummet; ge plats för den äldre, visa respekt för den som behöver ta längre tid på sig, inte tränga sig före i kön etc. Varje nära relation innebär således att ta ansvar för både relationen och den andre, och inte minst att kunna hantera sig själv; sina tankar, känslor och handlingar. I så kallade ”svåra” relationer med människor som har allvarliga psykiska störningar talar man ofta om medberoende, vilket det finns olika behandlingsmodeller för att ta sig ur. Våra två böcker för anhöriga och vårdpersonal avseende borderline och narcissistisk personlighetsproblematik ger en del nyttigt att tänka på.

Efter att ha läst Bruno Bettelheims bok: ”*Dialogues with mothers*” (Avon Books, 1978) återaktualiserades just perspektivet att ställa sig själv under luppen – *point finger to self*. I boken refereras det till några av hans samtal med föräldrar som har frågor till honom om deras barns (oroande) agerande, och hur de som föräldrar skall hantera det. Bettelheim vänder deras frågor mot dem själva: *Om du hade agerat som ditt barn, varför hade du i så fall gjort så?* Genom att sätta fokus på föräldrarna får han dem att reflektera över sig själva och deras egna reaktioner och samtidigt ges en ökad förståelse för barnet. Barnet blir inte ”den andre” som betraktas och skall ”åtgärdas”. Som sagt, *point finger to self*.

## Agera eller reflektera

Det är så vi ser på den anhöriga; att vi själva behöver gå åt sidan och reflektera i stället för att, i första hand, agera på den

andres beteende. När vi agerar utan att reflektera, och låter oss styras av andra, aktiveras en passiv självbild (inlärdd hjälplöshet) med en fix idé att man är ett offer för andra; utsatt och förödmjukad. Inte helt olikt ett *självbedrägligt* agerande. ”Denna upptagenhet av andras mentala aktivitet (vad de tycker, tänker och känner; vad de önskar och vill, är och har) undergräver den egna. Sysslar man med andras kort kan man omöjligt sköta sina egna” (*Det finns ju gränser*, C Davidson, Altum, 1990). Sålunda hör man den självbedrägliga människan ständigt tala om ”de andra”, i stället för att tala om sig själv: Det vill säga, vem man är och eventuellt har att bidra med för att inge respekt och bli tagen på allvar: Samt den del och delaktighet man själv har gällandes det man så oreflekterat anklagar andra för – alltid någon annan.

I det psykiatriska arbetet med anhöriga menar vi att det är den anhörigas självbild som skall klarläggas: är det en reflekterad hållning att ta ansvar för relationen till den andre eller är det andra mekanismer som styr? Man kanske agerar medberoende medvetet?

Vi är väl medvetna om relationers komplexa och snirkliga innehåll och just därför anser vi det viktigt att göra arbetet med människors relationer så enkelt och tydligt som möjligt. Att ha ambitionen att förstå en relations ”innersta väsen och drivkrafter” är vi ödmjuka nog att inte ha. Att ha och ta ansvar för den andre gäller alla, oavsett sjukdom eller problematik. I arbetet med psykiskt sjuka patienter är självklart relationer till de nära och kära lika variationsrika som antal människor. Och att goda relationer gör väl och får oss att må bättre är en oemotsagd sanning. Hur gör man då i vården? Svaret är enkelt: *point finger to self*. Vad vill behandlaren? Vilket syfte har anhörigarbetet? Vem har initierat det?

### Om otacksamhet

I den psykiatriska vården kan man som behandlare också ha en dubbel och snudd på kuslig (uncanny) roll i den utsatta roll man befinner sig i sitt yrkesutövande: En upplevelse att vara fjättrad kan därför förekomma. Dels att stå på patientens sida och hjälpa och kanske bota hen från sina symptom och dels åliggande, en skyldighet att anmäla patienten till exempelvis barnavårdsnämnden om barn är inblandade och magkänslan säger att barnet far illa; kontakta polismyndighet om patienten är deprimerad, har suicidtankar och äger vapen; vid minsta misstanke om att vara olämplig vid exempelvis bilkörning och/eller yrkesmässiga avseenden etc. I sådana fall blir behandlaren avlastad om en nära anhörig finns med. Vi menar att öppenhet och ärlighet från behandlaren är det enda sättet att etablera ett förtroende hos både patient och anhöriga och att behandlaren roll enligt ovan är av dubiös karaktär. Man kanske har ett krav på sig att vara bättre och generösare i sin helande funktion som

behandlare än vad man alltid mäktar med: Mer uppoffrande, vilket ibland tas emot som att man inte gör (åtgärddar) tillräckligt och därför uppfattas som ett uttryck för otacksamhet. Man tycker att man hjälper och stöttar utan att få något tillbaka, känner sig utnyttjad. Denna form av otacksamhet är, enligt stoikern och tragediförfattaren Seneca (omkr. 4 f kr - 65 e kr), aldrig obegriplig. Han skrev:

”Jag förstår det mycket väl. Otacksamhet är aldrig obegriplig. Jag har mött den oftare än tacksamheten. Man kan därför inte kalla den onaturlig eller omänsklig. Tvärtom. Otacksamhet är mycket mänsklig. Människor som vi har skadat hämnas mera sällan än de som vi har hjälpt. De som är oss tack skyldiga börjar hata oss förr eller senare. Det har en enkel förklaring. De som har tagit emot pengar eller annan form av hjälp, intellektuell inbegripen, känner sig förödmjukade av att ha tagit emot det och vill hämnas sin bitterhet. Man ser hela tiden hur den skyddade vänder sig mot sin välgörare som aldrig hade väntat sig det. Men den vise är beredd på det. Han vet att människor som vi stödjer inte älskar oss. Tvärtom, det är vi som älskar dem som vi har hjälpt. Ju mer vi gjort för dem desto mer älskar vi dem. Vi älskar vår egen tillgivenhet och våra uppoffringar. Vi älskar vår egen makt, vårt eget medlidande. Men föremålet för vår kärlek känner endast en förödmjukelse som det inte gärna vill minnas.”

Ord och inga visor.

**Gunilla Nilson och Thomas Silfving**

*Psykologer och författare*

Böckerna *Hotande Närhet* (2012) och *Narcissistens Spegel* (2015), Studentlitteratur, vänder sig främst till anhöriga och vårdpersonal. Böckerna är skrivna så att de med behållning kan läsas av alla intresserade.



# Anhöriga, medberoende och anknytning

## Anhörig inom psykiatri och barnpsykiatri

Anhörig är enligt Socialstyrelsen en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. Närstående är en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

I många texter blandar man begreppen eller använder dem synonymt. I detta sammanhang använder jag anhörig i meningen en närstående person som ofta men inte nödvändigtvis är tillhörig familj eller släkt men som är psykologiskt betydelsefull för en patient. Vissa av dessa anhöriga kan ur psykologisk synpunkt fungera som anknytningsobjekt. I relation till denna kan något av patientens anknytningsmönster aktiveras i situationer när patienten behöver trygghet, stöd och tröst. Utgångspunkten för det fortsatta resonemanget är att en person under sin barndom har kunnat utveckla olika anknytningsmönster till viktiga personer, en trygg anknytning till sin mamma och en otrygg till sin pappa/medförälder eller tvärt om.

Inom barn- och ungdomspsykiatri, men också inom vuxenpsykiatri, kan anhöriga i den mening jag här använder begreppet vara viktiga som anknytningsobjekt. Inom barnpsykiatri rör det sig framför allt, men dock inte bara, om föräldrar. I kontakt med vuxenpsykiatri är patientens anhörig visserligen ofta också en förälder, men också en partner, syskon eller annan viktig närstående.

Hur ter sig anhörigrollen om den också är patientens anknytningsobjekt? Anhöriga kan erfarenhetsmässigt under åren ha känt sig åsidosatta, "bortglömda", avvisade eller nonchalerade vilket kan ha varit särskilt smärtsamt om en anhörig samtidigt är patientens viktigaste eller kanske enda anknytningsobjekt. Vuxenpsykiatri tycks, utom möjligen vad gäller unga vuxna, i första hand individinriktad och endast undantagsvis systeminriktad. Arbete med patienten-i-systemet, till exempel familjen, där detta system skulle ha en given plats vad gäller utredning och/eller behandling är ingen självklarhet.

När man inom psykiatri ser på en anhörigs relation till patienten och vederbörandes problematik talar man ibland om "medberoende". Mest har det väl använts vid missbruk/beroendeproblematik till exempel vid anhörigas förhållningssätt till en närståendes alkohol eller drogkonsumtion. Men man kan också se medberoende som en möjlig aspekt av en anhörigs roll i förhållande till en patients problematik mer generellt.

## Medberoende i vidare perspektiv

Man kan sålunda vidga perspektivet och se på samspelet mellan den anhörige och patienten vad gäller interaktionen kring den psykiatriska symtomatologin överhuvudtaget. Tycks den anhöriges förhållningssätt förstärka symtomen eller minska dem? Fungerar den anhöriges förhållningssätt – avsett att hjälpa patienten – i första hand för den anhörige själv som en

avlastning/ångestdämpning och affektiv reglering för egna skuld känslor, eller för att reglera de känslor och beteenden hos patienten som skulle riskera att framkalla irritation, vrede, rädsla och/eller maktlöshet hos den anhörige? Den anhöriges bidrag till problemlösning i nuet kan alltså bidra till fördjupad problematik på sikt utan att detta naturligtvis är syftet. Ofta kan både "själviska", altruistiska och omedvetet aggressiva motiv flätas i varandra.

## Medberoende och anknytning

Inte sällan är den "medberoende" anhörige sålunda en anknytningsperson till vilken patienten vänder sig med sina såväl vuxna som barnsliga eller barnlika behov av skydd, tröst och stöd. Men i nära relationer, inte minst inom par, är anknytningsrelationen inte sällan dubbelsidig, men det kan den också vara mellan föräldrar och vuxna barn. När det gäller föräldrar i hög ålder är anknytningsrelationen ofta helt omvänd då vuxna barn tar hand om sin förälder. Den anhöriges förhållningssätt till patienten kan styras av ett behov av att bibehålla patienten som potentiellt anknytningsobjekt och inte utsätta relationen för påfrestningar som gör att patienten skulle dra sig undan sin roll som anknytningsobjekt. Det bibliska uttrycket "bären varandras bördor" har bäring på mänskliga relationer i allmänhet men på parrelationer med ömsesidig anknytning i synnerhet. En part i relationen kan "stå för oro och kontroll" och den andra för "stöd och större frihet". Det fungerar bra tills den oroliga, genom livserfarenheter eller terapi blir mindre orolig och friare. Då kan den andra parten – ofta till sin förvåning finna sig blir betydligt mer orolig och kontrollerande och det blir tydligt att den första partens upplevda och uttryckta oro har "tagit hand om", täckt över eller dränerat den senares. Detta kan rubba balansen i relationen på ett sätt som snarare fångas i formuleringen "varen varandras bördor".

Om man ska kunna hjälpa en anhörig till ett konstruktivt förhållningssätt i förhållande till en patients symtomatologi kan det vara viktigt göra en omsorgsfull utvärdering av vad den anhörige har för funktion i upprätthållandet av symtomatologin och om det föreligger en ömsesidig anknytningsrelation och bistå den anhöriga att hantera detta beroende som kan vara en förutsättning eller en del av en förutsättning för att patientens symtom ska minska.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



Foto: Shutterstock/YAKOBCHUK VIACHESLAV

## Vårt personliga ansvar att samverka med närstående till våra psykiatriska patienter

Vuxenpsykiatrin har under många år brustit när det gäller att inse närståendes/anhörigas behov av stöd, dels för att hjälpa de sjuka och dels för att själva orka. Jag tror det kan finnas två huvudanledningar till detta. Enligt en föräldrad psykodynamisk teori sågs de anhöriga ibland som orsak till störningen; t.ex. den "schizofrena mamman". Man kunde t.ex. uppleva att patienten mådde sämre efter en anhörigs besök i slutenvården. En annan huvudanledning kan ha att göra med nerdragningar och svagt ledarskap, med bristande kunskaper om den kliniska verkligheten hos chefer.

Det finns givetvis inom psykiatrin mycket duktiga medarbetare, som gör en bra insats för att stödja både de sjuka och anhöriga, men stora brister finns. Idag försöker man ofta dölja sig bakom en "tystnadsplikt" för att slippa ta in frågan. Skäms man inför att möta de anhöriga inför alla svårigheter och brister inom psykiatrin? Den psykiskt störde har ju oftast mycket mer

kontakt och stöd från närstående/anhöriga än från psykiatrin. I det psykiatriska arbetet skall det därför vara en *obligatorisk* uppgift att vid behov ha kontakt med anhöriga.

Här några konkreta förslag:

### 1. Samtal med patienten och den anhörige vid besök i öppen vård

När behandlaren hälsar på patienten i väntrummet, hälsar man också på den närstående/anhörige. Man frågar patienten om man i slutet av samtalet också får ta in den närstående. Jag har nästan aldrig varit med om ett nej här. När jag arbetade på en mottagning för unga vuxna, hände det ibland att t.ex. en mamma trängde sig på och ville vara med från början. Om jag aldrig tidigare träffat patienten brukade jag säga "Vad bra att du är med. Jag har ju aldrig träffat din dotter förut, så jag vill börja med att prata ensam med henne. Det kanske är något som hon inte tycker du skall höra. Sedan ber jag också dig komma in". Nästan alltid har

den anhörige därmed känt sig trygg. Att skapa tillit har inte bara med tid att göra utan också med förhållningssätt.

Om jag träffat en patient ensam flera gånger, fått en social anamnes och vi utrett de psykiska besvären, ber jag patienten att vid nästa besök ta med sin partner, förälder eller annan närstående för ett gemensamt samtal. Det brukar fungera mycket bra. Självklart skall närstående inte vara med vid alla besök t.ex. i psykoterapi, men för varje patient skall en inbjudan till samtal med patient och närstående finnas

## 2. Samtal med patient och anhörig i slutenvård

Vid inläggning i slutenvård skall en erbjudan om samtal och bedömning tillsammans för patient och anhörig alltså ske och göras efter någon dag. Det kan naturligtvis vara svårt om man skickar hem patienten redan nästa dag. Då skall samtalet istället ske i öppenvården. Självklart skall patienten godkänna kontakten.

## 3. Anhörigas möjlighet att själva få stöd på mottagningen

I vissa lägen med svårt störda patienter skall anhöriga själva få träffa en annan medarbetare än den patienten träffar. Syftet är att få allmän information, berätta om sina svårigheter och få stöd att förhålla sig till den sjuke. Man upprättar då ingen egen journal utan noterar bara i patientens journal att ett stödjande möte med anhörig hållits. Patienten är medveten om träffen.

## 4. Anhörigrupper

Psykiatrien bör erbjuda anhöriga träff i grupp beträffande vissa frågeställningar, t.ex. ADHD, bipolära sjukdomar, psykoser m.m. Det här är något som faktiskt sker idag, men det kanske främst är starka anhöriga som kommer. Otrygga anhöriga behöver stöd istället genom alternativ 3.

## 5. Bevakning av hur barn till den sjuke har det

På varje mottagning skall det finnas medarbetare som har som specialuppgift att kontrollera och följa upp hur barn till svårt sjuka har det. Här skall man bl.a. gå igenom medarbetarens journaler för att se hur frågan behandlats. Ibland kan barnen ha gott stöd från andra anhöriga t.ex. mor/färföräldrar. Ibland kan kontakt med barn- och ungdomspsykiatri behövas och ibland skall orosanmälan till Socialtjänsten göras. Har man en tillitsfull kontakt med den sjuke, kan denne t.o.m. tycka det är bra att barnen får särskilt stöd, som kan utformas på olika sätt. En orosanmälan kan då bli avdramatiserad, vilket jag har varit med om. Avgörande är att man inte släpper ärendet utan samverkar med andra, t.ex. Socialtjänsten. Brist på tid och resurser kan dessvärre inverka här.

Ibland kan anhöriga vara upprörda över hur de behandlats. Är du professionell behöver du inte själv gå i taket. Du kan leva dig in i de svårigheter som är den anhöriges vardag i förhållande till den svårt sjuke. Du behöver inte försvara psykiatrien, men du ska försöka förbättra kontakten. För att ge en bra vård räcker det inte alltid att bara träffa patienten och dennes närstående, utan en viktig del är stöd och struktur i den övriga sociala omgivningen, boende, arbetsplats m.m. Det här är en viktig och obligatorisk uppgift för psykiatrien.

Lars Albinsson

*Med.dr., specialist i psykiatri*

Denna artikel publicerades ursprungligen i Svensk Psykiatri 2017 nr 2. I samråd med författaren tar vi in den igen då den ansluter väl till detta nummers tema.





## Psykiaterns bästa vän

**”Ibland vill man bara strypa dem!” utbrast min annars så balanserade basgruppshandledare på läkarutbildningen. Den seniore barnläkaren åsyftade föräldrarna till hans patienter. Värst var sjukvårdspersonal och ingenjörer. Handledaren osade vidare: ”Kanske ingenjörerna är värst ändå. De ritar grafer över barnens mätvärden och tycker sig se trender och önskar sig kontroll”. Vi inom psykiatrin kan också möta krävande anhöriga, även om det ofta tar sig andra uttryck.**

Vi kan i ännu högre grad än somatiken råka ut för anhöriga som tror att de kan vårt jobb bättre än vi själva. Visst känner vanligen den anhörige patienten bättre än vi gör, men det finns också ett mått av ”tyckiatri”. Särskilt tålamodsprövande kan det vara när man möter någon som har förutfattade och negativa meningar mot våra behandlingar. Förutom att sådan antipsykiatrisk faktaresistens är allmänt pulshöjande riskerar det att leda till att en psykiskt sjuk patient inte får optimal behandling. Många gånger tar särskilt de svårt sjuka patienterna intryck av sina anhöriga och om de är emot behandlingen minskar sannolikheten att patienterna tar den. Förklaringarna till psykiatrisk antipati kan vara många, men ofta finns där en svårighet för den anhörige att acceptera att den som står honom/henne nära är psykiskt sjuk. Denna kategori av anhöriga ser ofta någon förklaring i livsmiljön till att patienten mår dåligt. Genom att bagatellisera nyttan av psykiatrisk behandling kan den anhörige intala sig att patienten i själva verket inte ska beskrivas som sjuk. Vidare finns det ofta vid psykisk sjukdom ett mått av skuld känslor hos de närstående, eftersom det finns föreställningar om att vi formar människorna i vår omgivning mer än vad vi faktiskt gör.

