

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2014

TEMA

NÄTVÄRK



Ansvarig utgivare:
Lena Flyckt



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, Ledare. *Lena Flyckt*
- 5** SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 7** Kommande temanummer
- 29** Psykiatrins historia: Intet nytt under solen?
Tove Gunnarsson
- 32** Tio frågor till: Möt Alessandra Hedlund,
Facklig sekreterare i Svenska Psykiatriska
Föreningen, *Stina Djurberg*
- 53** Krönika enligt Tiger: Djävulen bor i jämförelsen,
Mikael Tiger
- 66** Levnadsvaneprojektet: Goda levnadsvanor i
psykiatri! *Jill Taube*
- 70** Aktuell avhandling: Konsten utmanar makten -
en avhandling av Julia Romanowska,
Björn Wrangsjö
- 72** Bokrecension: Psykiatri i fickformat,
Björn Wrangsjö
- 73** Bokrecension: Internetbaserad psykologisk
behandling. Evidens, indikation och praktiskt
genomförande, *Björn Wrangsjö*
- 75** Kalendarium

Tema:

- 8** Tillgänglighet och förgänglighet,
Hanna Edberg
- 11** IT och ungas psykiska hälsa/ohälsa,
Norma Bou Aram
- 14** Spelande som social nödvändighet eller
missbruk? *Daniel Frydman*
- 24** Nätverksarbete - verksamt eller *a pain in the
neck?*
Maria Sundvall
- 34** Kommunikation om självmord på internet:
Risker och möjligheter, *Michael Westerlund*
- 42** Det mest oundgängliga och mest besvärliga,
Daniel Frydman
- 46** Skräddarsydd behandling av ångestbesvär via
internet för ungdomar som söker vård på BUP,
*Malin Gren Landell, Kristin Silfvernagel,
Marie Emanuelsson*
- 62** Vad vi tror att andra tror (att vi tror att de tror)
Om journal på nätet, del två,
Hanna Edberg
- 68** Den svenska psykiatriska föreningen ansluter sig
till European Psychiatric Association (Europeiska
Psykiatriska Föreningen),
Danuta Wasserman
- 73** Bokrecension: Internetbaserad psykologisk
behandling. Evidens, indikation och praktiskt
genomförande, *Björn Wrangsjö*

Rapporter från möten och resor

- 26** Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott,
Alessandra Hedlund
- 58** EFPT Forum i London, 21-25 juni 2014,
Katarina Mårtensson, Tove Mogren

Debatt, diskussion, annat:

- 18** FN på väg att utesluta psykiskt sjuka - Vi måste
agera nu! *Lena Flyckt, Maria Larsson,
Marie Bendix*
- 22** Tala i egen sak,
Torgny Gustavsson
- 30** Att tona ned sin person men ändå
inte abdikera som chef - Intervju med
verksamhetschef Tobias Nordin,
Anders Almingefeldt
- 48** Moderslycka - vart tog glädjen vägen?
Helena Askén
- 54** Att desarmera sina minnen - traumafokuserad
KBT i grupp med ensamkommande afghanska
flyktingpojkar,
Caroline Nilsson, Marja Onsjö
- 57** Hur bemöter vi våra patienter och deras
närstående?
Lena Flyckt
- 57** "Patientperspektivet?! Här följer vi regler!"
Märta Bengtson
- 63** Falska minnen?
Hans Peter Söndergaard

Aktuell information:

- 17** Cullbergstipendiet 2015 - dags för ansökan
- 18** Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser
för psykiatri - dags för ansökan
- 21** Nyutkomna kliniska riktlinjer för Bipolär
sjukdom och ECT,
Dan Gothefors
- 27** Dags att föreslå hedersledamot i SPF
- 36** Svenska Psykiatrikongressen 2015, nu är
programmet klart!
- 44** Bland annat på SPK 2015,
Alessandra Hedlund
- 45** Chefsspår - nyhet på Svenska
Psykiatrikongressen,
Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 51** Kallelse och dagordning till årsmöte med
Svenska Psykiatriska Föreningen,
Lena Flyckt, Cecilia Mattisson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, Ledare. *Lena Flyckt*
- 5** SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 7** Kommande temanummer
- 29** Psykiatrins historia: Intet nytt under solen?
Tove Gunnarsson
- 32** Tio frågor till: Möt Alessandra Hedlund,
Facklig sekreterare i Svenska Psykiatriska
Föreningen, *Stina Djurberg*
- 53** Krönika enligt Tiger: Djävulen bor i jämförelsen,
Mikael Tiger
- 66** Levnadsvaneprojektet: Goda levnadsvanor i
psykiatri! *Jill Taube*
- 70** Aktuell avhandling: Konsten utmanar makten -
en avhandling av Julia Romanowska,
Björn Wrangsjö
- 72** Bokrecension: Psykiatri i fickformat,
Björn Wrangsjö
- 73** Bokrecension: Internetbaserad psykologisk
behandling. Evidens, indikation och praktiskt
genomförande, *Björn Wrangsjö*
- 75** Kalendarium

Tema:

- 8** Tillgänglighet och förgänglighet,
Hanna Edberg
- 11** IT och ungas psykiska hälsa/ohälsa,
Norma Bou Aram
- 14** Spelande som social nödvändighet eller
missbruk? *Daniel Frydman*
- 24** Nätverksarbete - verksamt eller *a pain in the
neck?*
Maria Sundvall
- 34** Kommunikation om självmord på internet:
Risker och möjligheter, *Michael Westerlund*
- 42** Det mest oundgängliga och mest besvärliga,
Daniel Frydman
- 46** Skräddarsydd behandling av ångestbesvär via
internet för ungdomar som söker vård på BUP,
*Malin Gren Landell, Kristin Silfvernagel,
Marie Emanuelsson*
- 62** Vad vi tror att andra tror (att vi tror att de tror)
Om journal på nätet, del två,
Hanna Edberg
- 68** Den svenska psykiatriska föreningen ansluter sig
till European Psychiatric Association (Europeiska
Psykiatriska Föreningen),
Danuta Wasserman
- 73** Bokrecension: Internetbaserad psykologisk
behandling. Evidens, indikation och praktiskt
genomförande, *Björn Wrangsjö*

Rapporter från möten och resor

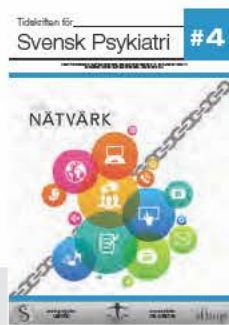
- 26** Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott,
Alessandra Hedlund
- 58** EFPT Forum i London, 21-25 juni 2014,
Katarina Mårtensson, Tove Mogren

Debatt, diskussion, annat:

- 18** FN på väg att utesluta psykiskt sjuka - Vi måste
agera nu! *Lena Flyckt, Maria Larsson,
Marie Bendix*
- 22** Tala i egen sak,
Torgny Gustavsson
- 30** Att tona ned sin person men ändå
inte abdikera som chef - Intervju med
verksamhetschef Tobias Nordin,
Anders Almingefeldt
- 48** Moderslycka - vart tog glädjen vägen?
Helena Askén
- 54** Att desarmera sina minnen - traumafokuserad
KBT i grupp med ensamkommande afghanska
flyktingpojkar,
Caroline Nilsson, Marja Onsjö
- 57** Hur bemöter vi våra patienter och deras
närstående?
Lena Flyckt
- 57** "Patientperspektivet?! Här följer vi regler!"
Märta Bengtson
- 63** Falska minnen?
Hans Peter Söndergaard