Det gäller dock att vara ödmjuk, det kan vara svårt att vara anhörig till någon som är psykiskt sjuk. Många gånger medför den psykiska störningen beteenden som kan vara besvärande. Jag minns den äldre gentleman som var gift med en 85-årig kvinna med en för åldern osedvanligt aktiv emotionellt instabil personlighetsstörning. Kvinnan hade just gjort en dramatisk

tablettintoxikation inför öppen ridå. När jag frågade mannen om han var orolig för att hans fru skulle suicidera utbrast han: ”Det är större risk att jag tar livet av mig!”. Suicidhot och utspel kan ha en nedbrytande effekt på omgivningen. Vidare kan den psykiska sjukdomen vara funktionsnedsättande, så att den drabbade behöver mycket hjälp, en börda på anhörigas axlar. Under en vårdplanering med kommunen tillfrågades frun till en mycket sjuk och alkoholskadad herre om det kanske trots allt vore det bästa om patienten kom hem, med lite hemtjänst och matlådor och så. Blytungta sekunder senare svarade hus-trun: ”Det blir för tungt”.

För många psykiatriska patienter glesnar skaran omkring dem i proportion till deras sjukdomsbörda. Den bipolära patienten bränner sina skepp, och efter några manier kan han/hon stå där ganska ensam. Den anhörige som då hänger kvar, trots obalans mellan nöd och lust, blir helt ovärderlig. Hur viktiga anhöriga är märks allt som oftast när de inte är där. Det är vanligt att också svårt sjuka patienter klarar sig hyggligt tack vare heroiska insatser från någon i familjen. När denne anhörig sedan av någon anledning inte längre finns med i bilden kan i värsta fall mattan ryckas bort fullkomligt och patienten kan rentav behöva läggas in på en psykiatrisk vårdavdelning. För de flesta, patienter så väl som andra, är de anhöriga det viktigaste. Alternativet är ju att vara ensam. Min ST-handledare formulerade fint värdet av anhöriga för just psykiatris patienter: ”Det blir så mycket bättre om de har någon som tycker om dem”.

**Mikael Tiger**  
Psykiater  
Stockholm



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

## Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Efter en fantastisk lång och varm sommar står nu hösten för dörren med spännande utmaningar, många nya erfarenheter och en "re-run" med promemorian om nya sexåriga läkarutbildningen och den efterföljande bas-tjänstgöringen som är ute på remiss. I remissvaret kommer SPF ånyo understryka vikten av ett genuint psykiatriskt innehåll i bas-tjänstgöringen, att utbildningen sker på psykiatrisk klinik och att det ska vara en tre månader lång obligatorisk psykiatriplacering.

Temat för detta nummer är anhörig. Att vara anhörig till någon med psykisk sjukdom är inte sällan mycket krävande. Det kan innebära allt från att vara ständigt tillgänglig dygnet runt till att inte alls bli insläppt eller delaktig i den psykiskt sjukes liv och vård. Anhöriga kan tvingas begränsa, eller helt avbryta, sitt personliga engagemang för att de inte orkar med belast-

ningen det innebär att vara anhörig till någon svårt psykiskt sjuk eller med ett avancerat beroende. Man bör sträva efter att minska anhörigas lidande. Anhöriga kan behöva eget stöd av sjukvården eller anhörigorganisationer och bör uppmärksammas av vården.

Anhöriga kan i hög grad bidra med kunskap om våra patienter. Det är viktigt att om möjligt inkludera dem i ett tidigt skede av patienternas vård. Ofta kan möten tillsammans med anhöriga ge mycket extra information om patienters tillstånd och en bättre inblick i deras förmågor och svårigheter. Deras erfarenhet och kännedom om patienten i fråga är värdefull vid bedömningar.

Till sist några ord om Utbildningsutskottet. Vi har sedan en tid två nya medarbetare. Andrea Johansson Capusan är medicine doktor på Linköpings universitet och arbetar som överläkare på beroende i Linköping. Anders Frick är ny STP-representant och arbetar som ST-läkare i Malmö. Ni är båda varmt välkomna!



**Jonas Rask**  
*Ordförande Utbildningsutskottet*

**ANNONS**

# Samhällsintresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna.

Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen  
Svenska Psykiatriska Föreningen

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

 [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

ST-läkare i psykiatri:

 [www.stpsykiatri.se](http://www.stpsykiatri.se)

Svenska Psykiatriska Föreningen:

 [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

 [www.srpf.se](http://www.srpf.se)



## Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2019.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:

[raffaellapriset@svenskpsykiatri.se](mailto:raffaellapriset@svenskpsykiatri.se)

senast den 15/12 2018.

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

**Styrelsen**  
**Svenska Psykiatriska Föreningen**



Foto: Shutterstock/Jan Gustavsson

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **14/11**  
Tema: **Mot din vilja**



**ANNONS**

## Ett seminarium med filosofer och psykiatrer. Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri, SFFP och Svenska Psykiatriska Föreningen, SPF bjuder in.

Föreläsare (preliminärt): Sören Häggqvist (filosof, Stockholms universitet), Karim Jebari (filosof, Inst.för framtidsstudier, Stockholm), Helge Malmgren (filosof och läkare, Göteborgs Universitet), Manne Sjöstrand (ST-läkare i psykiatri, Stockholm), Robert Johansson (PhD-student, Inst. för datavetenskap, Linköpings universitet)  
Ordförande: Alexander Wilczek (psykiater, psykoanalytiker, Stockholm).

**Tid: 14 november 2018, kl 13.00 – 17.00**

Plats: Birgittarummet, Medeltidsmuséet, Stockholm

Kostnad: SEK 300:- inkluderar kaffe mm.

**Anmälan till Jerker Hanson [jerker.hanson@telia.com](mailto:jerker.hanson@telia.com)**

Betalning

helst samtidigt med anmälan till konto 4155 02 39879 eller via Swish till 076 3457911, ev. kontant i dörren.

Detaljerat program senare

<http://sffp.se> och SPFs Facebooksida <https://www.facebook.com/groups/1607968999484232/>

På <http://sffp.se> kan man också ta del av presentationer från tidigare seminarier med fokus psykoterapi och autonomi.

Välkomna!

Jerker Hanson

Vice ordförande

SFFP, <http://sffp.se>

## Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

**TOVE GUNNARSSON**  
Redaktör Svensk Psykiatri



**ANNONS**

## Nytt riktlinjearbete färdigt

# Beroendemedicin i öppenvård



Huvudförfattare Åsa Magnusson har tillsammans med namnkunniga medlemmar i Svensk Förening för Beroendemedicin skrivit praktiskt kliniskt tillämpbara riktlinjer som i första hand vänder sig till läkare inom psykiatrisk öppenvård och primärvård men som med behållning även kan läsas av andra professionella aktörer med intresse för beroendemedicin, liksom studenter och personer under fortbildning.

Riktlinjerna fokuserar på följande områden som är centrala inom den psykiatriska öppenvården och primärvården:

- Utredning och behandling av alkoholbruksyndrom
- Utredning och behandling cannabisbruksyndrom
- Skadligt bruk och beroende av lugnande läkemedel
- Skadligt bruk och beroende av smärtstillande läkemedel
- Samsjuklighet mellan substansbruksyndrom och annan psykisk sjukdom

För första gången kan läsaren nu välja mellan traditionell inbunden pappersversion eller e-bok. Tipsa din chef att beställa till kliniken!

**Inbunden;** [www.gothiafortbildning.se/77410874-product](http://www.gothiafortbildning.se/77410874-product)  
**E-bok;** [www.adlibris.com/se/e-bok/beroendemedicin-i-oppenvarden-9789177411130](http://www.adlibris.com/se/e-bok/beroendemedicin-i-oppenvarden-9789177411130)

**Dan Gothefors**  
*Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten*

# Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse dels psykiatri, dels barn och ungdomar med funktionshinder eller kronisk sjukdom av somatisk eller psykisk natur.

Stiftelsen delar ut c:a 2,7 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 25–100 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via [thuringsstiftelse.com](http://thuringsstiftelse.com).

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober 2018.

**SEB**



## Varför hålls SPK i Stockholm även nästa år?

Många av er har kanske redan uppmärksammat att Svenska Psykiatrikongressen äger rum i Stockholm även nästa år och undrat varför. Grundtanken är ju att kongressen hålls vartannat år i Göteborg och vartannat i Stockholm.

SPK har under åren vuxit sig allt större, vi har gått från 265 till 820 deltagare vilket är oerhört glädjande. Det ställer dock krav på lokalerna som måste vara tillräckligt stora för att klara flera parallella spår, minst 800 deltagare och ett stort antal utställare. Samtidigt måste kostnaden vara acceptabel. Vi har vid två tidigare tillfällen fått hålla kongressen i Göteborg två år i följd, 2011-2012 pga. svårighet att hitta lämplig lokal i Stockholm och 2014-2015 av ekonomiska skäl.

Vi har tyvärr inte kunnat få de lokaler vi hade behövt i Göteborg 2019 varför styrelsen beslutat att förlägga kongressen till Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi räknar dock med att återkomma till Svenska Mässan 2020. Och hoppas att kongressen fortsätter att växa, nästa mål är 1000 deltagare!

## Pudel.....

I förra numret av Svensk Psykiatri (nr 2 2018 sid 70) fanns ett bidrag av Kajsa M Nordström där hon skildrade sin auskultation inom psykiatri i Buenos Aires. Artikeln illustrerades av en tan-gobild men tyvärr föll fotografens namn bort vilket vi beklagar. Fotot var taget av Inna Aprelskaya.

Redaktionen

Tove Gunnarsson  
*SPF:s styrelse*

**ANNONS**

# MASTERCLASS PSYCHIATRY

Tack till alla deltagare i Masterclass Psychiatry 2018

Konferenshandlingarna ges ut av Nordic Journal of Psychiatry och finns att hitta på vår webbplats: [masterclasspsychiatry.se](http://masterclasspsychiatry.se)

Anmäl dig gärna till vårt nyhetsbrev inför Masterclass Psychiatry 2020



Foto: Graeme Richardson



## Inbjudan att skicka in konferensbidrag!

STP arbetar nu för fullt med att planera inför nästa **ST-konferens 16-18 Januari 2019** på Yasuragi i **Stockholm**.

Temat för konferensen är **"From illness to wellness – Psykisk hälsa"**!

Har du intresse att bidra med en muntlig presentation under konferensen, vänligen skicka in ett kort abstract. Ämnet kan innefatta forskning inom området till kliniska projekt och erfarenheter.

Abstractet ska innehålla **ditt namn, titel** på presentationen samt kort **sammanfattning** (max 200 ord).

Skickas till: [styrelsen@stpsykiatri.se](mailto:styrelsen@stpsykiatri.se)

Deadline: **20 november 2018**

Intresserad av att ställa ut på ST-konferensen? Ta kontakt med Stina Djurberg [stina.djurberg@buf.se](mailto:stina.djurberg@buf.se)



# Inbjudan att skicka in kongressbidrag

## (call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2019 som kommer att gå av stapeln 13-15 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

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 2019 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 [abstracts@svenskpsykiatri.se](mailto:abstracts@svenskpsykiatri.se)  
Sista datum för inlämnande är den **15 oktober 2018**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2019  
- ta kontakt med **Stina Djurberg**,  
[stina.djurberg@buf.se](mailto:stina.djurberg@buf.se) senast den **1 oktober 2018**.





Planeringen för Svenska Psykiatriskongressen den 13-15 mars är i full gång! Antalet besökare till föregående årens kongresser har stadigt ökat, vilket jag tolkar som en återspeglning av programmets ständigt höga kvalitet. Till 2019 års kongress kommer färre parallella spår att hållas, dock med garanterat bibehållen vetenskaplig relevans, stimulerande debatter och intressanta föreläsare.

Som exempel på detta kan nämnas: Föreläsningar om hur depression påverkar hela kroppen, inte bara delen som befinner sig ovanför halsen och hur kunskapen från de många studier som visat detta kan bidra till nya behandlingsmetoder. Ett symposium på detta tema kommer att ledas av professor Brenda Penninx från VU University i Amsterdam, en forskare av absolut världsklass med över 750 publikationer bakom sig!

Sociala medier har förändrat världen, både i positiv och negativ bemärkelse. Nätdejting har under de senaste åren avstigmatiserats och är bland yngre individer idag det vanligaste sättet att söka en ny partner. Samtidigt verkar denna möjlighet bidra till ett klart problematiskt beteende hos vissa. Vad är det egentligen som leder till att en man dejtar 24 kvinnor samtidigt? Den frågan, bland annat, kommer att diskuteras av dokumentärfilmaren Nahid Person och professor i rättspsykiatri Niklas Långström.

Drogutlösta psykosor torde vara välkänt för dem som någon gång arbetat på en psykiatrisk akutmottagning. Men hur definieras egentligen en drogutlöst psykos, och hur gör man för att hantera tillståndet? Om detta berättar Joar Guterstam, psykiater och forskare vid Karolinska Institutet. Kan substanser som inducerar psykosliknande tillstånd faktiskt ha ett värde för individer med psykisk ohälsa och finns det en framtid för s k "psykedelisk psykiatri" i Sverige? Detta kommer att diskuteras av bland andra Alexander Lebedev, även han psykiater och forskare vid KI.

Så, ett litet axplock från innehållet i 2019 års Svenska Psykiatrikongress till vilket vi i SPF:s styrelse vill hälsa Er hjärtligt välkomna! Själv hoppas jag på en kongress som blir lika trevlig och välbesökt som förra året (kanske till och med lite bättre).

Väl mött i Stockholm den 13-15 mars! I oktober månad öppnar vi möjligheten till anmälan: [www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se).

Johan Fernström  
Vetenskaplig sekreterare SPF





# ICD-11

## Nya kriterier för diagnostik av personlighetssyndrom

Den 18 juni 2018 släpptes *International Classification of Diseases*, elfte upplagan (ICD-11). ICD är det internationella diagnostiska system som förvaltas av Världshälsoorganisationen (WHO). ICD är den diagnosmanual som ska användas inom svensk hälso- och sjukvård. Just nu finns ingen svensk utgåva av ICD-11 men de nya kriterierna för diagnostik av personlighetssyndrom kommer att bli viktiga i Sverige. Maj 2019 presenteras ICD-11 för Världshälsoförsamlingen och 2022 förväntas Sverige ha infört den nya klassifikationen.

I ICD-11 är indelningen i olika personlighetssyndrom borttagen. Det går inte längre att kliniskt diagnostisera de olika specifika personlighetssyndromen med ett antal kriterier och ställa diagnosen om minst fem kriterier är uppfyllda. Personlighetspatologi utgår numera från ett dimensionellt perspektiv. Första steget i personlighetsdiagnostik är att undersöka om patienten uppfyller de generella diagnostiska kriterierna för personlighetssyndrom.

Det innebär att genomföra en undersökning av individens personlighetsfungerande (Personality functioning). Enligt ICD-11 innebär personlighetsproblematik brister i identitet och dysfunktionella nära relationer (klinikern undersöker individens förmåga att bygga upp och behålla nära relationer samt förmåga att förstå och kunna sätta sig in i andras perspektiv och lösa konflikter i nära relationer.)

Enligt Nationalencyklopedin är identitet eller självbild "en medvetenhet om sig själv som en unik individ. Identitet består av medvetenhet om sitt jag dvs. upplevelsen att vara levande, att det finns en skarp gräns till andra, att själv kunna bestämma över sina tankar och handlingar, att i grunden vara densamma trots de förändringar som inträffar under livet och att bara ha ett jag. Identiteten ingår i individens jagstyrka." Vid personlighetssyndrom är identiteten svag och det leder till svårigheter att klara vardagen med en funktionsstörning som följd. Individen med personlighetssyndrom "feltolkar" sina egna samt andra människors tankar och känslor i olika sociala situationer, vilket får konsekvenser på familje- och yrkeslivet. Personlighetsproblematiken är oflexibel och har funnits i minst två år.

Personlighetssyndromets allvarlighetsgrad värderas, den sträcker sig från lindrig till medelsvår och svår. Till exempel, för att uppfylla diagnosen medelsvårt personlighetssyndrom 6D10.1 krävs att de allmänna diagnostiska kriterierna för personlighetssyndrom är uppfyllda dvs. att personlighetsproblematik påverkar flera områden av personlighetsfungerande (exempelvis identitet, förmåga att bilda intima relationer, förmåga att kontrollera impulser och beteende). Vissa områden av personligheten kan vara relativt mindre påverkade. Det finns problem i de flesta nära relationer och det får konsekvenser för de flesta förväntade sociala och professionella situationer som äventyras till viss del. Relationer kommer sannolikt att kännetecknas av konflikt, undvikande eller extremt beroende (exempelvis har få vänner, har bestående konflikter inom arbetslivet och följaktligen problem inom sitt yrke, kärleksrelationer är dysfunktionella). Medelsvårt personlighetssyndrom är ibland förenat med självskadebeteende eller skada på andra och är förknippat med dysfunktionella familje-, sociala, pedagogiska, yrkesmässiga eller andra viktiga relationer, även om funktionen inom avgränsade områden kan upprätthållas.

Nästa steg i personlighetsdiagnostiken blir att undersöka förekomst av ett eller flera personlighetsdrag. De beskriver de dysfunktionella aspekter av personligheten som är mest framträdande hos en viss individ. Personlighetsdrag är indelade i sex områden; Negative affectivity, Detachment, Dissociality, Disinhibition, Anankastia och Borderline-mönster. Personlighetsdrag belyser en individs tendens att uppfatta, tänka, känna och bete sig på ett likartat sätt över tid och oavsett situation.

Personlighetsdiagnostik är inte helt okomplicerad och det behövs klinisk erfarenhet och specialistpsykiatrisk kunskap. ICD-11-klassifikation möjliggör en kontinuerlig omvärdering av diagnosen allteftersom patienten genomgår lämplig strukturerad behandling.

**Sophie Steijer**

*Överläkare*

*Specialistläkare i psykiatri*

*Leg. psykoterapeut*



## Sömnstörningar kan kopplas till ökad risk för demens

Forskare vid Karolinska Institutet rapporterar att sömnstörningar i medelåldern eller senare i livet är förknippade med en ökad risk att utveckla demens.