Aktuell information:

- 17** Cullbergstipendiet 2015 - dags för ansökan
- 18** Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser
för psykiatri - dags för ansökan
- 21** Nyutkomna kliniska riktlinjer för Bipolär
sjukdom och ECT,
Dan Gothefors
- 27** Dags att föreslå hedersledamot i SPF
- 36** Svenska Psykiatrikongressen 2015, nu är
programmet klart!
- 44** Bland annat på SPK 2015,
Alessandra Hedlund
- 45** Chefsspår - nyhet på Svenska
Psykiatrikongressen,
Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 51** Kallelse och dagordning till årsmöte med
Svenska Psykiatriska Föreningen,
Lena Flyckt, Cecilia Mattisson



Svensk Psykiatri

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

Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(ps-frydman@comhem.se)

Per Gustavsson
per.A.Gustafsson@liu.se

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

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

Omslagsbild

Shutterstock/VLADGRIN

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

REDAKTIONELL LEDARE

Tove
Gunnarsson



Från familjesamtal till skoförsäljning...

... infallsvinklarna på vårt tema Nätverk har varit många – allt ifrån europeiskt samarbete och datorspel till internetbehandling och självmordsforum.

Men mer än så. I detta nummer kan Du t.ex. ta del av hela programmet för Svenska Psykiatrikongressen i mars nästa år. Här hittar Du också allt Du behöver veta för att söka Cullbergstipendium, missa inte denna unika chans!

Tillstånd

Det är temat för nästa nummer. Ordet har två betydelser: form/beskaffenhet eller tillåtelse/medgivande. Den förstnämnda är ett vanligt begrepp inom sjukvården – patienter lider av tillstånd som blir föremål för diagnostik. Detta var utgångspunkten för vårt val av tema, till vilket introduktionen av DSM-5 på svenska förstås har bidragit.

Vi vill dock gärna diskutera diagnostik ur ett vidare perspektiv än enbart utifrån kriterier och uppräknade symtom. På sätt och vis en diskussion som genomsyrat psykiatriens historia allt ifrån begynnelsen.

Den andra betydelsen av ordet tillstånd är förstås också höggradigt relevant inom vår specialitet. Vi har tillstånd att fatta beslut om tvångsvård. Den kan bedrivas på olika sätt, där man får ordinera vissa insatser men inte andra. Mellan det självklart tillåtna och det självklart otillåtna finns exempel på åtgärder som ibland är livräddande men som ändå kan ses och upplevas som övergrepp.

Snart stundar helger och vi önskar läsekretsen både avkoppling och tid att skriva bidrag till Svensk Psykiatri! Vi har reviderat våra författarinstruktioner – Du hittar dem på sidan 7.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Rapport från en flitig höst i Svenska Psykiatriska Föreningen

Hösten har inneburit hårt arbete men också mycket framgångar för att göra vår röst hörd. SPF har varit delaktig i två stora konferenser. Psykiatrisymposium 2014 som hölls den 8-9 okt på Rica Hotell i Stockholm och samlade psykiatripersonal från hela landet. Programmet var avsett att bidra till vidareutbildning för alla personalkategorier men även att belysa aktuella diskussionsområden om hur man kan minska stigma och öka psykiatriska patienters berättigande till jämlik vård, social integrering och rätt till arbete och gemenskap.

Den andra kongressen om somatisk ohälsa vid psykisk sjukdom där SPF var delarrangör belyste att patienter med både lättare och svårare psykisk sjukdom inte får den vård som deras somatiska tillstånd kräver och går en förtidig död till mötes. Kongressen inrymde många goda exempel på hur man kan ändra på det, från att öka konsultationerna mellan primärvård och psykiatri till att gå på gym med patienterna. Professor Kenneth Jue från Dartmouth, USA, berättade om projektet inSHAPE som haft stora framgångar för att bryta utvecklingen mot metabola sjukdomar. Det går ut på att patienterna skall gå på ett sedvanligt gym och få en personlig coach som anpassar träning till deras möjlighet att genomföra den. Programmet har fått stor spridning och blivit prisbelönt. Maj-Lis Hellenius gjorde en intressant exposé över forskningsområdet som ju entydigt visar att stillasittande är farligt för hälsan.

Vi har ägnat oss åt utbildningsfrågor som är i fokus för både Läkaresällskapet och Läkarförbundet som vill ägna stor uppmärksamhet åt fortbildning av specialister nu när ST-läkarutbildningens utformning mer eller mindre är i hamn. SPF har vid sitt senaste styrelsemöte gjort en workshop kring våra viktigaste frågor och vi kan konstatera att vi redan idag har stort fokus på att erbjuda våra medlemmar vidareutbildning med våra kliniska riktlinjer, Svenska Psykiatrikongressen, vår tidskrift och Riksstämman. Vi planerar också att följa upp den viktiga kongressen om somatisk ohälsa med en ny kongress, kanske återkommande vartannat år. Vid årsskiftet kommer vi att gå med i EPA (European Psychiatric Association) vilket innebär många fördelar för våra medlemmar – läs mer om det i Danuta Wassermans artikel i detta nummer.

Vi har arbetat med flera viktiga remissvar som förhoppningsvis kommer att få betydelse för det kliniska psykiatriska arbetet. Däribland kan nämnas remissvaret till betänkandet om en sammanhållen journal "Rätt information i rätt tid på rätt plats" utgående från Socialdepartementet. Förslaget innebär i korthet att alla journaluppgifter skall vara tillgängliga för vårdgivaren så att beslut om vård fattas

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN



Lena Flyckt



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Olle Lidman

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

på säkrare grund. Patienten kan spärra uppgifter men inte aktuell medicinering och överkänsligheter. I förlängningen skall patienten kunna läsa sin journal och information kommer också att kunna utbytas mellan kommun och landsting samt mellan privat och landstingsdriven vård. Vår synpunkt var att det är viktigt med integritetsfrågorna men framför allt är det viktigt att finansiera förändringen och låta den ta tid och innebära utbildning av alla yrkeskategorier som journalför.

Arbetet med Svenska Psykiatrikongressen är i full gång och lanseras i detta nummer av Svensk Psykiatri. Vi satsar på de stora diagnoserna för vidareutbildning men slår också ett slag för andra värderade yrkesgrupper som psykiatrisjuksköterskor och psykologer som kommer att vara rikt representerade vid kongressen som äger rum i Göteborg den 11-13 mars 2015.

Vi ses på Riksstämman och Svenska Psykiatrikongressen!

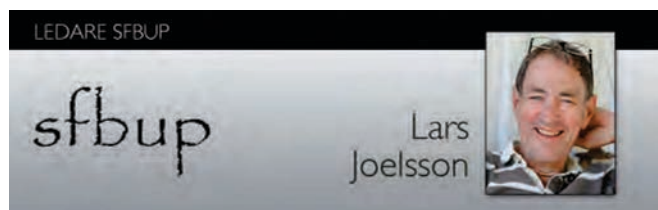
Lena Flyckt
Ordförande SPF

Har du svårt att slita dig?

Hur många gånger har jag inte suttit med föräldrar och barn där föräldrarna klagat över dottern eller sonens data- och tv-vanor? Barnen kommer inte när maten är klar, när de skall göra läxan eller när det är läggdags. Man brukar säga att man inte vet hur det är förrän man självt upplevt samma svårigheter som ens patient. Jag kan inte heller slita mig från tv:n. Det började med att jag köpte första säsongen av "Homeland". Plötsligt var jag fast. Jag kunde inte sluta titta förrän sista avsnittet var klart. Nu har det hänt igen: jag har sträcksett nästan alla avsnitt av "Orange Is the New Black". Nu vågar jag inte titta på första avsnittet av "Breaking Bad". När jag skall skriva denna ledare blir det lätt att jag kopplar över till tv:n i stället. Jag såg på Skavlan att Margot Wallström också flydde till tv-serier i stället för att läsa tråkiga texter. Det kändes som en tröst. Kanske skulle barnen också känna en tröst om de visste att överläkaren framför dem har samma problem? Jag tror att det är viktigt att försöka förstå barnen och ungdomarna. Om man fastnar för något så är det ju något som berör. Det handlar nästan alltid om hur vi människor hanterar känslor som kärlek, sorg, avundsjuka i relation med andra människor. Men det är klart man måste skriva ledare och sköta skolan.

Riksrevisionen har nyligen kommit ut med en rapport om stimulanspengarna. En svårighet som man pekar på är att överenskommelserna tränger undan landstingens egen styrning av vården. Det känns tydligt när man sitter på ledningsgruppsmöten hur mycket som handlar om statistik för väntetider till första besök och fördjupad utredning och behandling och hur vården skall organiseras för att uppfylla dessa mål. Det kan leda till att man hittar, som riksrevisionen skriver, tillfälliga lösningar på komplexa problem i vården. Riksrevisionen påpekar också att överenskommelsen ökar den administrativa bördan i landstinget. Det ser man ända ner på klinisknivå, det gäller att hela tiden ha koll på statistiken. Riksrevisionen tar upp vad som händer när överenskommelsen slutar att gälla. Jag tycker att det bästa vore om vi inom BUP kunde få en permanent höjning av budgeten. Nu är det i stället så att den klinik som jag arbetar på får ett sparbetning samtidigt som regeringen vill att vi satsar på psykiatri. Hur går det ihop? En bra sak är att vi nu har kortare väntetider till första besök. Jag hoppas att vi även i fortsättningen kommer att kunna erbjuda alla som söker en tid inom 30 dagar även om det inte medför några stimulanspengar.

Om jag skall ge ett råd till ST-läkare så är det "Ge aldrig upp!" Jag tror det är viktigt att vi som arbetar inom sjukvården kan vara "vikarande hopp" när allt känns hopplöst.



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Sara Lundqvist (sara.lundqvist@vgregion.se)
Kassör: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Ulrika By (ulrika.by@sll.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Therese Vestlund (therese.vestlund@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

I veckan fick jag ett fint exempel på detta. Jag har följt en flicka sedan början av högstadiet då hon mer eller mindre slutade att gå till skolan.

Vi har haft många samtal genom åren, både enskilt, tillsammans med föräldrar och personal från skolan. Hon har försökt med olika terapier samt läkemedel. Det har haft en viss effekt på hennes mående men hon har ändå inte klarat att fullfölja skolan. I veckan när jag handlade i en affär stod hon bakom disken. Hon såg glad ut och berättade att hon praktiserade i affären och trivdes med arbetet och att hon nu hade fått en egen lägenhet. Hennes glädje och förhoppningsfulla tankar om framtiden smittade av sig på mig. Det är sådana stunder som gör att jag inte vill pensionera mig.

Till slut vill jag göra reklam för BUP-kongressen i Linköping 21-22 april 2015. Temat är BUP och skolan. Boka in det redan nu. Men innan dess ses vi på Riksstämman den 4-5 december där vi frågar oss om skolan är anpassad till barnen.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Rättspsykiatrins utmaningar - Kunskap, Information och Förtroende

Den rättspsykiatriska verksamheten är intimt sammankopplad med rådande lagstiftning på området, mer så än övrig medicinsk verksamhet som vilar mot den allmänna hälso- och sjukvårdslagen, där tyglarna är friare. Under hösten 2014 har lagstiftningen rörande psykiatrisk tvångsvård kompletterats. Sedan den 1 oktober i år råder ett förbud mot innehav av utrustning för elektronisk kommunikation för personer som dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, och vistas på en enhet med förhöjd säkerhetsklassificering. Därtill gäller ett förbud mot innehav av sådant som kan vara till men för vården eller ordningen för samtliga patienter som vårdas på avdelningar som bedriver psykiatrisk tvångsvård, alltså oavsett den individuella patientens vårdform. Kroppsvisitation eller ytlig besiktning får ske om det är nödvändigt.

Detta är exempel på förändringar i lagstiftningen, med stöd av vilken vi fattar beslut som berör våra patienter. Syftet är förstås att säkra vårdmiljön och förbättra vården, men vi skall vara djupt och innerligt medvetna om att detta ÄR ytterligare inskränkningar i patientens fri- och rättigheter, och skall som sådana hanteras med största respekt för patientens integritet.

Jag fick lite djupare förståelse för detta för något halvår sedan, då vi som ett led i projektet "Bättre vård, mindre tvång" arrangerade föreläsningar för våra patienter inom den slutna rättspsykiatriska vården. Ämnesområdena var bland annat "tvångsvård" och "behandling/medicinering". Jag fick möjlighet att föreläsa för patienterna på min avdelning om tvångsvård, om vad de olika begreppen innebär, vad lagen säger och vilka rättigheter patienterna har.

Det var oerhört givande, och mitt take home message till mig själv efter föredraget var att för våra patienter, som inte alltid själva har lusläst lagen, så är tvångsvårdens omfattning väldigt diffus. De vet ofta vad vi får göra, med stöd av lagstiftningen, de känner till och har kanske själva till och med erfarenhet av olika tvångsåtgärder. Men de vet inte vad vi INTE får göra. Det vill säga, en del tror att när man vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning, då har vården rätt att göra VAD SOM HELST. Att lagstiftningen är ett slags carte blanche för valfri åtgärd som läkaren tycker verkar behövlig i stunden.

LEDARE SFBUP



Per-Axel Karlsson

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Per-Axel Karlsson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)
Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
Facklig sekreterare: Erik Dahlman (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant: Lars-Håkan Nilsson
ST-representant: Hanna Edberg
Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Kosilla Pillay

Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Detta var en värdefull ögonöppnare för mig. Nuförtiden försöker jag vara mer noggrann när jag berättar om innebörden av tvångsvård, och utrusta patienterna med information som trots dess innehåll även kan bidra med viss trygghet.