Enligt resultaten från studien hänger sömnstörningar hos personer i 40- eller 50-årsåldern samman med 24 procents ökad risk för demens senare i livet. Hos personer i 60- eller 70-årsåldern associerades för tidigt uppvaknande med en fördubblad risk att senare utveckla demens. Även ovanligt lång sömn, mer än 9 timmar per natt, var kopplat till en kraftig riskökning. Den senare upptäckten i den högre åldersgruppen kan dock möjligen bero på att någon form av demenspatologi redan inträtt, men ännu inte diagnostiserats, då detta vanligen leder till ökat sömnbehov.

Fyndet talar för att insatser för att förebygga demens bör inkludera åtgärder för att förbättra sömnen.

Läs mer på <https://ki.se/nyheter/somnstorningar-kan-kopplas-till-okad-risk-for-demens>

**Tove Gunnarsson**

*Psykiater  
Stockholm*

### Referens

“Sleep disturbances and dementia risk: a multi-centre study”. Shireen Sindi, Ingemar Kåreholt, Lena Johansson, Johan Skoog, Linnea Sjöberg, Hui-Xin Wang, Boo Johansson, Laura Fratiglioni, Hilikka Soininen, Alina Solomon, Ingmar Skoog, och Miia Kivipelto. *Alzheimer’s & Dementia: The Journal of the Alzheimer’s Association*, online 17 juli 2018, doi: 10.1016/j.jalz.2018.05.012

## Liknande förändringar i hjärnan vid ADHD och emotionell instabilitet

Både vid adhd och vid emotionell instabilitet visar hjärnan upp liknande förändringar i överlappande områden. De två tillstånden bör därför ses som närliggande och uppmärksammas samtidigt vid en diagnos. Det menar KI-forskarna bakom en ny studie publicerad i *Molecular Psychiatry*. Resultaten kan leda till bredare behandlingar av båda tillstånden.

Läs mer på <https://ki.se/nyheter/liknande-forandringar-i-hjarnan-vid-adhd-och-emotionell-instabilitet> där sisteförfattaren docent Predrag Petrovic förklarar vilken betydelse studien kan få.

**Tove Gunnarsson**

*Psykiater  
Stockholm*

### Referens

Distinct brain structure and behavior related to ADHD and conduct disorder traits. Frida Bayard et al. *Molecular Psychiatry*, online 14 augusti 2018, doi: 10.1038/s41380-018-0202-6

# Almedalen 2018



Almedalen 2018 representerades av lika delar ST-läkare i Psykiatri och Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse. Det var Joakim Börjesson (fundersam på bild bredvid Handmaid's-Tale-cosplay-person) och Karl Lundblad från STP samt Ullakarin Nyberg och Johan Fernström från SPF som närvarade.

Ullakarin deltog likt tidigare år i en rad olika seminarier och föreläste där svensk psykiatri och SPF, men föreningen arrangerade även två egna seminarier. Ett var på temat Tvångsvård, med ett brett anslag där Johan Fernström hade en kort introduktion kring hur tvångsvård kliniskt används och skall användas. Därefter deltog även en patientorganisation i form av TILIA representerad av Louise Aronsson, liksom Civil Rights Defenders (en juridisk

organisation) företräd av Annika Åkerberg som berättade om sina perspektiv på tvångsvård och dess ständiga juridiska och etiska utmaningar. Tove Janarv, forskare inom delat beslutsfattande, deltog också och berättade om sin forskning och sitt perspektiv på frågan.

Dagen därpå höll vi ett seminarium om AT-tjänstgöringens avskaffande, införandet av BAS-tjänstgöring och vilka konsekvenser detta kommer få för svensk psykiatri. Det är ännu inte vida känt bland t.ex. alla patientorganisationer och intresseorganisationer, och inte heller bland politiker vad reformen kommer innebära där man tar bort all obligatorisk praktik efter examen inom fältet psykiatri innan man blir legitimerad läkare. Mer om detta går ju



att läsa i debattartiklarna som publicerats i Dagens Medicin och Läkartidningen.

Förutom detta deltog vi i en rad seminarier och föreläsningar runt om på området. En höjdpunkt var Sveriges Kliniska Psykologers Förening, en underförening till Psykologförbundet, som höll ett bra seminarium med politikerpanel kring 1:a linjens psykiatri i primärvården och den mycket ojämna tillgången till psykolog och terapi som föreligger där. Det finns ännu måltal att en vårdcentral måste ha tillgång till sjuksköterska och läkare, men det är helt oreglerat rörande behov av terapeut, trots att primärvården har i uppdrag att sköta behandling av alla nyinsjuknade i depression, GAD, PTSD, panikångestsyndrom etc.

Vår förhoppning är att fortsatt samarbete skall kunna äga rum i olika frågor där vi har gemensam agenda.

Foto och text  
**Karl Lundblad**  
STP

*ST-representant i SPF:s styrelse*

Program **SSBS** Höstmöte 2018 - 15 november, Södra teatern

## Suicid vid bipolär sjukdom - Hur skyddar vi våra patienter?

09.00 - 09.30

**Samling med kaffe i Kägelbanan, Södra Teatern**

09:30 - 09.45

**Inledning, Suicid vid bipolär sjukdom - Hur skyddar vi våra patienter?** Maria Larsson, ordförande SSBS

09.45 -10.30

**Bipolär sjukdom - Vilka patienter riskerar att dö i suicid?**

Bo Runeson, professor, Karolinska Institutet

10.30 - 11.00

**Fika**

11:00 – 11.30

**ASSIP - Aktuellt behandlingstillägg av patienter med bipolär sjukdom efter suicidförsök**

Åsa Westrin, professor, Lunds Universitet och överläkare i psykiatri, Lunds Universitetssjukhus

11:30 – 12.00

**Vad jag lärt mig om konsten att rädda livet på patienter med bipolär sjukdom, vid möten och genomgångar efter suicid** Ullakarin Nyberg, medicine doktor och ordförande i SPF

12.00 - 13.00

**Lunch**

13.00 – 13.30

**Kultur till kaffet - Virginia Woolf**

Carl Lindren, barnläkare och litteraturvetare

13.30 – 14.15

**BipoläR**

**Hur kvalitetsregistret ökar kunskap om suicidologi vid bipolaritet**

Mikael Landén, professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Kvalitetsregisterhållare

**Att registrera i BipoläR rätt och lätt**

Kristina Lindwall Sundel, medicinsk rådgivare BipoläR

14.15 - 14.45

**Fika**

14.45 – 15.15

**ECT och TMS**

Mats Adler, medicine doktor och överläkare i psykiatri, Psykiatri Sydväst

15.15 - 15.45

**Kan ketaminbehandling vara livsräddande när annat inte fungerar?**

Carl Johan Ekman, medicine doktor och överläkare i psykiatri, Norra Stockholms Psykiatri

15.45 - 16.15

**Att rädda liv på bipolära när psykakuten är två timmar bort**

Lisa Vesterberg, överläkare i psykiatri, Östersund

16.15 - 16.30

**Avslutning Suicid vid bipolär sjukdom - Hur skyddar vi våra patienter?**

Maria Larsson, ordförande SSBS

16.30 - 17.00

**SSBS 15 år - Firande med alkoholfritt bubbel och musik**

18.30 - 22.30

**Middag med musik, Champagnebaren, Södra teatern**

**Kostnad:**

800 kronor för medlemmar

1500 kronor för icke medlemmar

**Anmälan:**

Kristina Lindwall-Sundel

[cls@medicalresource.se](mailto:cls@medicalresource.se)

Du kan bli medlem via SPF:s hemsida för en 350 kronors tilläggsavgift till SPF:s medlemskap

**ANNONS**

# Granskning av METIS-kurser - unik möjlighet att påverka framtidens specialistutbildning



**Vill du bidra till utveckling av METIS-kurser? Här är några anledningar till att det kan vara en lärorik och meriterande uppgift!**

METIS (MEr Teori I ST) är ett projekt som påbörjades juni 2007 med målet att utveckla tidigare SK-kurser för att bättre möta efterfrågan och Socialstyrelsens riktlinjer för specialistutbildning inom psykiatri.

METIS-kurser ska kontinuerligt förbättras och anpassas till psykiatriens utveckling. Det centrala METIS-kansliet vid Centrum för psykiatriforskning i Stockholm utför 15–20 revisioner årligen som består av ett fysiskt möte där kursgivare, administratörer från det centrala kansliet och en ST-läkare deltar. Revisionerna innefattar även efterarbete.

ST-läkaren deltar aktivt under mötet med specialistläkaren/kursgivaren angående aktualisering av kursbeskrivning, litteratur, granskning av befintliga flervalsfrågor och diskussion om nya frågor för ingångstestet (Fas1) samt urval/ändring av delmål. En del av uppdraget, framförallt att granska och formulera nya flervalsfrågor, görs sedan under efterarbetet. ST-läkarens uppgift är då att granska och formulera frågor samt att inhämta övriga deltagares bidrag till revisionen, kontrollera att alla svar är korrekta och fullständiga, för att sedan lämna in resultatet till det centrala kansliet.

Sammanfattningsvis är det en lärorik uppgift där man lär sig mycket om kursinnehåll och didaktik - en "booster" i ST-läkarens specialistutbildning.

Diskussion om undervisningsmaterial och arbete med frågorna för Fas 1 ger en god inblick i centrala frågor och kärnelement inom psykiatri som disciplin. Du kommer också att lära dig mer om didaktiska mål och metoder för att förmedla materialet. Utifrån kursdeltagarnas feedback och kursgivarnas erfarenhet kring vad som fungerade väl och vad som behöver förbättras utvecklas ämnet vidare.

Sist, men inte minst har ST-läkaren möjlighet att utföra projektet inom ramen för sitt kvalitets- och förbättringsarbete (delmål 20 enligt SOSFS 2008:15 eller delmål a4 enligt SOSFS 2015:8). För detta syfte krävs vanligtvis deltagandet i 5 granskningar.

Intresserad? Skriv till [metissupport@sll.se](mailto:metissupport@sll.se)!

**Wolfgang Freitag**

*ST-läkare*

*Har sedan 2016 deltagit i 4 granskningar av METIS-kurser*



# Säker Suicidprevention

## – ett nationellt projekt för förbättrad suicidprevention

Under 2017 startade projektet Säker Suicidprevention, vars syfte är att höja kvaliteten och säkerhet i svensk suicidprevention. Projektet genomförs i samverkan mellan Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svensk Förening för Akutsjukvård, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsköterskor, Sveriges Psykologförbund, Suicide Zero, Suicidprevention i Väst och Löf (Lands-tingens ömsesidiga försäkringsbolag).

Varje år tar cirka 1 500 personer sitt liv i Sverige. Cirka 40 av dem är yngre än 19 år. Vi vet att tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom är de enskilt viktigaste riskfaktorerna för fullbordat suicid, både för barn och vuxna. Vi vet också att en vårdkedja utan onödiga avbrott i kontinuitet och säker informationsöverföring mellan olika instanser är viktiga ingredienser i arbetet med att förhindra självmord. Det finns alltså starka skäl att arbeta intensivt för att de som överlever ett suicidförsök inte ska upprepa försöket och att vårdkedjan fungerar så bra som möjligt.

Vården efter suicidförsök varierar stort över landet, trots att kunskapen är spridd om att övergångar mellan olika vårdnivåer, verksamheter och vårdgivare är de mest riskfyllda i omhändertagandet av en suicidal individ. Undersökningar visar att 300 suicid skulle kunna undvikas varje år om alla län i Sverige hade samma suicidförekomst som de län som har lägst förekomst. Vi vill genom detta projekt förbättra suicidpreventionen och förebygga upprepade suicidförsök samt bidra till mer likartade arbetssätt över hela landet.

Säker Suicidprevention genomförs enligt samma modell som de tidigare Säkerprojekten: Säker Förlossningsvård, PRISS (Protes Relaterade Infektioner Ska Stoppas), Säker Bukkirurgi och Säker Traumavård. Dessa projekt har pågått under ett antal år med goda resultat avseende patientsäkerhet. Vi ser till exempel en trend mot att allt färre barn föds med undvikbara syrebristskador idag jämfört

med för fem år sedan. Bäckebottensskador i samband med förlossning sjunker i frekvens på nationell nivå sedan 2014. Vissa ortopediska enheter uppvisar idag siffror över protesrelaterade infektioner som är långt under hälften av vad de hade före PRISS. Säker Bukkirurgi har påvisat fördelar för vissa typer av operationer. Säker Traumavård kan ännu inte utvärderas vad gäller frekvens av undvikbara skador, men har redan resulterat i ett flertal nationella arbeten. Bland annat har man tagit fram nationella traumalarmskriterier. I alla Säkerprojekten ses ett tydligt, men svårsmåttbart, resultat i form av ökat samarbete mellan professioner och ökad medvetenhet om betydelsen av alla steg i en vårdkedja.

Grundprincipen för samarbetet i Säkerprojekten är att de professionella organisationerna ansvarar för tvärprofessionell bemanning med granskare, medicinskt innehåll samt kommunikation till sina medlemmar, medan Löf står för projektledning och finansiering. Yrkesföreningarna utser medlemmar som deltar som granskare i projektet. I Säker Suicidprevention finns för första gången representanter för dem som vården berör med, i form av de ideella organisationerna Suicide Zero och Suicidprevention i Väst. Liksom tidigare projekt är Säker Suicidprevention icke-normerande. Det innebär att granskarna inte utför en formell inspektion av riktlinjer, rutiner och arbetssätt. I stället utgår granskningen från verksamhetens egen bedömning av förbättringsområden.

Vår målsättning är att nå alla psykiatriska verksamheter i landet. De som bjuds in ombeds att delta med de enheter som krävs för att den granskade vårdkedjan ska återspegla den kliniska verkligheten, allt från Elevhälsa till medicinsk intensiv- och akutvård, barn- och ungdomspsykiatri, prehospital vård, öppen psykiatrisk och slutna psykiatrisk vård. De deltagande verksamheterna får besvara självvärderingsfrågor om vård och behandling som tar sin utgångspunkt i fiktiva patientfall. Nästa steg är att granskningsteamet besöker verksamheten på plats under två dagar. Under besöket genomförs intervjuer av ledning och övrig personal baserade på självvärderingen,

samt praktiska övningar med rollspel där en skådespelare spelar en suicidal patient som inkommer till verksamheten. Verksamheterna representeras av personal som agerar utifrån sin vanliga roll i vårdkedjan. Platsbesöket utvärderas sedan av granskningsteamet, som skriver en återföringsrapport till den deltagande verksamheten. Rapporten innehåller observerade styrkor samt olika förbättringsförslag. Verksamheten väljer sedan ut vilka förslag man anser är relevanta att arbeta vidare med. Efter sex månader gör granskningsteamet ett nytt platsbesök för att följa upp hur kliniken har arbetat med förslagen.

Säker suicidprevention är inte en interventionsstudie och kan inte utvärderas som en sådan. Däremot planerar vi att använda nationella kvalitetsregister och andra befintliga datakällor för utvärdering.

Modellen och logistiken har testats i en pilotomgång under hösten 2017, då två verksamheter deltog. Modellen har finjusterats under våren 2018 och en ny granskningsomgång i full skala och med färdig modell ska påbörjas hösten 2018.

Om du är medlem i en av de deltagande yrkesorganisationerna och är intresserad av att bidra som granskare i projektet är du välkommen att höra av dig till:

Ullakarin Nyberg, Svenska Psykiatriska Föreningen eller Anne-Katrin Kantzer, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

Mer information om Säker Suicidprevention finns på <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-suicidprevention/>

**Ullakarin Nyberg,**

*med. dr., specialist i psykiatri, Norra Stockholms Psykiatri, SPF*

**Anne-Katrin Kantzer,**

*med. dr., specialist i barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri, BUP-verksamheten NUSjukvården, SFBUP*



Foto: Digby Oldridge PR Eye

## STP representerade på EFPT Forum i Bristol 2018

Förväntansfulla bordade vi flyget till Bristol, England i slutet av juli i år för att närvara på det 26:e EFPT-forumet. Vi visste inte riktigt vad vi skulle förvänta oss men det blev en härlig upplevelse och vi lämnade England mer övertygade än någonsin om att vi valt den mest spännande medicinska specialiteten av dem alla.

EFPT, European Federation of Psychiatric Trainees, startades i början av 90-talet av en handfull ST-läkare i psykiatri som såg ett behov av att utbyta erfarenheter från ST-utbildningen med sina europeiska kollegor. I dag har organisationen vuxit till att omfatta över 30 medlemsnationer, och man arbetar aktivt för att samtliga europeiska länder ska ha en egen ST-läkarorganisation.

EFPT-forumet är för många nationella ST-läkarföreningar årets höjdpunkt och det är ett ypperligt tillfälle att mötas och diskutera viktiga utbildningsfrågor. Varje medlemsland skickar 1-2 representanter från sin nationella ST-läkarförening och det finns också

möjlighet att skicka ytterligare 1-2 observatörer per land, men de saknar rösträtt under årsmötet. Temat för 2018 års forum var "Thinking differently about mind and brain" och vi ST-läkare som representerade Sveriges ST-läkare i Psykiatri (STP) var Matilda Naesström, vuxenpsykiatri och Ida Gebel Djupedal, barn- och ungdomspsykiatri. Även tidigare ordföranden för STP Tove Mogren närvarade som representant från Sverige.

En av de stora programpunkterna innebar att varje medlemsnation gav en muntlig rapport kring vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras avseende det egna landets ST-utbildning. Vi valde att ta upp våra Metiskurser som något positivt, som bidrar till att säkerställa en teoretiskt jämlik ST-utbildning över landet. Det STP upplever kan förbättras för ST-läkare i Sverige är psykoterapiutbildningen. I nuläget förekommer det stora skillnader i psykoterapiutbildningens innehåll och kvalitet beroende på var i landet man gör sin ST. Vi uttryckte även oro över att man i Stockholm har tagit beslut om att drastiskt minska psykoterapi-

utbildningens omfattning för vuxenpsykiatriker, utan föregående diskussion med ST-läkarna.