Ny lagstiftning innebär dock inte bara inskränkningar utan även rättigheter. För närvarande är ett nytt lagförslag rörande "Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård" ute på remiss, och efter den 1 januari 2016 kan vi komma att behöva se över våra rutiner ordentligt gällande uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder. Även om detta sker på många ställen redan nu, och man kan argumentera för att i andra fall är det synnerligen svår genomförbart och kanske inte ens ändamålsenligt, så tror jag ändå att en mer stringent struktur kan förbättra kvaliteten på vården, och, inte minst, öka patienternas delaktighet.

Låt oss minnas, i varje stund, i varje sekund, att denna vård vi bedriver, den kunde ha gällt våra barn, vår nära anhörig eller oss själva.

Hanna Edberg
Ledamot SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2015

Skriv i Svensk Psykiatri

NUMMER 1 2015

Tema: Tillstånd
Deadline 11 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2015

Tema: Extrem
Deadline 13 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2015

Tema: Känsligt
Deadline 26 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2015

Tema: Skäms!
Deadline 11 november
Utkommer vecka 49

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 1 200 ord.

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

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

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

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

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

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

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

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/02**
Tema Tillstånd



Tillgänglighet och förgänglighet i nätets era

Vänner.

Luta er tillbaka i den fårskinnsbeklädda vardagsrumsfåtöljen och låt mig delge er en historia, som utspelade sig i vår huvudstad för ett par år sedan. Jag, en enkel tös från Partille, hade fått för mig att jag skulle sälja några av mina skor på Blocket. Jag hade under årens lopp lyckats samla på mig en handfull högklackade festsandaler – jag vill minnas att ett par var i någon slags krokomönster, ett par glänsande röda, ett par i skinande bronsnyans... ja, det var fina skor. Helt oanvända. För sanningen var den att de var bara NÄSTAN min storlek. Tokigt, det där. Alla som bär på några kilo för mycket och vid återkommande tillfällen kommer hem med kläder som är bara ANINGEN för små kanske känner igen sig. I mitt huvud har jag inte alls storlek 41 i skor. Nej nej. En snäv 39:a, möjligen.

Nåväl.

Där stod nu skorna i garderoben och stirrade hånfullt på mig. Jag inbillar mig kanske men nog vickade de lite retsamt på klackarna? Så. Beslutet var fattat. Extravagansen skulle ut.

Jag fotograferade skodonen nogsamt och lade ut en annons. Fem par helt nya fina skor, några hundra styck, som hittat.

Först ringde en vänlig man som drev en second hand-butik. Vi småpratade lite om skor i allmänhet och mina klackar i synnerhet och han sade att han skulle återkomma. Kort därefter ringde det igen. En man med lite mer dämpad röstvolym. Han frågade försiktigt om skorna var svåra att gå i. Jag dröjde några sekunder på svaret och sade sedan: "Mja... det beror ju på om man är van att gå i högklackat..?" "Jag är inte så van", svarade den tystlåtna snabbt. Och lade till att han var särskilt intresserad av de röda. Mitt hjärta tog ett litet skutt av lycka och jag tänkte att här har jag en möjlighet att göra något bra! Jag med mina "inte 39:or", jag kan dela med mig av min egen fascination för det överdådiga och göra någon, som förmodligen



upplever ett något större motstånd än jag mot att svassa in i skobutiken och rumstera omkring i jakten på de perfekta pumpsen, till en lycklig jeppe! Win win!

Så, den tystlåtna avslutade samtalet och sade att han skulle ringa igen.

Några timmar senare samma kväll fick jag ytterligare ett samtal. Den här mannen var mer bestämd, han var ute efter de krokodilmönstrade, hur hög var klacken? Han skulle kunna hämta dem dagen därpå. Kort och koncist. Jag skulle precis stänga av telefonen för kvällen när ringsignalen åter ljöd. Mannen i luren presenterade sig framt med förnamn och undrade om skorna var använda. Nej då, sade jag glatt, de är helt nya, knappt ens provade.

”Hmm...” svarade han, hade jag då möjligen några som var lite... använda? Jag skall inte gå in i detaljer på hur just det samtalet avslutades men frågan lyftes huruvida det även fanns andra använda plagg i hushållet, som jag kunde tänka mig att auktionera ut.

Jag fnittrar lite stillsamt åt historien då och då. Men vad är poängen med denna berättelse?

Internet! Internet, webben, nätet, cyberrymden. Denna magiska kanal som kan underlätta sådant som tidigare inneburit närmast oländiga svårigheter.

Mina män, ja, jag vågar kalla dem så; vi samlas i förtjusningen kring mina högklackade sandaletter som scouter kring en lägereld; mina män som önskar gå klädda i smäckra klackar och fotsid chiffongklänning, jag kan lova att de hade en slingrigare väg att gå för trettio år sedan, än den breda och inbjudande aveny som idag stavas www!

Till detta bidrar nu jag, och mina imponerande 41:or.

Hanna Edberg

Överläkare

Norra Stockholms Psykiatri och Rättspsykiatri Vård
Stockholm

Foto: Shutterstock/PROKOPEVA IRINA

ANNONS

IT och ungas psykiska hälsa/ohälsa

Internet och sociala medier utgör idag en naturlig del av vårt vardagsliv och vi behöver förhålla oss till hur ungdomar använder internet. Den ökade tillgängligheten till information är för det mesta en tillgång. Oftast välkomnas den ökade möjligheten till kunskap, men en utmaning vi ofta stöter på är att information inte automatiskt ger en förståelse av den komplexitet, som utgör grunden för en medicinsk bedömning. En påläst patient/anhörig är ofta stimulerande och utvecklande, men det händer också att man jobbar i uppförsbacke och inte kan infria patientens önskemål och förväntningar.

Internet ger idag nya möjligheter att få kontakt med människor på gott och ont. Det finns forum och patientföreningar som kan stärka individen och ge möjlighet till igenkänning, men också avigsidor i sökandet på likasinnade, som vi nu och då blir varse om. Vi vet att det har förekommit fall med suicidnära ungdomar, som sökt sig till sociala medier - kanske för att söka förståelse eller tröst - bara för att hetsas till ett fullbordat självmord. I oktober 2010 begick en 21-årig man självmord i direktsändning efter att en stund innan kommunicerat sin avsikt på forumet Flashback. Majoriteten av kommentarerna i tråden gick ut på att hetsa och ge tips om olika metoder. Många misstrodde och ett fåtal försökte avstyra situationen. Det finns givetvis inga belägg för att utgången hade varit annorlunda om kommentarerna varit det, men det är svårt att tro att hetsandet skulle haft någon positiv inverkan.

I barnpsykiatriens kliniska vardag möter vi ofta ungdomar som är mitt i sitt identitetssökande. En del av dem har erfarenhet av att inte passa in - en känsla av att vara annorlunda. Det händer att dessa ungdomar söker sig ut på sociala medier och forum för att finna svaren på sitt utanförskap. Allt som oftast hittar de svar, men slumpen verkar vara det som avgör om kontakterna blir riskfyllda eller skyddande. Båda exemplen finns och just detta har för mig blivit en viktig anamnestisk uppgift. Jag frågar ofta mina patienter hur deras nätkontakter ser ut. Ofta blir svaret att de får stöd av någon som har varit i samma situation, men tagit sig ur sin depression, kommit tillrätta med funderingar avseende sexuell läggning osv. Tyvärr finns också exempel på riskfyllda kontakter t.ex. självskadande ungdomar, som stärker och som vidmakthåller varandras beteende (1). I en forskarrapport gjord av Ungdomsstyrelsen 2009 (2) framkommer att unga konfronteras med många sexrelaterade inslag på internet. Privata bilder, kommentarer



Foto: Shutterstock/Bloomua

och förfrågningar som anspelar på sex är vanligt.

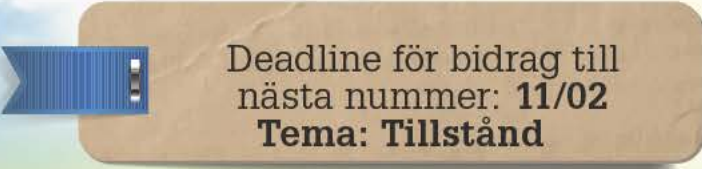
Flera uppmärksammade fall senaste åren har illustrerat hur internets anonymitet blir en grogrund för hat, propaganda, men också för vuxna att få tillgång till unga för ändamål som initialt är allt annat än kända eller passande (3). Vi har de senaste åren sett dystra konsekvenser på hur unga drabbas av massmobbing, nätförtal, kränkningar (4) och otillåten publicering av bilder på interaktiva medier (5). Senaste tillskottet på internethimmeln är skvallerappen "Secret", som fungerar som många andra sociala medier med undantaget att användarna är anonyma. Detta har på flera håll bidragit till att ungdomar hängs ut, blir förtalade och ibland massmobbede (6). Dessvärre är problemet med anonymitet inte begränsat till ungdomar. Det är dock viktigt att vi vuxna som uppmärksammat dessa problem verkligen sätter gränser och tar diskussionen med barnen i vår närhet. Både gällande att själv bli utsatt, men också för att tydligt markera att de inte får göra sådant gentemot andra.. Sen hoppas jag att skolorna hänger med i det som händer.

IT ger frihet, fantastiska tekniska lösningar och möjligheter, men friheten och möjligheterna måste förvaltas på ett ansvarsfullt sätt. Vad vi gör på internet är upp till oss människor.

Norma Bou Aram
ST-läkare
BUP-kliniken, US Linköping
E-mail: Norma. Bou.Aram@lio.se

Referens finns på
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

ANNONS



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/02**
Tema: Tillstånd



Spelande som social nödvändighet eller missbruk?

I alla generationer har det funnits en inbyggd konflikt mellan ursprungsgruppen – familjen – och den grupp man i övergången till en autonom identitet, ska identifiera sig med. Det är gänget, laget, kamratgruppen. Konflikten visar sig tydligt i de flesta familjer när ungdomen försöker ta sig bort från de täta familjebanden, varje generation föräldrar har antagligen mött den oförstående blicken från barn som tycker föräldrarna inte förstår. Nu som när vi var unga.

Hur ser det ut med dator- eller TV-spelsbruk, kan det också träda i den sunda frigörelsens tjänst?

Att *ständigt* sitta vid datorn är en uttalad riskfaktor för psykisk ohälsa. Likaså är det en riskfaktor att vända på dygnet. Den som spelar mycket och är vaken under "fel del" av dygnet är personer som i större utsträckning tappar sina sammanhang. Det finns alltså goda skäl till varför en person som spelar för mycket och är vaken på natten och låter bli att göra sina vanliga sysslor, bör återföras till normaliteterna. Eller hur.

Det finns ett tänkbart undantag från det odelat patologiska spelandet. Jag tänker på onlinespel med särskilda förutsättningar. Det är spel där spelare tillsammans, över olika tidszoner gör saker med gemensamma mål. Detta världsomspännande samarbete intresserar oss nu. Som deltagare i spelet har man en roll och en uppgift. Det finns ibland beskrivningar från ungdomar som spelar som låter just så: *"Men jag måste vara med just då. Det är ett quest som måste lösas och jag är med i en klan och då måste jag förstås va med. Du fattar ingenting! Klockan fyra på morgonen här kommer det hända, det är väl inget konstigt, då är klockan halv sju i Kalifornien"*. Så kan det låta.

Vi kan utgå från att de problem som vi läser in och de risker vi vet finns, är reella. Det finns åtskilliga personer som fastnar i sitt spelande eller bruk av internet, dock inte alla som periodvis spelar för mycket. Kan det vara så att vi faktiskt missar det märkliga att vuxenvärlden inte fattar något alls. Vi kan också missa den informationen trots att

ungdomar ofta berättar för sina föräldrar om den viktiga roll de spelar i gruppen, där ens del i uppdraget är *absolut nödvändig* för att gruppen skall klara av uppgiften. Frågan är om föräldrarna tycker att uppgiften är nödvändig.

Det beskrivna scenariot kanske inte är så vanligt som att personer som sitter vid sitt spel eller datorn hela natten inte gör det för att invänta startpunkten för ett californiskt quest utan för att de fastnar. Scenariot är dock ändå möjligt och diskussioner kan upptå.

Konflikten mellan värdesystemen och begreppssystemen kan härblistor. I gränslandet hamnar de olikasammanhangen där frågan om deltagande i den "vanliga" världen ställs mot deltagandet i ett virtuellt sammanhang. Som grupp är vuxenvärldens makt över barnvärlden väldigt stor. Den makten måste hanteras varsamt. Ett sätt att visa varsamhet är rimligen att försöka sätta sig in i de konkurrerande förutsättningarna, där barnens och den normgivande vuxenvärldens syn på sakerna kommer i konflikt.

Vuxna människor tenderar att inte respektera barns och ungdomars kunskaper eller erfarenheter. Det är nog så att ett skäl till den relativa bristen på respekt som de flesta vuxna visar, olika ofta, kommer sig av att vi blandar ihop respekten för andras ståndpunkter med en föreställning om att en sådan handling – att lyssna på den andre – också skulle innebära att man själv avstår ansvar och rätt att besluta. En normal, lokaltidsbaserad, dygnsrytm bör ändå i de flesta fall vara det perspektiv som ska segra, men det betyder inte att motståndarens (barnets) perspektiv inte skall beaktas. Att lyssna innan man bestämmer vad som är rätt, är väl dessutom en grundläggande förutsättning för att lita på att det man tar ställning till är det rätta.

En diskussion av det här slaget är viktig. Grundläggande hälsoaspekter, som vila och mat på rätt sorts tider, måste oftast följas. Grundläggande rättigheter, som att ha rätt till sin stämma i frågor som gäller en själv, måste också följas.

Föräldrars makt baseras på föräldrars status som vuxna, och på föräldrars ekonomiska och fysiska överläge. Det är inte självklart att den syn som vuxenvärlden har är korrekt, lika lite nu som för tidigare generationer. Det betyder att vi kan behöva revidera våra uppfattningar, eller att vi stödjer våra tvingande beslut om att t.ex. stänga av datorn trots att man då förstör för sin klan, måste vara tillräckligt starkt motiverade för att vi ska kunna stå emot protesterna.