Under postersessionen med temat "Involving service users/patients in mental health care" presenterade vi Sveriges nationella arbete med brukarinflytandesamordnare (BISAM). STP:s poster tog upp BISAMS historiska bakgrund och betydelsen idag av deras arbete inom många psykiatriska enheter runt omkring i Sverige. Vi kan glädjande meddela att BISAM väckte stort intresse bland de övriga deltagarländerna och Sverige vann delat första pris i postersessionen.

En hel dags föreläsningar ägnades åt temat neurovetenskap. Såväl lokala som långväga inbjudna föreläsare från USA fanns med på programmet. Dr Davis A. Ross från Yale University berättade om sitt engagemang i National Neuroscience Curriculum Initiative (NNCI), ett projekt vars syfte är att integrera ett modernt neurovetenskapligt perspektiv i det kliniska arbetet för psykiatriker. NNCI har en hemsida där man kan registrera sig gratis och man får då tillgång till olika sorters utbildningsmaterial. Det var en mycket inspirerande föreläsning och vi rekommenderar varmt både ST-läkare och specialister med intresse för utbildning att undersöka hemsidan närmare: [www.nncionline.org/](http://www.nncionline.org/)

Ett annat tips från forumdagarna är onlinekursen i KBT som tagits fram genom ett samarbete mellan EFPT och European Psychiatric Association (EPA). Kursen är gratis och finns att hitta på [www.europsy.net/onlinelearning](http://www.europsy.net/onlinelearning).

Under resten av året arbetar EFPT aktivt med olika frågor som rör ST-utbildningen via åtta arbetsgrupper, bland annat Research, EFPT Exchange och Psychotherapy. En stor del av mötestiden under forumet gick åt till att följa upp årets arbete och planera för det kommande året. Representanter från STP är i nuläget aktiva inom arbetsgrupperna Child and Adolescent Psychiatry samt EFPT Exchange. Vi i STP anser att det finns mycket att vinna på att arbeta med våra internationella kollegor kring utbildnings- och kvalitetsfrågor och vår ambition är att utveckla detta samarbete framöver.

Som nämnts var dagarna fulla med föreläsningar, redovisningar och grupparbeten men också med samtal och utbyten av tankar, idéer och perspektiv. Man kan inte undgå att reflektera över hur man själv har det som ST-läkare i Sverige, vad som är bra och vad som kan bli bättre. Visste ni t.ex. att specialistutbildningen i Vitryssland är 1 år lång? Att Finland har delat upp psykiatrin i 3 specialiteter: vuxenpsykiatri, ungdomspsykiatri och barnpsykiatri? Att Norge har specialistpsykiologer som också får ta vissa beslut avseende tvångsåtgärder? Att psykodynamiska influenser är högst tongivande inom den franska psykiatriutbildningen? Att ST-läkare i Belgien betalar för sin egen psykoterapiutbildning eller att andra länder saknar det helt?

Det finns ofta flera sätt att göra något bra på, men vi svenska ST-läkare har all anledning att räta på ryggen. Vi ska fortsätta arbeta för att förbättra vår ST-utbildning, men vi ska också vara stolta över hur den ser ut idag.



Foto: Privat

Är du intresserad av att läsa mer om EFPT:s arbete och kanske engagera dig i någon av arbetsgrupperna? Eller vill du delta i utbytesprogrammet och besöka en klinik utanför Sverige under din ST? Besök [www.efpt.eu](http://www.efpt.eu) för mer information!

**Ida Gebel Djupedal & Matilda Naesström**  
*ST-läkare i Psykiatri (STP)*

**ANNONS**

# Hur svårt kan det vara? Konferensrapport



Foto: Wikicommons/Arild Vågen

Den 15–16 maj samt 25 maj 2018 genomfördes konferensen ”Hur svårt kan det vara?”, en konferens om kroppslig hälsa, levnadsvanor och förändringsarbetet vid svår psykisk sjukdom.

Konferensen är en del av det långsiktiga implementeringsarbetet av SPF:s kliniska riktlinjer från 2010 om att förebygga och handlägga den ökade risken för kroppslig sjukdom och tidig död hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. SPF stod som arrangör för konferensen med ekonomiskt stöd av Socialstyrelsen men det var tre fysioterapeuter – Emma Rosén, Elisabeth Karlsson och Hedvig Kjellin – som på uppdrag av SPF på ett strålande sätt stod för det praktiska arrangemanget. Mia Harty från Kunskapsstöd psykisk hälsa i VGR gav administrativt stöd.

Konferensens första del hölls 15–16 maj på Campus Nya varvet i Göteborg med stöd av Västra Götalandsregionen. Målgruppen var bl.a. fysioterapeuter och arbetsterapeuter verksamma inom psykiatri och krav för antagning var goda förkunskaper och vana att arbeta med problemställningen. Konferensen fick ett högt anmälningstryck och fick totalt 112 deltagare istället för planerade 50. Konferensen var uppskattad och fick en mycket positiv utvärdering.

En endags fortsättning på konferensen hölls 25 maj i centrala Göteborg med de internationella föreläsarna Ken Jue (USA), grundaren av programmet InSHAPE® samt Sarah I. Pratt (USA), psykolog, PhD och professor vid Geisel School of Medicine. Föreläsarna redogjorde för sitt arbete med förändring av levnadsvanor för patienter med svår psykisk sjukdom inom programmet InSHAPE® som har stor nationell spridning i USA, samt för den omfattande forskning de bedriver.

**Dan Gothefors och Lise-Lotte Risö Bergerlind**  
*Svenska Psykiatriska Föreningen*



E. Cullberg - 1998



Förlaget Natur & Kultur är en stiftelse som utan ägare kan agera självständigt och långsiktigt. Vårt mål är att genom stöd, inspiration, utbildning och bildning verka för tolerans, humanism och demokrati.

# Cullbergstipendiet

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 till 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 [cullbergstipendiet.se](http://cullbergstipendiet.se) kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor.

## Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda den 1 februari 2019. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färska tidsskrifter 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](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se)

## Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av en stipendiekommitté bestående av Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).

[cullbergstipendiet.se](http://cullbergstipendiet.se)

# Något att fundera över?

## Tokfursten

Furst Gebhard von Blücher trodde han hade en elefant i kroppen.  
Emanuel Swedenborg umgicks på vänskaplig fot med änglar.  
Jeanne D'Arc hörde himmelska röster.  
Birgitta såg syner.

Ett tokigt gäng:  
En general.  
En vetenskapsman.  
En nationalhjälte.  
Ett helgon.

Även om överbefälhavare Blücher har tio elefanter inom sig  
ska han leda trupperna, sa hans stabschef, på marsch mot Waterloo.  
Vad hade hänt honom idag?  
Och resten av galningarna.

**Rikard Agrenius**

*Stockholm*

Härmed överlämnas frågeställningen till läsekretsen som är välkommen att skicka in bidrag till nästa nummer!

**Redaktionen**



# Besök i Bayern

Styrelsen för Svenska Rättspsykiatriska Föreningen besökte den 15 juni rättspsykiatri i tyska förbundslandet Bayern, som har ungefär 10 miljoner invånare vilket gör att Bayern befolkningsmässigt kan jämföras med Sverige. Det finns många likheter att finna men även olikheter och Bayern är i många aspekter mer konservativt än Sverige.

Det finns rättspsykiatrisk specialitet i landet och det beräknas att 450 läkare arbetar inom forensisk psykiatri. Vi besökte kliniken i Haar utanför München, vilken funnits sedan 1905.

Vår lokala värd var professor dr Kolja Schiltz, en mycket trevlig bekantskap och han hade ett yrke med rättspsykiatrisk utredande funktion. Professor Otto Steinböck som är välkänd inom begreppet socialpsykiatri tog emot oss och vi fick även gå runt på kliniken som hade sex högsäkerhetsavdelningar. Det fanns även utslussningsenheter dit man kunde komma om man hade arbete och bostad.

## Lagstiftning

Tyskland har egentligen två juridiska spår efter ett brott – där en huvudsaklig del ska till fängelse efter dom. De som bedöms farliga kan gå till rättspsykiatri där det finns en gren med klassisk rättspsykiatri och en del med beroendeproblematik. Det är den senare som skiljer sig åt från många andra länder och även den del som har goda resultat jämfört med t.ex. LVM eller kontraktsvård i Sverige.

Efter den rättspsykiatriska vårdtiden som är flerårig, kan t.ex. beroendebehandlingsdelen ske under 2 år under fängelsestraffid. För klassisk rättspsykiatri, 6-8 års vårdtid, finns en villkorsdel.

## Problem

Man ser problem i gruppen med unga patienter där det finns en speciell klinik i Regensburg, migranterna som ofta har en helt omöjlig situation avseende boende och arbete, samt äldre, där man saknar sjukhem för eftervården

Paraflier är en undergrupp och man beräknar att – beroende på urvalsgrupp – upp till en tredjedel av patienterna behandlas med GnRH-analoger.

En särskild reglering gör att den patient som varit ineliggande i 6 år måste bedömas igen vart tredje år och från och med 10:e inläggningsåret är ombedömningen vartannat år.

## Att bli specialist i rättspsykiatri

Efter grundspecialisering tar det 3 år under vilka man ska förbereda en "thesis" och prestera arbete på de olika klinikerna. Man godkänns formellt av en nämnd.



## Studiebesök på universitetskliniken i München

En stor stenbyggnad på Nussbaumstrasse nära centrala München inhyser universitetspsykiatriska kliniken.

Många kändisar har arbetat här, nämner nu Alois Alzheimer, Emil Kraepelin, m.fl.

En del mörkare passager finns beskrivna i en sal avsatt för historiken men här har Sverige i mångt likartade flagor.

Per-Axel Karlsson Sara Bromander Erik Dahlman  
*Svenska Rättspsykiatriska Föreningen*





### Faktaruta

83,1 miljoner invånare (2017). Den tyska federala republiken etablerades formellt i oktober 1990 då Östtyskland (DDR) införlivades i Västtyskland (BRD). Det tidigare Västtyskland utgör 70 procent av dagens Tyskland. Landet består av 16 delstater, förbundslander som har litet olika tolkningar av hur rättspsykiatri ska bedrivas.

I internationell jämförelse är det sociala skydds nätet omfattande i Tyskland. Men en växande andel äldre, hög arbetslöshet och låga födelsetal har sedan slutat av 1900-talet medfört ökad ekonomisk belastning för såväl socialförsäkringarna som för staten.

Alla som är anslutna till lagstadgad sjukförsäkring genom socialförsäkringen eller som har egen privat sjukförsäkring får för egen del och för familjemedlemmarna tillgång till och bidrag för vård av allmänläkare, specialist och tandläkare som är ansluten till någon av de närmare 150 sjukförsäkringskassorna, vilket mer än 90 % av alla praktiserande läkare är.

Våld mot kvinnor och våld i hemmet är fortfarande ett stort problem, även om avsevärda insatser gjorts under senare år för att stävja det. I lag förbjuds uttryckligen våld vid uppfostran av barn. Den tyska sexköpslagstiftningen anses vara den mest liberala i Europa. Prostitution är erkänt som yrke och prostituerade har tillgång till det sociala trygghetssystemet.

Källa NE



# Psykiatricentrum Södertälje fick inspirerande studiebesök från Japan!



I samband med 150-årsjubileet av diplomatiska förbindelser mellan Japan och Sverige tog Psykiatricentrum Södertälje emot en utvald delegation av tretton japanska forskare, läkare och sjuksköterskor. Studiebesöket inträffade framgångsrikt den 1 juni i år.

Den japanska gruppen fick chans att besöka heldygnsvårdsavdelningen 36 och Nygårdens psykos- och rehabiliteringsenhet för att kunna få en övergripande bild av den svenska psykiatriska vården och samverkan mellan landsting och kommun.

Enligt Sueyasu Tamio, berömd professor vid institutionen för biomedicinsk vetenskap, Iwate universitet, samt ordföranden i den japanska psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor som deltog vid besöket, beskrevs det att Japan har 290 000 psykiatriska vårdplatser och 1600 mentalsjukhus medan Sverige länge har legat långt ner på listan över antalet vårdplatser i OECD:s statistik.

Den japanska regeringen har inlett många mentala hälsopolitiska åtgärder och lagar i flera år med sikte på ett mer samhällsorienterat mentalt vårdssystem istället för institutionaliserad psykiatri (Mental Health and Welfare White Paper, 2014).

Studiebesökets fokus låg därmed på olika evidensbaserade metoder för att minska återfall och utnyttjande av slutenvård genom att erbjuda ett mångsidigt och vardagsnära stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder såsom programmet Integrerad Psykiatri och ACT (assertive community treatment)-modellen enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

Den påföljande diskussionen rörande positiva aspekter av de pågående projekten om självvärd inläggning, NIP (nyinsjuknad patient i psykos) var väl uppskattad av de japanska kollegorna. Gruppen visade också stort intresse för Bergenmodellen som bygger på aktuell vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet, och motsvarar Världshälsoorganisationens (WHO:s) rekommendationer för vilken kunskap hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha för att kunna förebygga och bemöta hot och våld.

Den japanska delegationen omsvärmade klinikkens organisation och mötet med vår personal och en av våra patienter. Det var också mycket givande för oss att se vår klinik ur deras perspektiv som framgick genom deras frågor och kommentarer.



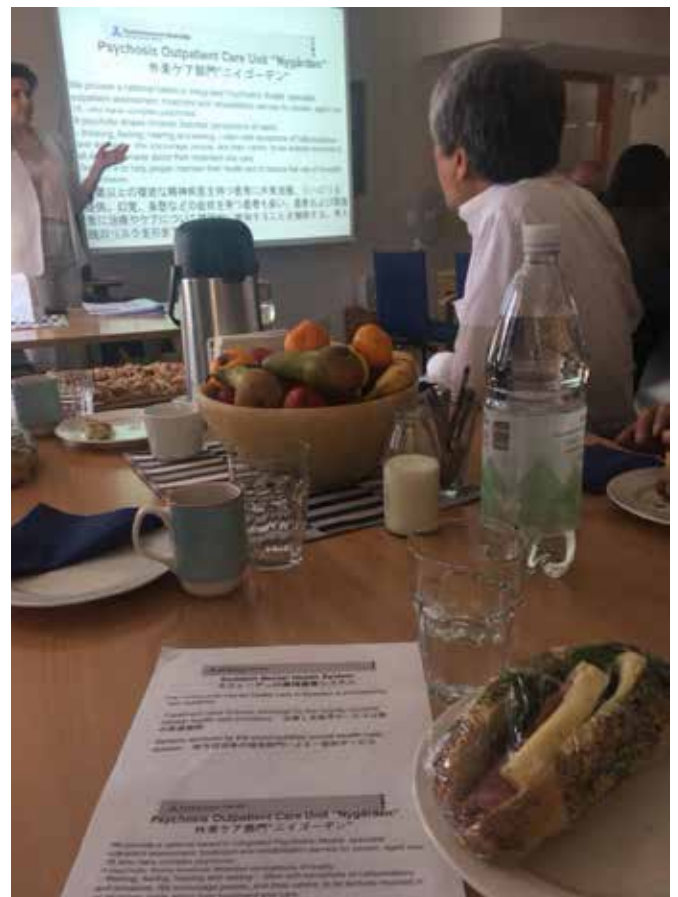
Det var ett särdeles inspirerande tillfälle för bägge parterna där man ser skillnader och likheter i olika länders sätt att arbeta med psykisk ohälsa och att generera nya idéer!

**Till sist, vill jag varmt tacka följande personer för allt stöd och hjälp:**

- Verksamhetschef Joakim Lagerström
- Psykossektionschef Ylva Samuelsson
- Nygårdens enhetschef Liselotte Skarle
- Heldygnsavdelning 36:s enhetschef Ingela Brunsärn
- Heldygnsavdelning 34:s enhetschef Maria Vikström
- Chefsjuksköterska Bo Hejdenberg
- ST-läkare Anna Voltaire
- Psykiatrijuksköterska Carin Lindebom
- Mentalskötare Gunilla Edman
- Psykolog Bernarda Cocke

Och ett stort tack till professor Kazuhiko Kawasaki och japanska ambassaden för initiativet och förtroendet!

Text och foto:  
**Georgia-Phaedra Vitali**  
*Överläkare, psykos enhet, Psykiatricentrum Södertälje  
 Stockholms läns sjukvårdsområde*





## Går det inflation i ”neuropsykiatrisk” diagnostik?

Detta var rubriken på en välbesökt debatt under SPK fredagen den 16 mars.

Debatten, som i viss mån kom av sig eftersom egentligen ingen tydligt avvikande mening framfördes, innebar anföranden av Peik Gustafsson (BUP) och Christian Rück, och modererades av Susanne Bejerot.

Undertecknade fick i uppdrag att skriva något utifrån rubriken, men eftersom vi inte minns om uppdraget innebar ett referat eller en debattartikel har vi valt att skriva hur vi två ser på saken (vilket i stor utsträckning sammanfaller med nästan allt som sades vid debatten ifråga).

Neuropsykiatri är en olämplig term eftersom den delar upp psykiatri på ett godtyckligt sätt. All psykiatri kan betraktas som ”neuropsykiatri” då hjärnan som organ är viktig för all psykiatri. På engelska har man använt termen ”neurodevelopmental disorder” som är bättre men inte heller helt idealisk då utvecklingsaspekter kan vara viktiga för det mesta inom psykiatri. På svenska har man på sista tiden använt utvecklingsbetingade (kognitiva) funktionsnedsättningar. Ett begrepp som fått en ökande användning bland lekmän, inte minst politiker, är funktionsvariationer. Även detta är ett olyckligt begrepp – variationer är inte och ska inte vara underlag för diagnostik, men funktionsnedsättningar är det. Det är en dyster utveckling när variationer (förutsättning för all evolution!) börjar ses som patologi.

Undersökningar från olika delar av världen har under de senaste åren visat stigande och nu förhållandevis höga prevalenssiffror för ADHD och autism. Nyligen publicerade resultat från Stockholm visar prevalenssiffror för autism på 3,1 % och ADHD på 7,7 % bland tonåringar. Detta skulle innebära att närmare en tiondel av alla tonåringar har en kognitiv funktionsnedsättning, alltså en så bristande utveckling av hjärnans funktion att man inte utan stöd kan klara ett vardagsliv. Man måste ställa sig frågan om detta verkligen är rimligt, och hur påverkar det vården och samhället?

### En ifrågasatt diagnos

ADHD är en kontroversiell och ifrågasatt diagnos. En del av ifrågasättandet, särskilt när det gäller barn, har nog att göra med att de flesta mediciner som används mot ADHD-symptom är narkotikaklassade. Man har sagt att man ”drogar barn” då man behandlar barn med ADHD med centralstimulerande

läkemedel. Symptomen på ADHD liknar omogenhet och man kan fråga sig om man ställer diagnos på ”normala” men litet omogna barn (mest pojkar). Men man måste också fråga sig var gränsen går för en omogenhet som innebär en funktionsnedsättning. Intellektuell funktionsnedsättning (en annan diagnos som är en ”neurodevelopmental disorder”) är ju också en sorts omogenhet, men en som är bestående och inte ”växer bort”.

Hypoteserna om biologiska orsaksfaktorer för ADHD har ifrågasatts, och man har föreslagit att ADHD-beteende kan uppkomma till följd av psykosociala faktorer, bristande föräldraskap och brister i skolan. Den lavinartade ökningen av antalet individer som får diagnosen har tolkats som att ADHD har blivit en ”modediagnos”. Tomas Ljungberg har gått ut med att ”vi sviker barnen när vi medicinerar dem” och menar att man medicinerar barnen istället för att förbättra skolmiljön. Statistik visar att fler barn födda i december får centralstimulerande läkemedel än de som är födda i januari. Rör det sig om överdiagnostik? Statistik visar för övrigt också att fler barn födda i januari än i december samma år blir framgångsrika fotbollsspelare. I barndomen jämförs man med individer födda samma år, men det kan ju skilja nästan ett år i utveckling. Samtidigt har Biederman et al. 2018 påpekat att även de som har subklinisk ADHD, och följaktligen inte når upp till en gräns där de kan få någon diagnos, kan ha väl så stora svårigheter i skolan och i andra livssituationer. Den senaste tiden har man diskuterat ”late onset” ADHD, dvs. individer som verkar ha ADHD-liknande problem men som inte haft sådana svårigheter som barn. Är det ett annat distinkt tillstånd, eller förklaras dessa fall av annan sjukdom, eller andra omständigheter? Många psykiska och somatiska sjukdomar, liksom negativa levnadsomständigheter, stress, sömnbrist, missbruk etc. kan medföra problem med uppmärksamhet, uthållighet och impuls kontroll. De exekutiva funktionerna/kognitiva stödfunktionerna verkar vara mycket känsliga för både direkt hjärnpåverkan och omgivningsfaktorer.

### Minskad tolerans?

Rapporter från uppföljning av de rumänska barnhemsbarn som adopterades till England på 90-talet visar att somliga fått tilltagande ADHD-symptom med ökande ålder. Allt detta gör det svårt gällande avgränsningen mellan ADHD och annan psykiatri, och mellan ADHD och normalitet. Många har partiell remission i vuxen ålder och kanske ganska få, ca 20 %, komplett remission (dock osäkra siffror). En svensk studie (Rydell et al



2018) visar att antalet individer som får diagnos med påtagliga symptom inte ökat medan de med lindrig symptomtyngd som får diagnos ökat betydligt i antal de senaste åren. Får vi alltså allt svårare att tolerera avvikelser i kognitiva funktioner?

Gällande autism har antalet som får diagnos också ökat kraftigt. Sverige och Sydkorea verkar vara världsledande med prevalenssiffror på över 3 %. Ett problem då man ställer en autismspektrumdiagnos är att funktionsnivån kan ändras med åldern och med förändringar i omgivningen. Arvidsson et al 2018 har visat att symptomtyngden hos de som får en autismdiagnos minskat påtagligt i åldrarna 7–12 år, dvs. man ställer diagnos på allt fler med lindrig grad av autismproblematik. Utifrån klinisk erfarenhet verkar det som om alltmer subtila svårigheter med socialt samspel allt snabbare inger misstankar om autism. Den oerhört varierande och breda grupp som ingår i normal-spektrum krymper alltmer, samtidigt som det verkar som om psykiatrin inte längre är införstådd med att psykisk sjukdom såväl som personlighetsstörningar medför brister i socialt intresse och förmåga.

Det finns alltså starka hållpunkter för att man ställer ADHD- och autismdiagnoser på allt lindrigare fall då det gäller graden av symptom. Samtidigt vet vi att dessa funktionsnedsättningar innebär ökad risk för många problem i livet, ökad risk för att få andra diagnoser och t.o.m. sänkt livslängd. Det finns således goda skäl att uppmärksamma dessa riskindivider. Frågan är vad den ökade diagnostiseringen av lindriga fall för med sig. Ökningen är inte äkta i meningen att allt fler skulle drabbas av dessa svårigheter, utan det handlar om att lindrigare fall får en diagnos. Medvetenheten har ökat. Tidigare var det svårt för många att få hjälp. Kanske samhället också förändrats så att även de med lindriga symptom upplever större svårigheter att klara vardagslivet idag. Normaliteten har blivit snävare – kraven på individen har ökat och toleransen för avvikelser minskat.

### Över- och underdiagnostik

Det är viktigt att det finns tillräckligt med kunskaper om dessa diagnoser, annars är risken stor för såväl under- som överdiagnostik. Bra uppföljningar av patienterna är ytterst viktigt då det ger möjligheter att korrigera felaktiga diagnoser (hur ofta görs det?) och över- och underbehandling med läkemedel och andra insatser. Uppföljning av patienter är dessutom, vilket tyvärr ofta glöms bort (eller bortses ifrån av administrativa skäl?) den absolut bästa vägen att lära sig, att fördjupa och förbättra sin diagnostiska kompetens. Tyvärr förekommer det inte så sällan, just när det gäller ADHD och autism, att diagnostik och uppföljning/behandling utförs i olika verksamheter. Troligen bidrar detta till åtminstone överdiagnostik. Det är också viktigt att beakta den höga förekomsten av samtidig sjukdom, vilken

ibland är den viktigaste faktorn i patientens funktionsnedsättning.

Man behöver diskutera problemet med att det kan gå inflation i diagnoserna så att betydelsen av att få en diagnos minskar, vilket kan drabba dem som har rejäla symptom negativt så att de får mindre hjälp och stöd. Så länge insatser ges utifrån diagnos, snarare än utifrån problematik och behov, kommer det att vara frestande för den patientorienterade klinikern att ställa autism- eller ADHD-diagnos även i tveksamma fall. Ibland är detta t.o.m. helt nödvändigt, då patienter utan "rätt" diagnos kanske lämnas helt utan hjälp. Kunskaperna om utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar (inte bara ADHD och autism utan även intellektuell funktionsnedsättning och så kallad svagbegåvning) behöver öka i hela samhället liksom inom professionen. Samtidigt behövs också personer med särskild expertkompetens, grundad på klinisk erfarenhet och gärna sunt förnuft.



**Peik Gustafsson**

*Docent, överläkare, universitetslektor i barn- och ungdomspsykiatri  
Lunds universitet  
Foto: Else-Britt Löfdahl*



**Lena Nylander**

*Överläkare, med dr.  
Vo Vuxenpsykiatri Lund  
Foto: Gunnar Sandström*

Referenser: [www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/](http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/)



## Att ta ställning i eutanasifrågan

Med denna artikel önskar jag i kraft av ett längre format, utifrån enkla och grundläggande krav på vårdåtgärders kvalitet och säkerhet – då främst risken för mortalitet (på felaktiga grunder) – avfärda eutanasi i varje form som en orimlig vårdåtgärd enligt gängse normer. Samtidigt vill jag bjuda in till utvecklande dialog och ett ”brottande” med de allvarliga realiteterna som ligger till grund för att eutanasi överhuvudtaget efterfrågas och förespråkas så att livshjälpen i dessa sammanhang av lidande istället stärks och utvecklas. Då eutanasi av förespråkare framförs som ett förnuftigt nytänkande för en bättre värld medan avståndstagande från eutanasi framställs som en inhuman och förlegad – närmast religiös eller paternalistisk – moralism vill jag inleda med att besinna vårt mänskliga predikament av språkligt representerande och skapande av vår upplevda värld och det vi håller för kunskap.

### Inledning

*“The world is out there, but descriptions of the world are not. The world does not speak. Only we do.”* (Irony, Contingency and Solidarity, Richard Rorty, 1989.)

Citatets innebörd är de flesta av oss mestadels omedvetna om. Rorty – liksom psykologisk, psykoterapeutisk och nu även neurovetenskaplig kunskap – pekar på att vi är författare och målare av den inre värld vi ser eller förväntar oss, vanligen utan att veta om det. Våra tankar och känslor är så verkliga och signifikanta, de är sanningar i vars centrum vi själva befinner oss. Att de är skapade – genom hjärnans arbete med att simulera prediktioner för bästa överlevnad baserat på det förflutna inkodade engram av sensorik och språkliga representationer av minnena – det har vi inte mycket insikt om (Lisa Feldman Barrett, How emotions are made. The Secret Life of the Brain).

Men liksom alla djur så måste vi ha ett ”default mode network” och den språkligt symboliserande hjärnfunktionen som vi har fått är överordnat infogad i samma funktionella system. Systemet förutsätter och samarbetar dock med ”salience network” och bl.a. därigenom får vi möjligheter att betrakta ”gestalterna”

av figur och bakgrund som formerar sig i sinnets automatik och därmed finns möjligheten att välja att skifta fokus, släppa en figur eller intressera sig för något obeaktat i bakgrunden och då framträder en annan ”värld”.

Kontexten för vårt tänkande är alltså avgörande för vad vi ser och vad vi gör. Språket ger hjärnan oändliga möjligheter att operationalisera världen med abstrakta symboler, att ”relationsinrama” arbiträrt vilka samband som helst i kaskader av relationsramar (Relational Frame Theory, se The Wiley Handbook of Contextual Behavior Science, red. Robert D. Zettle et al.). Om dessa inre världar av representationer sen är hjälpsamma i vårt handskande med och skapande i den yttre världen, det är frågan vi behöver leva med pågående, i stort och smått.

Är vi fångade i självrefererande system av tänkande med begränsade referensramar som inte kan se och hantera det problem eller de utmaningar vi står inför? Alltså, är vi fångade i det Einstein påtalar dvs. att varje nivå av tänkande skapar problem som det inte kan lösa? Dvs. att för verkligt nydanande förändring krävs att göra ett skifte av tankesystem, kontext, en ”förändring av andra ordningen” (transformation) – som psykologen och filosofen Paul Watzlawick (Change, 1974) uttryckte det – medan ”förändring av första ordningen” inom rådande tankesystem ger ”mer av samma”.

### Eutanasi och försiktighetsprincipen samt behovet av att utveckla livshjälpen

Då kommer vi till eutanasin och dödshjälpen. Såväl förespråkare och motståndare kan förstås identifiera sig i denna inledning och tänka att man själv är visionären som har receptet för den goda framtiden och motståndarsidan är den som väljer den lätta vägen som konserverar en värld vi inte vill se. Det en framtida fungerande värld dock kräver av oss alla är att vi skärskådar hur det förhåller sig med oss själva och vart vårt tänkande leder oss.



Även när vi tycker oss ha gjort en eftertränkt analys – och ett grundat ställningstagande – så kan den vara farligt begränsad av bortseende från allt sådant som vi egentligen *vet att vi inte vet* som har relevans i frågan. Än värre, det finns alltid för alla frågor och aspekter i livet en domän av *det vi inte vet* att vi inte vet. De två ”ignoransdomänerna” kan sägas vara grunden till försiktighetsprincipen för att införa nya tekniker där effekterna inte kan överskådas för människa och miljö. Det samma gäller för riskanalyser av nya metoder i vården. I frågan att vara emot eutanasi (här övergripande begrepp för aktiv eutanasi och för läkarassisterat självmord/dödshjälp) ska några avgörande punkter här anföras.

Först ska konstateras att i strävan efter eutanasi finns ett adresserat problem som även de som är emot eutanasi har att börja förhålla sig till. Hur ska det lidande – hur det nu än ser ut i ”verkligheten” bortom olika värderande beskrivningar och begrepp hos personen eller utomstående – som förespråkarna vill ha dödshjälpen för hanteras och förebyggas istället? Vi som gör en negativ riskanalys av eutanasi, såväl för individer som samhället, behöver – i avvisandet av eutanasi för dess risker – föra diskussionen vidare kring *var möjligheterna istället ligger och vad vi vill se i en framtid där efterfrågan av dödshjälp aldrig ska vara ett seriöst alternativ*.

En framtid där den medmänniska som har svårt att orka leva ett svårt liv, eller en svår sista tid, får den hjälp och det stöd den behöver så att den, trots svårhanterlig sårbarhet och stress, återerövrar en sådan känsla av sammanhang att livet ändå har värden och en upplevd värdighet. Detta får bli fokus för nytänkande artiklar och dialog – för att ta debatten vidare i framåtblickande. Här vill jag *bjuda in alla*, motståndare, odeciderade och förespråkare till att börja tänka och formulera. Om dödshjälpen inte är svaret, *hur ska livshjälpen se ut?*

### Frågor rörande rimligheten i att låta vården och staten möta lidande med eutanasi

Men för denna artikel som deklarerar det första steget av ställningstagandet att vara för livet, genom att vara emot att framkalla döden och därmed emot eutanasi, är dock frågan – utifrån försiktighetsprincipen – till förespråkare av dödshjälp eller eutanasi och till de som inte tagit ställning: *är det acceptabelt att ens några felaktiga dödsfall äger rum i sammanhanget av något som ska vara en vårdåtgärd?* Är ert svar ja blir följdfrågan, varför skall vi acceptera det när vi inte gör det för andra vårdåtgärder? Vidare, hur stor andel är acceptabel? Slutligen, hur ska vi kunna fastställa och hålla säker kontroll på den andelen felaktig dödlighet i vården av «dödshjälp»?

Är svaret nej (vilket det rimligen bör vara) blir några av följdfrågorna istället: *Hur ska lagen och dess tillämpning garantera att misstag och missbruk inte leder till att patienter – som skulle ha*

*haft vård och stöd i ett värdigt liv – får ett förkortat liv och ovärdigt livsslut?*

Nu gäller det att se upp och orientera rätt i den paradoxala kontexten här, dvs. att trots att vårdåtgärdens existens och syfte är att framkalla döden och att detta har åstadkommit, så kommer det ofrånkomligen också ha skett i fall där vård och behandling för att leva meningsfullt och drägligt skulle ha getts. Hjälpen att dö kommer medföra att en del patienter avlider på grund av vården när detta var felaktigt och inte patientens verkliga önskan och behov. *Alla bör i den klara tankens namn kunna utgå ifrån och vara ärligt överens om att det inte kommer vara möjligt att undvika. I vilken värld finns det lagar, doktorer och sjukvårdssystem utan brister och risker samt juridiska institut som inte kan utnyttjas för oavsedda och därmed olagliga syften?*

Utgångspunkten måste vara, av empiriska och logiska skäl, att det inte kommer att gå att införa en ”svensk förbättrad” version av Oregon-modellen som inte kommer att döda ett antal människor felaktigt (här utgår vi då ifrån att eutanasiivrare med andra intentioner, som t.ex. Kajsa Dovstad som vill ha en kanadensisk modell med aktiv eutanasi och en utveckling med utvidgade indikationer, hålls borta från inflytande i kampen för en svensk lag). Låt vara att denna oavsedda dödlighet skulle kunna komma att ligga på procent- eller t.o.m. på promille-nivån. Det kommer att hända också i en svensk modell.

*Är då någon sådan dödlighet alls acceptabel? I dagsläget är det svårt att ens få syn på och än mindre att komma åt att prata om denna dödliga biverkningsrisk i dödshjälpsdebatten då själva vårdåtgärden ju går ut på att framkalla döden!* Så här måste vi se för oss människor som är deprimerade eller bara ensamma och förtvivlade och som med farmakologisk, psykoterapeutisk och annan behandling eller bara god vård, omsorg och samtal, tillsammans med närstående får det stöd de behöver – men inte tror att de kan önska sig – för att klara att leva vidare den tid de har kvar. En tid vars längd ingen kan veta.

Det kan vara människor som kanske kommer i sitt terminala tillstånd genom att de i depression – eller ren uppgivenhet – slutar ta eller sköta behandling eller utredning, eller slutar eller inte sköter basalt intag av näring, vätska och basal aktivitet och därför blir terminalt sjuka. *Är ett utfall, med en vårdåtgärd som leder till döden, acceptabel för någon eller några fall med dessa behandlingsbara och vårdkrävande icke terminala tillstånd?* Ska inte medkänslan, kraften och resurserna istället läggas på att vi vetenskapligt utvecklar – och med vårdprogram fokuserar och normerar – hjälpen vid detta lidande och dess bakomliggande sjukdom och sociala utsatthet?

För att sätta på näthinnan det vi pratar om här – in i en konkret motsvarande verklighet från annan vård och behandling – så



behöver jämförelsen med vetenskaplig farmakologisk behandling börja göras.

*När läkemedel visar sig ha klarlagda allvarliga biverkningar med dödsfall, framkallande av svår sjukdom eller fosterskador, så dras de omedelbart in* (listan kan göras lång och här ska inte belastas med namn). Det spelar ingen roll att de kostar många miljarder kronor att utveckla och det spelar ingen roll om de har en mycket god och viktig effekt för de allra flesta. Det spelar ingen roll att dessa biverkningar är mycket sällsynta, om de inte med någon metod säkert kan förebyggas. Det räcker säger vi då. Sådana läkemedel garanterar vår moderna juridik att vi inte ska ha. Marknaden för läkemedlet faller så snart upprepade rapporter om dessa utfall kommer. Bolaget tappar sitt förtroende och värde om de, när risken står klar, inte själva omedelbart drar tillbaka medlet innan läkemedelsmyndigheten i varje land gör det.

Så sammanfattningsvis är här ställda frågor nödvändiga och tillräckliga, samt därmed avgörande, att besvara beträffande eutanasi oavsett modell. Accepterar vi att sjukvården ska åläggas att upphäva och överträda den flertusenåriga gränsen för samhällskontraktet – mellan människor och mellan människor och samhällssystemet/staten – att «du/vi ska inte döda» med den fundamentala risken för patienterna som vi, oaktat att några få länder har infört eutanasi, i vårdsäkerhetens och etikens namn måste tala om?