Om varje datorspelare löper risk att vara en potentiell spelmissbrukare är en helt annan fråga.

Dessutom: Kan det vara så att våra patienter kan uppleva vår psykiatriska auktoritativa roll på samma sätt? Eller att vi – må det aldrig ske – använder oss av samma auktoritativa icke-lyssnande sätt gentemot dem vi träffar på jobbet? Som om vi var de vuxna? Ack.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Foto: Shutterstock/Mikael Damkier



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online
CPD Online

The Nordic Psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem" där Du också kan registrera Dig för både Nordic Journal och CPD Online

www.svenskpsykiatri.se

Du som är medlem i SPF:

Du har väl inte glömt att registrera Dig och få åtkomst till CPD Online från Royal College of Psychiatry?

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

www.sluspsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srpf.se



CULLBERGSTIPENDIET

2015

Resestipendier för specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna på sammanlagt 150 000 kronor utdelas med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det kan gälla att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt.

Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnadskostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Ett skriftligt svar från den mottagande kliniken/institutionen där det framgår att de vill ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, så som överläkare, handledare eller studierektor.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och levnadskostnader. Det ska framgå om en eller fler poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras och redovisas under år 2015.

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling. Stipendiet består av tio poster om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en eller flera sådana poster.

Det råder i dag inom svensk psykiatri en stark slagsida mot engelsk-amerikansk klinik och forskning, medan psykiatrin i exempelvis Tyskland och Frankrike är ganska okänd. Det finns också många spännande psykiatriska projekt i Norden som är väl värda en studieresa!

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas en kort (1–2 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, skriven i artikelform så att den kan publiceras i *Svensk Psykiatri*.
- Kort ekonomisk redovisning. Eventuellt icke förbrukade medel återsändes till Stipendienämnden.
- Muntlig presentation på den egna kliniken samt på sammankomst arrangerad av någon av specialitetsföreningarna, t.ex. ST-konferensen eller Svenska Psykiatrikongressen.

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast 2 februari 2015. Stipendiernas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2015.

Så börja diskutera med kollegor och läs färskas tidskrifter för att se var det sker spännande saker! Det går mycket bra att maila till även framstående personer och fråga om man kan få komma. För de flesta är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem.

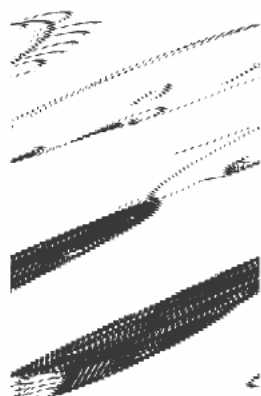
Ansökningar sändes till

cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se
eller
Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet
851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2015.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskpsykiatri.se före 15/1 2015.

Vill du skänka ett bidrag till prissumman?

Sätt in pengarna på bankgiro 5112-0020 och ange att Du vill att pengarna skall gå till Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatri.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

FN på väg att utesluta psykiskt sjuka - Vi måste agera nu!

I anknytning till FN-dagen var vi, tillsammans med ett nätverk som snabbt slöt upp kring frågan, medförfattare till en artikel som publicerades i tidningen "Dagens Samhälle" om att FN håller på att utesluta en halv miljard människor i sin post-2015 globala utvecklingsagenda. De humanitära och nationalekonomiska kostnaderna det innebär att utesluta en så stor grupp människor och deras anhöriga är enorma. Vi måste därför agera nu för en mer positiv utveckling!

FN:s åtta millenniemål skrevs under av alla medlemsländer i FN i samband med det nya årtusendets början för att verka för en bättre värld för alla. För information om desamma se www.millenniemaalen.se. I början av nästa år ska målen revideras inför de kommande femton åren i FN:s post-2015 globala utvecklingsagenda. Det finns långt gångna diskussioner om de nya målen. Specifikt fokus finns i förslagen kring kroppslig men inte på psykisk ohälsa. Så länge en uppdelning finns mellan "kropp och själ" är detta oacceptabelt! Både för den stora mängd individer som drabbas av psykisk sjukdom men också för att ett uteslutande på detta sätt med all säkerhet kommer försvåra möjligheterna att nå övriga mål som diskuteras.

Vi vill därför be er att hjälpa till att hindra detta uteslutande av vår patientgrupp i FN:s övergripande mål de kommande åren. Maila oss ditt namn och delta i en appell från för detta särskilda ändamål bildade nätverket «Svenskt Nätverk för Psykisk Hälsa i Världen». Vi planerar inom kort brev till FN samt särskilda riksdags- och regeringstjänstemän som arbetar med frågan. Om du är med blir vi starkare.

Att fortfarande i modern tid nedvärdera sjukdomar som drabbar vårt mest avancerade organ med sina 100 miljarder nervceller hos cirka 450 miljoner människor är på samma sätt som en uppdelning mellan kropp och själ - förlegat. Förhoppningsvis kan vi tillsammans från svensk psykiatri bidra till en modernare syn på människan i världen de närmaste 15 åren för allas bästa.

Lena Flyckt

Ordförande SPF , Docent och specialist i psykiatri
ordforanden@svenskpsykiatri.se

Maria Larsson, Specialist i psykiatri
maria.h.larsson@sll.se

Marie Bendix, Specialist i psykiatri
marie.bendix@me.com

Rättelse Ledare för Svenska Psykiatriska Föreningen,
Lena Flyckt, sidan 4 i nr 3 av Svensk Psykiatri

I skrivning kring informationsutbyte skall stå:

"Mats Lööfs övergripande uppdrag är att driva arbetet med enhetlig informationsstruktur och fackspråk i VästraGötalandsregionen med nationell förankring. I det ligger bland annat ansvaret för samordning av termer, begrepp, kodverk och struktur i vår dokumentation".

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/02**
Tema Tillstånd



Foto: Shutterstock/alphaspirit alphaspirit

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.svenskabupforeningen.se

www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



ANNONS

Bästa kollegor, glädjande nyheter!

Nyutkomna kliniska riktlinjer för Bipolär sjukdom samt för ECT!

Nu har SPFs samling med kliniska riktlinjer utökats med ytterligare två volymer som båda finns att beställa från bokförlaget Gothia (www.gothiafortbildning.se).

SPFs kliniska riktlinjer **Bipolär sjukdom** har målsättningen att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för kliniker som kommer i kontakt med bipolär sjukdom på sjukhus, specialmottagningar eller allmänna vuxen- och barnpsykiatriska mottagningar. De innefattar en kortfattad beskrivning av bipolärbegreppet, historik, etiologi och avgränsningsproblem kring bipolaritet. De följande kapitlen behandlar diagnostik, farmakologisk behandling, psykologisk behandling, graviditetsaspekter samt organisation av bipolärvård.

Riktlinjerna är i första hand skrivna för vuxenpsykiatrer, men de är även tillämpliga för barn- och ungdomspsykiatrin.

Ordförande i författargruppen är Mats Adler. Medförfattare är Lars Häggström, Håkan Jarbin, Mikael Landén, Benny Liberg, Aleksander Mathé, Eleonore Rydén samt Cecilia Svanborg.