Accepterar vi att en samhällsförändring ska göras som innebär att läkare och sjuksköterskor ska delta i något som det flesta är överens om inte är och aldrig kan bli vetenskaplig behandling, utan endast en statligt införd vårdåtgärd som utförs på patienters antagna välgrundade begäran efter en godtycklig bedömning av läkare – *ingen vetenskap för detta förfarande finns* – vilket resulterar i patientens, medmänniskans, död och att möjligheterna till att ge just behandling och vård släcks? För alltid. När detta, helt bortsett från en rad risker och konsekvenser för samhället som här inte har tagits upp, faktiskt innebär att människor som hade velat och hade kunnat hjälpas att leva kommer att dö av "dödshjälpen"?

### Något om dödsönskans funktionalitet och bemötande i livets slutskede

För att återvända till inledningen så följer med människans språkligt burna simulerande av nuet för predicerande av framtiden att vi också kan ha livets avslutande som en möjlig utväg. Människan är det enda djuret som tar livet av sig i en avsiktlig handling (medan alla djur kan visa beteendet att dra sig tillbaka i passivitet och sluta äta och dricka när livet håller på att rinna ut vilket påskyndar processen). Vi vet att självmordstankar och till och med planer är mycket vanliga och det fungerar som en ventil och tröst att ha dessa tankar. Som väl är har vi som

mänsklighet kommit så långt att sådana tankar och handlingar inte är fördömda och straffbara.

Att ha tankar om att vilja få sitt liv avslutat är en signal till omgivningen om att lidandet är svårt och att problemlösningsmöjligheterna är på upphällningen. All hjälp och allt stöd måste då tillskapas som bidrar till att bära av lidandet och skapa mening med tillvaron. Här finns ingen skillnad mellan dödsönskan vid suicidalt beteende och vid kronisk eller terminal sjukdom när det gäller behovet av en total personcentrerad insats från det professionella och det privata nätverket runt personen (även om skillnader i omständigheterna kring dödsönskan förstås finns vilket American Association of Suicidology i sitt Statement från 30 oktober 2017 tagit fasta på för att försöka göra det till två artskilda fenomen).

Att istället gå med patienten i att ett förtida avslutande av livet är lösningen är att ge upp om sitt vårduppdrag att lindra och trösta i det liv som pågår. Att gå med i att livet ska avslutas är att svika medmänniskan och dess möjligheter även om personen i stunden och även över tid ser det precis tvärtom, vilket är dess naturliga svar på situationen och lidandet.

Om det "enbart handlar om veckor" innan döden skulle inträffa naturligt som namnkunniga förespråkare nu gärna vill framställa det – nu när eutanasi i Sverige liksom i USA huvudsakligen presenteras i en krympt kostym till "terminal" "dödshjälp" – ja då ska det enligt gällande bestämmelser i Sverige handla om undvikande av livsförlängande behandling, att ge palliativ vård och vid behov terminal sederig fram till dödsögonblicket, om så önskas i hemmet och tillsammans med närstående. En vård som behöver byggas ut – och som allt annat utvecklas. Det är vad proaktivt "läkar- och vårdassisterat dödande" bör betyda dvs. hjälp i det resterande livet och inte till att framkalla döden.

Även om den kanadensiska lagen innefattar aktiv eutanasi med injektioner och välfärdssystemen kan ha olika nivåer i våra länder så beskriver 10 kollegor i Quebec i denna artikel <https://www.einpresswire.com/article/451140107/physicians-denounce-lack-of-free-informed-consent-safeguards-of-euthanasia-and-assisted-suicide-laws> pregnant exempel på den dehumanisering och de dödliga kedjereaktioner som eutanasi i olika former kan leda till så snart detta för vård och omsorg artfrämmande avlivningsinstrument införs.

**Johan Andreen**

*Specialist, f.d. överläkare, i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri*

*Forsheda*

*Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk*

*ohälsa, NASP, KI*

*och SuicideZero*





# Att behandla stress ökar överlevnad för cancerpatienter

**Kronisk stress riskerar att påskynda spridningen av cancerceller. Låt oss ta den kunskapen och utforma nya behandlingsterapier och satsa på förebyggande insatser och på att bättre behandla stress hos redan drabbade. Nätverket mot gynekologisk cancer vill att ingen cancerpatient ska utsättas för onödigt lidande!**

Det finns ett samband mellan kronisk stress och spridning av dottertumörer, och forskare har fått lovande resultat med blodtryckssänkande läkemedel som kan blockera den onödiga kroniska stressen. Detta har man sett bland annat för bröst- och prostatacancer samt för malignt melanom.

Tack vare denna kunskap kommer vården troligtvis kunna behandla cancerpatienters kroniska stress med blodtryckssänkande läkemedel – och samtidig öka överlevnaden. Blodtryckssänkande läkemedel är några av våra vanligaste och mest kända mediciner utan några större biverkningar.

## Bättre vård för psykologiska besvär

Cancerpatienter drabbas i högre utsträckning av andra sjukdomar, som hjärtkärlsjukdom och psykisk ohälsa, och cancerpatienter råkar även oftare ut för olycksrelaterade skador. Vi vet även att stress kan öka risken, påskynda och förvärra en cancersjukdom, samt att stress och ångest även innebär en förhöjd risk för många andra folksjukdomar. Forskning visar att svår stress, som ett trauma, kan öka risken för livmoderhalscancer. Vården behöver därför bli bättre på att behandla psykologiska besvär hos redan cancerdrabbade patienter. Professionen bör inse att många cancerpatienter drabbas av svåra psykologiska besvär, kanske redan så tidigt som vid diagnos, och att allvarliga besvär kan leda till svåra konsekvenser för patienten. Därför bör onkologer och psykologer jobba ihop.

Vården behöver också arbeta med att minimera händelser som ökar patienters stress, som till exempel långa väntetider, svårighet att få tag på vårdpersonal för att ställa frågor vid oro, oklarhet om behandlingar och om effekter av behandlingar, samt avsaknad av information om vart man vänder sig för att slippa åka till akuten i samband med behandling, men även okunskap om seneffekter och vårdens ibland bristande förmåga att sätta sig in i patientens situation.

## Förebygg och behandla i tid

Mycket kan förebyggas genom främjande insatser, som att öka kunskapen generellt om risktecken på psykiska besvär – som

dålig sömn och minnesstörning – och att sjukvården börjar erbjuda adekvata individanpassade insatser i tid. Problemet idag är att sjukvården är tillgänglig endast för människor som är allvarligt sjuka. Denna tillgänglighet inkluderar inget helhetsomhändertagande. En av hälso- och sjukvårdens främsta uppgifter borde vara att motverka ohälsa.

## Sverige har förbundit sig att satsa

Sverige har som medlemsstat i FN förbundit sig att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar värld till år 2030. Ett av Agendans delmål, 3.4, ska till 2030 genom förebyggande insatser och behandling främja människors psykiska hälsa och välbefinnande. Nätverket vill därför lyfta upp denna koppling mellan stress och cancer på den politiska agendan, för att öka kunskapen och möjliggöra mer resurser till detta viktiga område som behöver forskas om ytterligare och få mer utrymme i sjukvårdsbudgetar.

## Inga patienter ska behöva lida

Inga cancerpatienter ska lida av onödig stress! Vi hoppas också att, som ett resultat av gedigen forskning inom området, insatser mot allvarlig stress kommer att listas bland Världshälsoorganisationens (WHO) cancerförebyggande hälsoregler.

**Barbro Sjölander**

*Ordförande Nätverket mot gynekologisk cancer*



Foto: Rickard Kilström

## Vidare läsning

<https://gyncancer.se/2017/10/att-forlora-ett-barn-kan-okar-risken-for-livmoderhalscancer/>

<https://gyncancer.se/2018/02/mindre-stress-med-blodtryckssankande-medicin-kan-ge-bättre-prognos-for-cancerpatienter/>

# Uppdrag för svensk barn- och ungdomspsykiatri

**Barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag är att erbjuda insatser på specialistnivå.**

- ✓ **Insatser ges** till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad
- ✓ **Insatserna utgår från** vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna består av bedömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd
- ✓ **Verksamheten samverkar** med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar.

**2018 02 08 Bergendahl, antaget av samtliga regioner och landsting**

Här är den definition av BUPs uppdrag som Sfbup tillsammans med SKL och landets samtliga regioner och landsting enades om under 2018. Kan vara bra att känna till!



3–4 december 2018 • Bonnier konferens • Stockholm

# PSYKIATRIN I PRAKTIKEN

– att utveckla mötet, patientens styrkor och att säkra kvaliteten

2

INNEHÅLLSRIKA  
DAGAR!

För dig som  
möter patienter

**Workshop:** Egen reflektion och samtal i små grupper kring förhållningssätt och viktiga faktorer som kan stärka mig i min profession utifrån friskfaktorer, vanor och återhämtning

## SMAKPROV UR PROGRAMMET

**Nya riktlinjer inom: Personlighetssyndrom,  
Transkulturell psykiatri och Beroendemedicin**

Lisa Ekselius, Sofie Bäärnhjelm och Åsa Magnusson

**Myter eller möten i psykiatri?**

Sebastian Gabrielsson och Git-Marie Ejneborn

**Jämlik vård av god kvalitet**

**– hur implementeras och sprids den?**

Anders Berg och Ing-Marie Wieselgren

**Moderator: Ullakarin Nyberg**

Psykiatriker och ordförande, SPF

Läs mer på [gothiafortbildning.se/psykiatrin-i-praktiken](http://gothiafortbildning.se/psykiatrin-i-praktiken)



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

I samarbete med Svenska Psykiatriska Föreningen

GOTHIA  
FORTBILDNING

## SPF fortbildar

Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder hösten 2018 in till ännu en kostnadsfri fortbildning för medlemmar i SPF eller STP på universitetsorter runt om i landet. Höstens tema blir **intellektuell funktionsnedsättning**. Vi kommer att hålla fortbildningen i Umeå, Göteborg, Malmö och Stockholm. Datum är ännu inte bestämda men publiceras inom kort på vår hemsida ([www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)).

Styrelsen  
Svenska Psykiatriska Föreningen

## Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till [kanslisten@svenskpsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se)

För säkerhets skull!

## Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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



## Schizofreni - en forstyrrelse av selvet Forståelsens betydning for klinisk virksomhet

Paul Möller  
Universitetsforlaget, 2018

I våra grannländer Danmark och Norge har man sedan länge en fenomenologisk tradition när det gäller psykiatri – man undersöker noga och försöker att i diagnostik och även behandling utgå från patientens upplevelser, särskilt när det gäller störningar i schizofrenispektrum. Blivande psykiatrer och andra yrkeskategorier undervisas sedan åtskilliga år i fenomenologi. Man är kritisk till den förtyllade diagnostik och bristande förståelse för patienterna som man menar att DSM har medfört. I Danmark har professor Josef Parnas varit ledande på området, och vid Köpenhamns universitet finns ett Center for Subjektivitetsforskning som leds av Dan Zahavi, professor i filosofi och där Parnas är en av medarbetarna.

I Norge är med dr Paul Möller en tongivande förespråkare för ett fenomenologiskt synsätt. Tillsammans med bland andra Parnas och Zahavi skrev Möller 2005 den grundläggande artikeln om EASE1 (Examination of Anomalous Self-Experience). Artikeln, som huvudsakligen består av en manual för semi-strukturerad intervju utifrån ett antal kategorier av självstörningar, har översatts till 11 språk, däribland svenska. I Sverige märks ett ökande (eller kanske återuppväckt) intresse för fenomenologi inom psykiatrin på flera håll – studiecirkelar bildas, utbildningsdagar ges och forskning planeras. En ny upplaga av den svenska översättningen av EASE är på gång.

Paul Möllers nya bok om schizofreni som en självstörning, och betydelsen av förståelse för detta, utgår från, förklarar och bygger vidare på EASE. Boken är, trots norskan, ganska lättläst och fördjupar förståelsen hos läsaren för vad som menas med subjektivitet, och med självstörningar. Författaren framhåller betydelsen av kunskaper om detta, och av en väl uppbyggd relation med patienten när man försöker undersöka självstörningar med hjälp av EASE. Kategorierna i EASE går igenom, och exempel från patienters egna beskrivningar ges. Det handlar inte om psykotiska symtom, utan om de självstörningsupplevelser utan psykostyngd som visat sig vara vanliga vid schizotypi och i prodromalfaser till schizofreni – ofta är det "som om"-upplevelser. Viktiga, och ofta försummade, är alla de ofta plågsamma och funktionshindrande kroppsliga upplevelser som patienter är bekymrade för och kan berätta om – om någon ställer frågorna på rätt sätt. En EASE-intervju tar ett par

timmar att genomföra, men är så givande för både patienten och behandlaren att det är (mycket) väl använd tid.

Paul Möllers bok innehåller inte bara en genomgång av fenomenologiska begrepp som subjektivitet och av självstörningar utifrån EASE, utan en stor del av boken ägnas åt en detaljerad beskrivning av en behandlingsmodell med samtal som utgår från patientens egna beskrivningar av sina upplevelser av självstörningar. Behandlaren och patienten undersöker tillsammans de fenomen som patienten beskrivit, försöker hitta förklaringar, undersöker hur upplevelserna påverkar patienternas vardagsliv och försöker tillsammans hitta nya tolkningar – allt underbyggt av ett fortlöpande psykoedukativt förhållnings-sätt där patienten får ökad kunskap om subjektivitet. Möller understryker att behandlingsmodellen bör kombineras med andra insatser (psykosociala, medikamentella etc.) och att behandlaren måste vara flexibel och anpassa de olika stegen till individen och förutsättningarna. En viss kognitiv nivå hos patienten måste nog finnas, men är också en förutsättning för att en EASE-intervju ska kunna genomföras.

Boken rekommenderas till alla med ett intresse för fenomenologi i psykiatrin, särskilt givetvis om man arbetar med patienter med schizotypi eller misstänkt begynnande schizofreni. Det borde finnas, som i grannländerna, ett tydligt omhändertagande av de patienter som är högriskpersoner för att utveckla psykosjukdom och där kan EASE-intervjun och dess uppföljning vara en viktig del. Boken är ett bra fördjupande komplement till EASE-intervjun (som man bör ha utbildning, som hittills endast ges i Danmark och Norge, för att genomföra).

**Lena Nylander**  
*Psykiater, med dr*  
*Vö Vuxenpsykiatri Lund*

1Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., Zahavi, D. (2005). EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258



## Sjömannen som gick genom väggen - om människans exceptionella upplevelser

Tomas Ljungberg och Björn Wrangsjö  
Dualis förlag, 2018

### Upplevelser man inte gärna pratar om

Denna bok innehåller en beskrivning av olika former av exceptionella och andliga upplevelser man kan möta i vardagslivet, och som kliniker. Man kan bli förbryllad över osannolika sammanträffanden, föräningar, sanndrömmar, eller synbar överföring av tankar. Man kan också spontant, utan meditativ träning, få en mystisk upplevelse av enhet mellan sig själv och omvärlden och en ny förståelse av tillvaron. Många människor rapporterar närdödenupplevelser, minnen av sin egen födelse, tidigare liv, utom-sinnlig ("extrasensory") perception, klärvoajans, prekognition och psykokenetik.

Alla dessa upplevelser kan förekomma såväl hos patienter som hos välfungerande personer som inte uppfyller kriterier för psykisk sjukdom. Enkätundersökningar i USA tyder på att 20-30 procent av respondenterna haft mystiska upplevelser. I Sverige har professor Alf Gabrielsson i "Starka musikupplevelser", också en enkätstudie, rapporterat mystiska och transformativa upplevelser under musiklyssning hos 600 respondenter.

DSM-diagnostiken lämnar en i stort sett i sticket när det gäller dessa tillstånd, och den vetenskapliga litteraturen är begränsad. Författarna är båda läkare och docenter. Björn Wrangsjö har disputerat i barn- och ungdomspsykiatri och Tomas Ljungberg inom farmakologi. Man tar egna upplevelser och upplevelser hos bekanta som utgångspunkt och diskuterar hur långt rådande paradigmet räcker, samt redogör för de alternativa förklaringsmodeller som finns.

### Två kategorier

Författarna skiljer på två företeelser. Dels upplevelser i normalt medvetandetilstånd, såsom osannolika men meningsfulla sammanträffanden och synkrona händelser, dels andliga upplevelser i förändrade medvetandetilstånd. Dessa kan vara både positiva (Spetsupplevelser, Enhetsupplevelser, "Spiritual emergence") och störande i form av så kallad Andlig kris (Spiritual emergency) med skrämmande symboliska eller arketypiska upplevelser, uppenbarelser och kallelseupplevelser. Sådana händer inte bara för meditatörer och religionsstiftare, utan också vanliga människor i den moderna vardagen. I detta sammanhang beskrivs den transpersonella psykologin och man får en översikt av metoder som används för terapi och självutveckling i förändrade medvetandetilstånd såsom symboldrama, Guided Imagery and Music (GIM) och holotropisk andning.

Vi får också en nyanserad och kunnig presentation av placebo och nocebo. I ett separat kapitel görs en evolutionär och historisk tillbakablick utifrån etnografiska kunskaper om människan som jägare/samlare och med en animistisk upplevelse av naturen man levde i, och där själen (spirit) vandrade vidare efter döden. Här beskrivs också föreställningen om en ursprunglig "Drömtid", där urlagar måste efterlevas och där ett "syndafall" kan ske.

### Försök att förklara

Inom det gällande vetenskapliga paradigmet är slumpen den vanligaste förklaringsmodellen. Hjärnan söker etablera ett kausalt samband mellan slumpmässiga händelser som ter sig emotionellt meningsfulla. En annan förklaring är (implicit) informationsöverföring på icke-verbal nivå (som dock förutsätter att parterna befinner sig inom syn- och hörhåll från varandra). Man beskriver också tanken om ett nedärvt "urmedvetande", som rymmer basala upplevelser och beteenden från ett naturligt och ursprungligt liv hos tidiga människor. Urmedvetandet, som ansluter till Jungs arketypbegrepp, skulle vara en utökad funktionsförmåga som kan rymmas inom ett utvidgat naturvetenskapligt paradigmet, menar författarna. Information presenterar sig för medvetandet i symbolisk och implicit form och kan ge kunskap eller insikt om något som individen annars inte skulle få tillgång till i sitt vardagsmedvetande. Man kan vidare tänka sig att sådan information kan kalibreras eller stämmas av mellan individer och förklara vissa fall av intuition, klärvoajans, och telepati. I ett avsnitt diskuteras förklaringar utanför paradigmet. Finns en själ, eller till och med en Världssjäl (som hävdas inom hinduismen) som skulle förklara förekomsten av synkrona händelser? Kan det finnas en Gud, eller något gudomligt?