Ambitionen med **SPFs kliniska riktlinjer ECT** är att tillhandahålla aktuell kunskap inom hela ECT-området och vara ett stöd i användning och uppföljning av ECT. Riktlinjerna vänder sig till behandlingsansvariga läkare, verksamhetschefer och till övrig personal inom psykiatrin i Sverige.

Huvudredaktörer för arbetet har varit Pia Nordanskog och Axel Nordenskjöld, medförfattare Håkan Jarbin och Christian Lindberg. En namnkunnig referensgrupp har lämnat sina synpunkter under arbetets gång.

Båda riktlinjerna är utomordentligt välskrivna stöd för verksamhetsutveckling. I båda riktlinjerna finns också förslag till kvalitetsindikatorer användbara för de kliniker som önskar utveckla och följa upp den egna verksamheten inom det aktuella området.



Jag uppmanar var och en att ta initiativ till att båda dessa arbeten beställs till läkare och andra medarbetare vid den egna kliniken!

Dan Gothefors

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten



Tala i egen sak



Den 24 september sände Uppdrag granskning ett reportage om unga kvinnor och flickor med allvarligt självskadebeteende som vårdades vid Rättspsykiatriska kliniken i Växjö. Jag hade tidigare under en period varit ansvarig läkare för behandlingen av en av dessa, den då sextonåriga "Anna", när hon var inlagd på BUP-kliniken och jag intervjuades i programmet.

I programmet fick "Anna" och hennes mamma berätta utförligt om sina erfarenheter av den rättspsykiatriska vården. "Anna" berättade om mängden av bältesläggningar, om hur hon, sexton år gammal, inte fick ta emot besök av sina föräldrar, om att hon inte fick någon psykoterapeutisk samtalskontakt, om vad som möjligen kan karaktäriseras som någon sorts konsekvenspedagogik, där hot om bältesläggning och om att inte få träffa sin mamma förefaller varit en central del i att få henne att sluta med självdestruktiva handlingar. "Anna" berättade också om andra delar av vistelsen, de långa innehållslösa dagarna, de tjutande larmen, som störde både på nätter och dagar, rädslan för de till rättspsykiatrisk vård dömda våldsbenägna patienterna, om att vara ensam tonåring bland vuxna psykiskt sjuka.

I programmet berättade också andra unga kvinnor med självskadebeteende om sina upplevelser av den rättspsykiatriska vården i Växjö, om utebliven behandling och uteblivna resultat, om mängden av bältesläggningar och mycket drastiska, bitvis olagliga sätt att hindra självskadehandlingar.

"Annas" och de unga kvinnornas berättelser - lugna, balanserade, trovärdiga - interfolierades av intervjuer med administrativa chefspersoner inom psykiatri i Kronobergs län och tjänstemän vid SKL och IVO. Dessa företrädare för vården, högsta administrativa chef för barn- och ungdomspsykiatri, en biträdande klinikchef och en chefsöverläkare inom rättspsykiatri, IVOs tillsynstjänsteman, psykiatrisamordnaren vid SKL, var alla mycket återhållsamma i sina kommentarer och svar. Huvudsakligen upprepade de, gång på gång på gång, var och en sina mantraliknande uttalanden, ett ganska tomt och floskulöst avvisande av all kritik, en total frånvaro av reflektion och av kritiskt granskande av de egna åtgärderna och av den givna vården och verksamheten.

Med hård, överlägsen blick tittade de in i kameran och upprepade samma meningar och samma ståndpunkter om den egna ofelbarheten. Kontrasten mot de unga kvinnornas lugna, nyanserade men också förtvivalade berättelser om sitt eget lidande och sina egna hemska upplevelser av den vård just dessa chefer bidragit till, var skrämmande.

Det förtjänar att påpekas att i den rättspsykiatriska vården av "Anna", som pågick ca ett år, fanns ingen med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens. Hennes tidigare psykoterapeut fick inte besöka henne, erfarenheterna från denna behandling togs inte i beaktande. I programmets skildring av den rättspsykiatriska vården av "Anna" och i intervjuerna med chefer finns inte antydning till barnperspektiv, långt mindre medvetenhet om Barnkonventionen, det finns inga tankar om att barnpsykiatriskt kunnande måste finnas med i vården av en sextonårig flicka med allvarlig psykisk sjukdom. Dessa ansvariga chefer verkar helt nöjda med vården - fram till den dag då man, efter ett år med bältesläggningar och andra tvångsåtgärder som att hålla "Anna" skild från sin mamma som är hennes trygghet, i en kort journalanteckning konstaterar att "slutenvården är kontraproduktiv" och skriver ut henne.

Om det istället varit en 56-årig man med prestigefyllt arbete och samhällelig status, som fått en hjärtinfarkt med akut hjärtsufficiens - men det fanns ingen plats på kardiologen så han fick vård på gastroenterologen, behandlades med sex veckors sängläge och svältkost (visserligen inte evidensbaserat) samt besöksförbud (visserligen inte lagenligt). Nej, det kunde naturligtvis inte hända. Det som hände, det hände för att det var en tonårstös utan vare sig ställning, status eller socialt kapital, som hade en allvarlig psykiatrisk problematik, var förtvivalat ledsen, ångestfylld, uppgiven och utan hopp, utan att förstå sig själv eller sitt liv.

Och dessutom skadar hon sig själv, skär sig, river upp stygnen, slår sönder gipset. "Det kunde hon väl ändå låta bli. Jag menar, hur svårt kan *det* vara. Jag vägrar att åka med till kirurgen igen. Det är tredje gången den här veckan, de undrar ju vad vi sysslar med. Nu får hon faktiskt skylla sig själv."

Jag har mycket svårt att se att den typ av behandlingsåtgärder som vidtogs mot "Anna" på Rättspsykiatriska kliniken i Växjö vilade på rationella överväganden, vetenskap och beprövad erfarenhet. Istället tycks det i praktiken röra sig om en sorts

fientligt motiverad konsekvenspedagogik med bestraffning som huvudingrediens.

Sedan decennier väletablerad psykologisk kunskap visar klart att bestraffning har betydligt sämre inlärningseffekt än belöning.

Konsekvenspedagogik förutsätter att personen har god förmåga till generalisering, dvs. att kunna använda erfarenheter från en situation i en liknande men inte identisk situation. Bristande generaliseringsförmåga är en central svårighet för de flesta personer med autismspektrumproblematik.

Ångest (liksom andra känslor) kan inte förbjudas bort. Personen måste få hjälp att uthärda och genomleva och i en stödjande empatisk miljö hitta alternativa tillvägagångssätt och måste få psykoterapeutisk hjälp att förstå, våga pröva, stå ut och växa.

Ångestuttryck – som tvångsritualer, fobiskt undvikande, självskärning – är inte kognitiva processer av överväganden, val, beslut, utan automatiserade reaktioner för att nå omedelbar ångestreduktion. Allvarligt självskadebeteende är inte ett obstinat trendbeteende hos tonåringar.

Kunskap och insikt om detta måste finnas hos behandlande personal.

Hur kan det vara att chefer på höga positioner inom svensk psykiatrisk vård kan förefalla så renons på reflektion, självkritik, mod att medge fel?

Hur kan det vara att barn- och ungdomspsykiatrin blir helt osynlig i vården av några av de allra svårast sjuka barnen?