### Vad är "psykiatri"

Ett viktigt budskap som förmedlas i boken handlar om det humanistiska perspektivet på mångtydiga och andliga upplevelser som resurser, vilka kan också kan te sig som kriser med psykotiska inslag. Det är viktigt att skilja dessa från schizofrena, affektiva och dissociativa dysfunktionella tillstånd. En sådan differentialdiagnos fanns delvis inom psykiatrin före DSM, nämligen "reaktiva psykos", där utlösande händelser satte igång symboliskt och affektivt laddade visionära upplevelser i ett kortvarigt förlopp. Det är en kliniskt viktig skillnad mellan å ena sidan schizofrena konkreta hallucinationer och å andra sidan symboliska mångtydiga visionära upplevelser i ett vidgat medvetandetilstånd.

Exceptionella och andliga upplevelser är mycket sparsamt belysta inom dagens psykoterapi och psykiatri, varför boken fyller en kunskapslucka. Dessa upplevelser riskerar att hamna utanför uppmärksamhetsfältet i den vardagliga psykiatrin och psykoterapin eller tolkas som "vanliga" psykosor som får "treatment as usual".

### Dag Körlin

*MD, specialistkompetent i allmän psykiatri, leg psykoterapeut.  
Certifierad terapeut och lärare i Guided Imagery and Music (GIM)  
Konsultläkare inom allmän psykiatri  
Stockholm*

## Ungdomar och unga vuxna Utveckling och livsvillkor

Philip Whang, Ann Friséen och Björn Nilsson  
Natur & Kultur, 2018

### Ungdomen "sprider sig"

Ungdomstiden, socialt och psykologiskt definierad, är under expansion. Traditionellt tonårsbeteende återfinns numera i tidigare åldrar och sträcker sig långt bortom tjugo åren, in i den period som, som domän, tidigare tillhörde vuxenvärlden – "utlöparna" i sökandet av den eviga ungdomen tycks numera nå upp i pensionsåldern. Ungdomar och unga vuxna har dock tillräckligt mycket utvecklingsmässig/social kontinuitet för att kunna avgränsas som en övergripande kategori. I *Ungdomar och unga vuxna. Utveckling och livsvillkor*, ger Philip Whang, Ann Friséen och Björn Nilsson – alla forskare, lärare och skribenter – en detaljerad karta över denna integrerade domän.

### Bokens uppläggning och ramar

Boken har fyra delar. I kapitlet *Utgångspunkter* behandlas övergripande aspekter och teoretiska synsätt. *Utvecklingsområden* omfattar fysisk, kognitiv och emotionell utveckling. *Utvecklingskontexter* handlar om familj, vänner och jämnåriga, skola/utbildning och internet. I *Risker och svårigheter* slutligen beskrivs depression, ätstörningar, mobbning, droger och antisocialt beteende.

Beskrivningen av de teoretiska perspektiven karaktäriseras av mångsidighet: inlärning, psykodynamik, kognition, socialkonstruktionism, interaktionism och utvecklingsekologi.

### Några "nedslag"

Författarna påpekar att utveckling också kan betyda avveckling till exempel när den logiska förmågan utvecklas kan detta inskränka den kreativa. När det gäller utvecklingsområden är avsnittet kring utseendekultur och gruppträck viktigt. Flickors vardagliga inständighet i ett införlivat och ständigt invaderande ideal är ett stort problem som sträcker sig långt utöver psykiatriens gränser. "Tjockpratet" där flickor faller nedsättande kommentarer om den egna kroppen och får uppmuntrande svar "men inte då" från kamrater, stärker gemenskap men kan fördjupa den negativa kroppsuppfattningen. I avsnittet om kognitiv utveckling lyfts Kahnemans så praktiskt tillämpbara differentiering mellan det emotionella, kreativa, spontana, snabba, automatiska tänkandet och det rationella, logiska, långsammare medvetna tänkandet som möjliggör eftertanke, men kräver uppmärksamhet och energi. Också intressant att det enda som skiljer pojkar och flickor ur begåvningsynpunkt är att pojkarna i genomsnitt är något bättre på att föreställa sig längder och ytor.

När det gäller socioemotionell utveckling dominerar det ingående och väl genomarbetade identitetsperspektivet. Avsnittet om genus- och könsidentitet är kortfattat vilket paradoxalt nog

ter sig klokt utifrån detta områdes närmast explosiva utveckling. Av familjeavsnittet framgår bland annat att ungdomar som vuxit med andra föräldrakonstellationer än kärnfamiljens klarar sig jämförelsevis lika bra – eller dåligt. När det gäller nätverkssituationen beskrivs ibland unga vuxna som särskilt ensamma då de lämnar nära relationer utan att alltid ha funnit nya. Avsnittet om skolan som mest berör ungdomars högstadi- och gymnasieår belyser väl de inre och yttre omständigheter som dagens ungdomar har att hantera vad gäller prestation, stress och social samvaro.

Internet tas upp på ett tankeväckande sätt! Ungdomar upplever sig ha mer kontroll över relationer via sociala medier än utanför, även om kontrollen över informationsspridningen minskar och risken för mobbning ökar. Möjligheterna att testa olika identiteter med tillfälle till bekräftelse ger utvecklingsfördelar. Kommunikationen kännetecknas dock vanligen av brist på omedelbar styrande/korrigerande feedback från mottagaren vilket leder till en brist på passform och nyansering. Anonymiteten "nollställer" i viss utsträckning intersektionalitetens påverkan när man inte är informerad om "den andras" kontext.. Aktivitet i spelvärlden verkar vara på gott och ont – man kan bli "någon" där när realiteten sätter hämmande gränser. Aggressivitet kopplad till spel tycks inte få kvarstående inflytande.

Psykiska symtombilder diskuteras inom ramen för såväl ett stress/sårbarhetsperspektiv som Antonovskys salutogenes och KASAM dimensioner – Meningsfullhet, Hanterbarhet och Begriplighet. Avsnittet om mobbning är kraftfullt och illustrativt skrivet. Fyra mekanismer fångar in det moraliska disengagemang som kännetecknar mobbningsprocessen: kognitiv omstrukturering – "skojar bara", egna ansvaret sprids ut i gruppen, konsekvenser förnekas och förvrängs samt att ansvaret kan förläggas till offret. (Denna hantering av ansvar påminner mig om misshandlande mäns "förmåga" att skylla på sin partner.)

### God översikt

Styrkan i framställningen är sålunda bredden men med så många infällsvinklar kan något område bli väl kortfattat presenterat. I stort sett har författarna dock löst detta problem tillfredställande med enstaka undantag. I avsnittet likställs "Psykodynamiskt perspektiv" i stort sett med psykoanalys före 1940. Sigmund Freuds strukturella modell från 1923 och några av jagets försvarsmekanismer beskrivna av Anna Freud 1936 dominerar och praktiskt taget ingenting skrivs om psykodynamisk teori- och begreppsutveckling de senaste 80 åren.

Boken är övervägande ett akademiskt, forskningsbaserat verk med enstaka vinjetter där läsaren kommer nära ungdomarna. Affektreglering eller tonåringars inre liv utifrån klinisk psykologi behandlas knappast. Närmast ungdomarna kommer man i förordet när författarna ger läsaren en inblick i sin egen ungdomstid. Författarna har levererat ett gediget verk, en god angelägen kunskapsöversikt.

Den påminner om ett stort pussel där vissa av pusselbitarna till en del nog är väl kända av läsaren och där värdet ligger i den komplexa helhetsbild som byggs upp. Målgruppen är studerande och yrkesverksamma som träffar åldersgruppen samt allmänt intresserade.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*

## Åk utomlands under din ST!

Den europeiska ST-läkarföreningen (**European Federation of European Trainees, EFPT**) erbjuder sedan 2011 ST-läkare inom samtliga psykiatriska specialiteter att åka på kortare utlandsvistelser. Programmet erbjuder **kliniska observationsplatser** i **16 olika EU-länder**, med ett brett utbud av psykiatriska specialiteter.

Ansökan för **EFPT Exchange vårterminen 2019** är öppen **181001–181031**.

Ta chansen att få en lärorik och unik upplevelse under din ST!

Mer information & ansökan: [efpt.eu/exchange](http://efpt.eu/exchange)



ST-LÄKARE I  
PSYKIATRI

**Tips!** Ett utmärkt tillfälle att ansöka om ekonomiskt stöd för vistelsen via **Cullbergstipendiet**:

[cullbergstipendiet.se](http://cullbergstipendiet.se)







## Psykologi för vårdprofessioner

Maria Nordin, Agneta Sandström, Olof Semb och  
Kristina Westerberg

Red: Niclas Kaiser och Mattias Lundberg  
Natur & Kultur, 2018

### Att bli förstådd

Vi har alla då och då behov av att anförtro oss till någon då vi är ledsna, oroliga, förbryllade eller osäkra. Vissa medmänniskor har en särskild fallenhet för att lyssna och möta oss på ett hjälpsamt sätt. Att känna sig förstådd, att man inte är "konstig" bara för att man känner sig som man gör kan göra avgörande skillnad. Denna process är en central komponent i "common factors" i psykoterapeutiskt arbete och återfinns som väl är ofta i vardagens mellanmänniska relationer. En sådan kvalitet på mötet är sålunda en del av det psykoterapeutiska arbetet, men människors behov av andras förståelse och stöd för att "komma vidare" kan ju bara tillfredsställas då de är en del av en djupare mental problematik.

I *Psykologi för vårdprofessioner* har en författargrupp av forskare och kliniker med sinsemellan kompletterande bakgrunder vid Umeå universitet, med Niclas Kaiser och Mattias Lundberg som redaktörer, fångat upp vikten av denna process även i andra vårdrelationer än de psykoterapeutiska. I vårdsektorn i stort pågår ständigt ett gigantiskt antal relationer mellan vårdgivare och vårdtagare där det finns utrymme för utveckling av fördjupad relationell kompetens inte minst för att de flesta klagomål till patientnämnder berör kommunikation och bemötande, inte vårdinnehållet i sig.

### A och O

I bokens första kapitel "Samtalsmetodik" preciseras och diskuteras utförligt just de relationsfärdigheter och psykologiska kunskaper som vårdpersonal behöver ha som kan vara användbara i "mellanrummet" mellan vardagsmedmänniskligheten och den psykoterapeutiska expertinsatsen. En av hörnstenarna i denna relationskompetens är just förmågan att validera vårdtagarens upplevelse, skapa tillit, visa värme och medkänsla. I sig är det viktigt att kunna upplösa relationskompetenser i tekniska receptbeskrivningar. Det kan dock finnas en viss risk att förhållningssättet blir "korrekt" men saknar den inre förankring och det djup som svarar mot "autenticitet". Intresse och förståelse måste avspeglas i andning, blickkontakt och tonfall för att vara trovärdig.

I ett av bokens avslutande kapitel fördjupas utförligt den filosofiska och existensialpsykologiska basen för denna kvalitet på relationen emellan hjälpsökande och hjälpare. Den hjälpsökande är en unik person, inte bara bärare av en samling problem som ska åtgärdas. Sökandet efter sammanhang och mening är en del av att vara människa och detta kan förstärkas i tider av sjukdomar och problem med ökande livsångest. Respekten för den levda erfarenheten, upplevelsen, är viktig för ett möte och en fenomenologisk dialog, Bubersk Jag-Du anda.

### Kunskapsdomäner

Dessa två kapitel utgör en ram inom vilken ett antal kunskapsområden presenteras med exemplifierande vinjetter och avsluta-

de frågor för reflektion: social- och gruppsykologi, organisation och ledarskap, KBT och PDT, neuro- och utvecklingspsykologi, kris och trauma. Där behandlas också "hälsopsykologi" med fokus på hälsa i vid mening, stress, återhämtning samt samspelet mellan smärta och rädsla. En poäng i upplägget är att de enskilda kapitlen "står på egna ben" och kan läsas separat och skulle vart och ett förtjäna en egen recension.

### Några axplock

Ett intressant fynd är att när ett team, på grund av inre eller yttre faktorer, inte längre kan fungera med ömsesidig kontakt, kreativitet och flexibilitet är det bättre att var och en arbetar för sig istället för att fortsätta att "låtsas vara ett team". Här finns också ett reflekterande avsnitt angående "lydnad". Goda exempel ges också på hur självkänsla och grupptillhörighet kan skyddas och vårdas. Bra påpekande att uttryckt skamreaktion verkar aggressionshämmande på omgivningen. Trauma- och kristeori relateras till varandra vilket är intressant. Skulle dock önskat att perspektivet på kumulativa trauma hade utvecklats mer då det är så väsentligt för förståelse av djupgående omsorgsbrist hos barn.

### Nutid och dåtid

Kapitlet om "Psykodynamiskt perspektiv" är både fylligt och väl skrivet, dock med en något konfunderande avslutning med kritiska synpunkter på Freuds syn på kvinnan. Den har visserligen historiskt sett haft betydelse i psykoanalysen men som jag har uppfattat saken är den inte aktuell i moderna psykodynamiska perspektiv – kritisk historik saknas vad gäller andra teoretiska ansatser. Ett spännande men också utmanande förslag till stimulans av egen professionell utveckling är att se sin egen teori i ljuset av andra teorier vilket också tydliggör att psykologiska teorier är konstruktioner snarare än sanningar.

### Väl genomförd ansats

Sammanfattningsvis har författarna genom ett genomtänkt urval och kondensering av komplexa kunskapsområden framgångsrikt lyckats skapa en samling "miniläroböcker" och plocka "russin ur kakan" till båtad för en sannolikt ganska heterogen potentiell läsargrupp som borde kunna utökas med socialtjänst, kriminalvård och varför inte även till skolverksamhet.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

**HBQ+**

Psykologiska perspektiv och bemötande  
Tove Lundberg, Anna Malmquist  
och Matilda Wurm (red.)  
Natur & Kultur, 2017

**Jordbävning i grundläggande normsystem**

Vår upplevelse av världen och vår förmåga att dela våra erfarenheter bygger i stor utsträckning på språket. Det hjälper oss att kategorisera och underlättar utveckling och upprätthållande av ömsesidig förståelse. Längre har det funnits kategorier, normer, som med vissa modifieringar tycks ha varit ganska oomtvistade. Mamma, pappa, man, kvinna. Visst har det funnits andra kategorier men de har betraktats som "onormala", avvikelser. Oäkta barn, homosexualitet, transvestiter. Två processer förefaller nu vara under utveckling vad gäller sexuella preferenser och könsidentitet. Kategorier som enligt normen varit "onormala" har även om de inte är så vanliga, kommit att ses som normala variationer, till exempel homosexualitet och bisexualitet och nya kategorier har definierats inte minst vad gäller könsidentitet.

**Ett "landskap" som alltid funnits**

HBQ-konceptet är komplext och under utveckling och att skildra denna komplexitet måste bli en inblick i "development in progress" konstaterar redaktörerna Tove Lundberg, Anna Malmqvist och Matilda Wurm i sin antologi HBQ+ Psykologiska perspektiv och bemötande. Tillsammans med ytterligare ett tjugotal skribenter ger de en erfarenhets- och forskningsbaserad översikt över området. Ramen är socialkonstruktionistisk: kunskapen beror på hur världen kategoriseras i språket och kulturella och historiska kontexter. Förutom de "självklara" identitetskategorierna – lesbiska, gaymän, bisexuella, transpersoner – tillkommer asexuella, bdsm (bondage & discipline, sadism & masochism), personer med intersex/DSD-erfarenheter (disorders of sexual development) och polyamori.

Varje HBQ-kategori beskrivs utifrån begreppsdefinition, frekvens i befolkningen, identitet och relationer, hälsa och ohälsa samt professionellt bemötande. Aspekter på detta bemötande diskuteras i fördjupningskapitel bland annat utifrån sociala positioner som barn/unga/gamla, som föräldrar, i lägen som migranter/asylsökande eller våldsutsatta med funktionsvariationer. Under skildringarna och exemplifiering ligger också ett intersektionalitetsperspektiv även om detta inte alltid synliggörs.

**Plågsam utsatthet**

Vi har alla vår personliga benägenhet att förhålla oss mer eller mindre öppna eller avvisande så väl känslomässigt som kognitivt i denna förändringsprocess. Att förändringsprocessen kan

vara djupgripande stöds av det faktum att HBQ-tillhörigheten kan vara förenad såväl med ett totalt förnekande som med livsfara beroende på den kulturella och politiska kontexten. Den normbrytande har historiskt sett alltid haft två tänkbara "öden": att utsättas för uteslutning, straff och hot eller betraktas som banbrytande. Ibland är dessa öden flätade i varandra. Inte sällan är HBQ-"livsläget" förknippat med risk för psykisk ohälsa inte minst beroende på minoritetsstress och adderade stigma.

**Att komma ut och komma in**

Författarna lyfter, med tonvikt på den dolda maktaspekten av hur vi övervägande vuxit upp med CIS-normen, man/kvinna, heterosexuallitet såväl kroppsligt som psykologiskt. Att subjektivt finna sig inte passa in är vanligen en gradvis process av framväxande medvetenhet till exempel beträffande sexuell preferens – om någon eller några och/eller könstillhörighet – om någon. Bekräftelsen av att "det finns andra som jag" måste vara helt central, men det är också "hur andra som inte är som vi ser på oss". Här finns dilemman vad gäller att "komma ut" som minoritet i majoriteten och att komma in i en tillhörighet i minoriteten i sig och finna gemenskap. Processen kan kompliceras av internaliserad fobi mot den egna autentiska självupplevelsen som konfliktuerad med svårhanterliga känslor av skam och känsla av att inte duga i sina egna ögon. Här kan finnas transpersoner, allt ifrån de som väljer att behålla denna sida av sig privat, möjligen av misstag "avslöjad" av sin partner, i ett för övrigt helt cis-karaktäristiskt liv till de som lever ut alla aspekter av sin identitet såväl privat som offentligt. Här finns den som kanske allt sedan barndomen vändats i upplevelsen av den bristande passformen mellan "kropp och själ" och som väljer att ta språnget in i en process som psykologiskt, farmakologiskt och kirurgiskt stöder den självupplevelsen. Processen kan kompliceras ytterligare genom förväntningar från den egna gruppen att komma ut med total självrespekt.

**En utmaning för behandlarkollektivet**

Ett centralt syfte med boken är att underlätta mötet och utveckling av tillit och allians. Klienter har, beroende på sina livserfarenheter, varierande utrymme för att kunna hantera oreflekterade antaganden och generaliseringar från professionella, vilka svarar mot dessas såväl personliga som professionella tidigare erfarenheter. Bemötandet av klienter kan vara utomordentligt känsligt. Författarna betonar att man ännu så



Foto: Shutterstock/Hans Christiansson

länge bara kan ställa begränsade krav på att behandlare ska vara integrerat kunniga i HBTQ-frågeställningar men betonar vikten av att lyssna, vara följsam, respektfull och självreflekterande med förmåga att ta ansvar för eventuella missar.

#### Djupgående attityder speglas omedvetet

Risken finns för mikroaggressioner – till exempel via ett kroppsspråk som omedvetet uttrycker avståndstagande eller kritik. Detta kan naturligtvis ske såväl i vardagslivet som i behandlingsrelationer. Behandlare skiljer sig vad gäller kunskap om HBTQ och självreflektion vad gäller egna attityder och antaganden. Dock, den perfekta människan helt utan fördomar finns inte. Kortfattade vinjetter illustrerar väl dessa problem. Det finns också ett metareflekterande perspektiv. Författarna lyfter fram att diskussionen kring särskild kompetens vad gäller behandling av personer i HBTQ-gruppen är viktig men riskerar i sig att leda till en objektifiering och exotifiering av gruppen – att den vanliga psykologin inte är tillämplig. Det går inte att lyfta HBTQ-frågor utan att det samtidigt framgår att de inte riktigt tillhör "normalvariationen" – när HBTQ tillhör denna variation behöver de inte speciellt lyftas fram längre.

#### Ett omfattande arbete

Denna antologi får nog en central position på området både genom sitt omfång och sin dokumentation av aktuell forskning via såväl kvalitativa som kvantitativa studier. Redaktörer och

författare redovisar en genomarbetad framställning av HBTQ-komplexiteten. Ett ifrågasättande dock. Första meningen under rubriken Autismspektrum lyder. "Autism är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som innebär att en person kan ha svårt med småprat och ytlighet eftersom svårigheter med social interaktion och kommunikation är en del av diagnosen". Formuleringen fångar knappast in komplexiteten i detta spektrum.

För övrigt ges inte bara en mångfacetterad bild av det aktuella läget utan också en fördjupande bild av den historiska utvecklingsprocessen. En begreppslista ger en tydlig och kondenserad översikt över de begrepp som tjänar som vägledning för orientering i "HBTQ-territoriet" och bilaga med förslag till riktlinjer för förhållningssätt i möten med klienter, på arbetsplatser och i utbildning.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



## MBT i teori och praktik Om mentaliseringsbaserad terapi

Christina Morberg Pain, Niki Sundström  
och Fredrik Tysklind  
Natur & Kultur, 2018

Inom individuell psykoterapi, åtminstone inom den dynamiskt inriktade, har utforskande av tankar och känslor beträffande såväl det egna självet som viktiga andra en självklar plats. I begreppet intersubjektivitet är individens föreställning om den andres känslor, tankar och avsikter helt centrala. Utifrån begreppet "Theory of Mind" – en vattendelare mellan ett autistiskt och icke autistiskt sätt att uppleva världen, har begreppet mentalisering jämte anknytning kommit att bli ett av de bärande kliniska begrepp som är tillämpligt i praktiskt taget allt psykologiskt/psykoterapeutiskt behandlingsarbete. En styrka är att det kan tillämpas i såväl individual-, som grupp- och teamsammanhang.

### Bred tillämpning

*I MBT i teori och praktik* presenterar de legitimerade psykologerna Christina Morberg Pain, Niki Sundström och Fredrik Tysklind den mentaliserande terapin såväl vad gäller bakomliggande teori som metod och teknisk tillämpning. Författarnas kliniska plattform utgörs av behandlingsarbete med patienter med borderlineproblematik, PBS, enligt DSM-5. Upplägget av behandlingen innefattar ett team med tätt samarbete mellan individual- och gruppterapeuter och hög tillgänglighet av behandlarna vilket härvidlag påminner om DBT. Författarna betonar att även om behandlare inom olika psykoterapeutiska traditioner kan ha nytta av den modell de presenterar krävs följsamhet till den för att det ska vara korrekt att tala om mentaliseringsbaserad terapi.

### Mentalisering och PBS

God mentaliseringsförmåga kännetecknas av att kunna "kännatänka" balanserat kring sig själv och andra även under inverkan av svårhanterliga känslor eller annan stress. Alla kan drabbas av mentaliseringssvikt om omständigheterna – inre och yttre – är tillräckligt stressande. Här finns minst två dimensioner att beakta, dels den uppnådda nivån under optimala omständigheter, dels förmågan att behålla denna förmåga under stress. För PBS-patienter är känslomässigt laddade episoder ofta kopplade till konflikter i nära relationer vilket aktiverar mer eller mindre problematiska anknytningsmönster. Patienten kan lätt råka in i en relationell stress med affektiv överhettning

kopplat till en mentaliseringssvikt som kännetecknas av att vara djupare, mer omfattande med längre varaktighet och längre återhämtning än för människor i allmänhet. De har ofta suboptimal grundnivå vad gäller mentalisering beroende på tidigare traumatiska upplevelser. Ofta är par varandras anknytningsobjekt och en partner kan både förstärka och försvaga patientens mentaliseringsförmåga.

### Mentaliseringsdimensioner

Författarna beskriver fyra dimensioner av mentalisering: fokus kan vara på det egna självet eller på den andra. Det kan inriktas på vad som sker inom individen eller på yttre reaktioner. Det kan rikta sig mot känslor eller tankar och mentaliseringen kan vara automatisk/omedveten eller medveten. Den absolut största omfattningen av mentaliseringen är den automatiska med hjälp av vilken vi till vardags "navigerar" i våra relationer.

### Utveckling och regression

Utvecklingen av den grundläggande förmågan till mentalisering är etablerad vid fyra års ålder. Denna utveckling kan beskrivas som en följd av faser. Man kan också beskriva utvecklingsprocessen "baklänges" genom att ta fasta på hur en reträtt vad gäller mentaliseringskapaciteten sker stegvis till allt mer grundläggande nivåer vid en mentaliseringssvikt. Det är den processen som klinikern kan ha glädje av att känna igen. Den första "reträten" från en fullgod mentalisering kan ske till ett "låtsasläge" som kan svara mot barns experiment med yttre/inre i sin lek. För vuxna handlar det om att till exempel tala om svåra känslor utan att bottna i dem. Priset för denna brist på kontakt kan vara en känsla av tomhet och meningslöshet. Om denna strategi för affektreglering inte fungerar blir nästa ett likställande mellan inre och yttre – *ekvivalens*. "Ingen tycker om mig" är då inte min upplevelse/uppfattning utan upplevs som sanningen om andras uppfattning om mig – ett faktum. Det utvecklingsmässigt mest primära förhållningssättet på en ännu lägre nivå kallas *teleologiskt*. Erfarenheter är giltiga bara när konsekvenser blir synliga. Inre tillstånd måste uttryckas i handling (känslor inte relevanta, ord inte giltiga). Affekter och intentioner kommer till uttryck i agerande. Då personer fungerar på denna nivå kan de tolkas och uppfattas som manipulativa vilket är felaktigt då medveten planeringsförmåga saknas.

### Behandlingsupplägg

MBT-behandlingen av PBS pågår under 18 månader. Målet kan dels vara att optimera kapaciteten att häva en mentaliseringssvikt, dels att utveckla mentaliseringsförmågan så att den stabiliseras på en så hög nivå som möjligt. För att bli antagen till denna terapiform ska vederbörande, förutom att fylla kriterierna för PBS, ha fullföljt en psykopedagogisk introduktionskurs som innehåller information om mentalisering, personlighetsyndrom, MBT-behandlingens uppläggning och krav på deltagarna i behandlingen. Kursen ska dels vara informativ men också stärka den tillit till arbetsformen och behandlarna som är nödvändig för rimlig följsamhet i behandlingsprocessen. Tillit till den andres trovärdighet kombinerad med sund skepsis har visat sig vara avgörande både för lärande i terapirummet och tillämpning av lärdomarna utanför detta. Efter denna introduktion görs en ingående diagnostisk utredning och bedömning med anamnes angående mentalisering i barndomen. Inte sällan finns inslag av annan problematik i symtombilden, till exempel ätstörning och depression, som måste tas hänsyn till i behandlingen, men behandlingsupplägget är dock i princip detsamma.

### Individuellt

En individuell session börjar gärna med en aktuell känslomässig "händelse", eventuellt mellan patienten och terapeuten: Vad hände, vem sade/gjorde vad med/mot vem? Hur upplevde patienten händelsen, vad hände inom pat. "Vad tänkte/kände du när..." Terapeuten inriktar sig på att identifiera mentalisationssvikten och dess karaktär och att hålla den emotionella intensiteten i samtalet på lagom nivå. Validering är en grundbult i denna reglering liksom flyttande av fokus till exempel från känslor till tankar, från själv till andra. Är temperaturen för låg kan man göra tvärt om, till exempel intensifiera den terapeutiska relationen. Terapeuten är öppen med egna tankar och känslor. Fokus på lösningar, insikt, eller beteendemönster eller kopplingar till barndomen ingår inte i metodiken.

### I grupp

Inom gruppterapin som är halvöppen mentaliserar gruppdeltagarna och terapeuten/terapeuterna tillsammans kring för dagen överenskomna teman. Terapeuterna svarar för att

samtliga medlemmar kan få komma till tals och för att avbryta/reglera icke-mentaliserande utbyte. Samma förhållningssätt som i individualterapi gäller för övrigt. Terapiformen är till sin natur utmanande för deltagarna då relationsproblem och separationsituationer med nödvändighet aktiveras i grupprocessen. Samma samspelsprinciper råder vid handledning och teamkonferenserna vilket innebär en hög grad av koherens i hela terapeut/patientsystemet – att "aldrig veta", kunna ta andras perspektiv och kunna granska sig själv.

### Mycket användbart

En mycket läsvärd bok som borde ha något tillföra varje behandlare och behandlande verksamhet, såväl vad gäller praktisk tillämpning som självreflektion. Bra vinjetter med dialoger mellan patient och terapeut visar olika interventioner och förhållningssätt. Jag skulle ha önskat mig något resonemang om svårigheter att skilja låg mentaliseringsnivå/djup svikt från grader av autismspektrumstörning – även om det ligger utanför bokens område.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



## Arbetsgruppen psykologi Femte utgåvan

Barbro Lennéer Axelson och  
Ingela Thylefors  
Natur & Kultur, 2018

### Arbete befördrar hälsa och välbefinnande...

Arbete för försörjningen upptar för många större delen av den vakna tiden. Att ha ett arbete, att kunna vara en del av arbetsgemenskapen på en arbetsplats, värdesätt ofta högt och arbetskamrater ingår som en viktig sektor i vårt sociala nätverk. Arbetslöshet kopplas ofta till utanförskap och lång tid utan arbete kan vara en riskfaktor för hälsan. "Arbetet" i vid mening är en central domän för vårt självförverkligande.

### Ett långt perspektiv

Att förstå hur arbetsgrupper fungerar, inte minst på det psykologiska planet, är synnerligen väsentligt. Det insåg psykologerna Barbro Lennéer Axelson och Ingela Thylefors redan för över 40 år sedan. De har tillsammans och var och en givit ut ett flertal böcker som bland annat avhandlar psykosocialt behandlingsarbete och interaktion på arbetsplatser. "Arbetslivets psykologi" gavs ut första gången år 1979. Den 2018 aktuella utgåvan är den femte i ordningen. Även om denna innehåller nytt material från de senaste decennierna beträffande arbetsmarknad och nutida arbetsgrupper menar författarna att även många forskningsfynd och tankemodeller från 1900-talets mitt i många avseenden fortfarande är giltiga.

### En hållbar modell

I en modell med hållfasthet över flera decennier betonas balansen mellan krav från arbetsgivaren, den nivå av kontroll som definierar den anställdes handlingsutrymme och stöd – den omslutande kontext som utgörs av chefers och arbetskamraters förhållningssätt. Obalans mellan dessa tre faktorer innebär betydande risk för såväl lågt välbefinnande som psykisk ohälsa hos alla berörda. Till dessa faktorer kan fogas olika former av belöning – inkomst, karriärmöjligheter, anställningstrygghet samt organisatorisk rättvisa, något som kan bereda vägen för upplevelsen av glädje och meningsfullhet i arbetet. Författarna pekar på att arbetsgrupper dessutom ofta inte sällan stressas av motstridiga mål där kvalitet står mot kvantitet, kundnöjdhet mot sakkunnig bedömning och stöd mot kontroll.

### Team och roller

Team-building är en vanlig säsongsupptakt. Ett väl fungerande team kännetecknas av stark sammanhållning, gemensam identitet, klara roller, delat ansvar och välfungerande inre kommunikation. Författarna pekar på "vi-känslans" betydelse för trygghet, lojalitet och harmoni men att den också kan kollidera med en annan gruppens egenskap – förändringsbenägenhet. Författarna beskriver bland annat arbetsgruppen utifrån roller och rollproblematikhantering med koppling till gruppklimatet, till exempel stress, otydlighet, rollkonflikter och informellt ledarskap. De betonar att introduktion av nya medlemmar i en arbetsgrupp bör innefatta både yrkesrollen och arbetsplatsdynamiken som kan rymma tillit, förtroende och ömsesidigt respekt, men även konkurrens och avund, såväl sund som osund.

### Sak, person och skvaller

Författarna lyfter fram vikten av att kunna skilja sakkonflikter från relationskonflikter. Svårösta sakkonflikter underhålls ofta av bakomliggande relationskonflikter, svåra att få syn på om de är starkt känslomässigt laddade. "Småprat" visar sig vara viktigt för samspel och klimat i arbetsgrupper. Genom denna tillsynes ofokuserade "över axeln" sedda kommunikation skapas och uttrycks tillhörighet och glädje vilket på sikt stöder ömsesidigt förtroende och lojalitet. "Skvaller" kan ha liknande effekt såvida det inte handlar om ryktesspridning eller smutskastning.

### Ledarskap, makt, återkoppling och utveckling

Ledarskapsfrågorna berörs inte minst vad gäller maktperspektivet. Social makt handlar om förmågan att få andra med sig. Men makt handlar också om möjligheten att ha tillgång till viktig information eller speciell kompetens och erfarenhet samt inte minst rätten att belöna, straffa, något som följer med en ovanifrån sanktionerad maktposition. Öppenhet, feedback på olika nivåer, är en viktig möjlighet att förmedla kritik uppåt som dock i första hand bör framföras internt. Det är bättre att framföra tydliga önskemål än klagomål med aggressiv undertext och man ska inte behöva vara modig för att framföra sina synpunkter – goda ledare ska kunna lyssna på kritik vare sig den kommer uppifrån eller underifrån i hierarkin.

Författarna betonar den utvecklingspotential som finns i tillgången till feedback. De utvecklar detta perspektiv på ett fylligt sätt inte minst vad gäller positiv återkoppling och den erkänsla som den innefattar. De påpekar att även chefer är en är svältfödd kategori vad gäller positiv återkoppling. Feedback ska användas till förbättring vare sig den är positiv eller negativ. En reflektion dock – det är inte ovanligt att chefer framhåller att i deras organisation är det högt i tak när det gäller åsikter. Men i praktiken upplever personalen ofta att en tydlig tystnadskultur råder.

### Användbar nygammal klassiker

Författarna vänder sig till högskolestuderande, psykologer, sociologer och personalvetare men också till chefer och verksamhetsinterna utbildningar. De är tydligt närvarande i sin text som är väl genomarbetad och lätt tillgänglig. Deras förslag och reflektioner skapar en bra balans mellan akademisk förankring och praktisk vardaglighet.

Björn Wrangsjö  
Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

## En Pudel!

Det händer att saker blir fel och att saker förändras

Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in och bokstäver byter plats

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

# DEADLINE

för bidrag till  
nästa nummer: **14/11**

Tema: **Mot din vilja**

# Kalendarium

31st ECNP Congress  
6-9 oktober 2018, Barcelona, Spanien  
<https://2018.ecnp.eu/>

AACAP 2018 (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 65th Annual Meeting)  
22-27 oktober 2018, Seattle, USA  
[https://www.aacap.org/AACAP/CME\\_and\\_Meetings/Annual\\_Meeting/65th\\_Annual\\_Meeting/65th\\_AM\\_Home.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/CME_and_Meetings/Annual_Meeting/65th_Annual_Meeting/65th_AM_Home.aspx)

ST-konferensen 2019  
16-18 januari 2019, Yasuragi Hasseludden  
<http://stpsykiatri.se/>

Svenska Psykiatrikongressen  
13-15 mars 2019, Münchenbryggeriet, Stockholm  
<http://svenskapsykiatrikongressen.se/>

EPA 2019 (27th European Congress of Psychiatry)  
6-9 april 2019, Warszawa, Polen  
<https://epa-congress.org/2019/>

American Psychiatric Association (APA) 172nd Annual Meeting  
18-22 maj 2019, San Francisco, USA  
<https://www.psychiatry.org/>

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[www.srp.se](http://www.srp.se)

# Mental Health Run 2018

MENTAL  
HEALTH  
RUN

Ett lopp på 5 km i syfte att synliggöra fysisk aktivitets betydelse för vår psykiska hälsa. Allt överskott går oavkortat till Psykiatrifonden.

Stockholm  
lördag  
6 oktober  
kl. 13.00



Anmäl dig idag på  
[mentalhealthrun.se](https://mentalhealthrun.se)

SPONSRAS AV

**BONLIVA**  
WE CONNECT CARE

**Flickan  
Mamman och  
Demonerna**  
Projektet

**Svenska kyrkan**   
STOCKHOLMS STIFT