Hur kan det vara att en vårdapparat, som har närmast obegränsad makt över sina patienter, tillåter sig grovt oetiska och olagliga åtgärder?

Hur kan det vara att det inom IVO och SKL inte finns basala ryggmärgsreflexer, som slår till, när man får kännedom om sådana här förhållanden och högt och tydligt säger: "Så här får det absolut inte gå till!"

Jag är medveten om att jag, som före detta behandlare av "Anna" i viss mån kan tyckas tala i egen sak, men de i programmet intervjuade cheferna talar alla i absolut ingen annan än den egna saken, den saken som är att skydda sig själva mot alla tänkbara anmärkningar. Det man lär av programmet är en gammal sanning: Makt ger rätt!

Torgny Gustavsson

F.d. överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Kronoberg, nu överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Kalmar.



Foto: Shutterstock/Mirosław Dziadkowiec



Foto: Shutterstock/baki

Nätverksarbete – verksamt eller *a pain in the neck?*

Forskning visar på det sociala nätverkets betydelse för somatisk och psykisk hälsa, för återhämtning efter sjukdom och för behandling. Till exempel finns det flera studier om betydelsen av familjeinterventioner vid psykos.

Hur kommer det sig då att nätverket ibland snarare tycks vara "a pain in the neck" för psykiatrin?

År 1994, när den psykiatriska heldygnsvårdsavdelning i Södertälje där jag arbetade systematiskt började kontakta patienternas anhöriga, var det nytt och skrämmande för många. I utbildningen kring familjearbete på avdelningen eftersträvade vi öppna samtal kring personalens farhågor: "Vågar vi verkligen ta in familjen? – patienten kan skada dem." Eller: "Familjen kan vara till skada för patienten." "Och förresten får barn inte komma in här..."

När vi hade haft en studiecirkel, arbetat oss igenom farhågorna och dessutom "upptäckt" ett lämpligt samtalsrum strax utanför avdelningen inleddes en spännande pionjärtid. Avdelningens kurator, kontaktpersonerna och jag träffade ett stort antal anhöriga

och även deras minderåriga barn. Vi lärde oss mycket om anhörigas villkor. Vi förstod deras behov av stöd. Och vi såg också att samarbetet med nätverket är ett stöd för oss i psykiatrin, en resurs som möjliggör att förstå mer av bakgrunden och att göra bättre behandlingsplaner.

Efter psykiatrireformen byggde vi upp en samordnad psykosöppenvård, tillsammans med kommunen. I såväl det långsiktiga rehabiliteringsarbetet som i vårt under-team för nyinsjuknade psykos var nätverksarbetet en nödvändig del. Många i personalen fick gå nätverksutbildning och vidareutbildade nätverkslagledare kunde kallas in för att leda nätverksmöten. I nyinsjuknadeteamet inspirerades vi av Tom Andersens reflekterande team och de finska erfarenheterna från Åbomodellen till Jaakko Seikkulas öppna dialog, liksom av det svenska fallskärmsprojektet. Gemensamt för dessa satsningar var ett flexibelt omhändertagande med krisstöd och möten med familjen, så snart som möjligt sedan en person insjuknat i psykos.

Arbetet blev fruktbart. I utvärderingen av de första fyra åren av nyinsjuknadeteamets arbete var de anhörigas subjektiva kommentarer bland det mest givande att läsa.

Vi nådde ändå inte alla familjer. Ett skäl var förstås att många patienter inte ville släppa in sina anhöriga. Men jag är övertygad om att det ofta också skedde en gradvis anpassning från vår sida – istället för att försöka finna nya sätt att göra de anhöriga delaktiga, gav vi upp. Jag minns en jourkväll då jag träffade en drygt 20-årig kvinna som hjälpt sin mamma att komma in för en bedömning. Mamman var patient på en av våra enheter sedan cirka femton år, men dottern hade aldrig tidigare haft kontakt med psykiatri och hade i princip ingen aning om hur mammans vård sett ut. Mamman hade sagt nej till att dottern skulle vara med. På så sätt hade hela dotterns barndom gått utan att hon fått något stöd.

Det är lätt att skylla på patienten som utestänger familjemedlemmarna. Men viktigare är att se att vården också gör det. Det gäller även det bredare nätverket, såväl det privata som det professionella. Jag blir ibland uppringd av bekanta som undrar varför de som vänner inte välkomnas av vården, fast patienten önskar att de ska vara med. Jag brukar uppmana dem att envisas, och att be patienten att vara tydligare med önskemålet. Jag brukar säga att patienten har rätt att ta med sig bekanta, samtidigt som jag har en känsla av hyckleri – kan jag verkligen lova att den rätten respekteras?

Ibland anförs svepskäl mot nätverksarbete. Då jag en gång hoppade in tillfälligt på en jourmottagning kom en patient som alla var mycket irriterade över. Det var en man som brukade komma varannan vecka och högljutt kräva lugnande mediciner. I vårt samtal uttryckte han stort missnöje med vården och ännu större med "soc", och det framkom att han egentligen inte visste vilket stöd han kunde vänta sig från respektive part. Jag föreslog teamet att ordna ett nätverksmöte med socialsekreteraren för att reda ut vad han behövde. När jag avslutat min insats på mottagningen, fick jag höra att teamet avvisat förslaget med argumentet att det skulle ta för mycket tid. Alltså, hellre upprepade frustrerande akutbesök där man inte når fram till den verkliga bakgrunden än ett systematiskt arbete för att tillsammans kartlägga och förstå.

Men det värsta är att det fortfarande händer att familjer blir syndabockar och utesluts från vården.

Det är fortfarande så lätt att börja beskriva en mamma som "besvärlig", och därifrån kan sträckan vara kort till att begränsa besök, reglera, förbjuda. Trots att anhöriga knappast blir mindre besvärliga av ett sådant bemötande.

Det finns allmänmänskliga skäl att undvika människor som är missnöjda och anklagar oss. Anklagelser kan haka i vår insikt om att vi ofta inte kan "bota", utan får arbeta tillsammans med personen för att hitta drägligast möjliga liv. Innerst inne vet vi att våra patienter och deras familjer lever i villkor som vi inte skulle önska våra egna närmaste att behöva uppleva.

Besvärliga anhöriga kan vara mer drabbande än besvärliga patienter. I det senare fallet finner vi stöd i vårdrollen, uppgiften att förstå och ta hand om. Själva sjukrollen ger försonande drag åt personen och dennes beteende. Patientrollen är i sig ofta regredierad och det gäller än mer uttalat i psykiatri. Att då släppa in andra vuxna, friska personer i samspelet kan upplevas som att få oönskade vittnen.

Men jag tror att det också finns en annan, mer kulturell orsak. I mätningar av globala värderingar brukar det svenska samhället falla ut som det mest sekulära och det mest individualistiska. Det finns skäl att varna för generaliseringar, men utan tvivel är många rättigheter och skyldigheter i vårt samhälle knutna till individen som samhällets minsta enhet – medan familjen/gruppen utgör minsta enheten i andra samhällen.

I det individualistiska perspektivet finns också tankar om autonomins betydelse. Det är nära på en skyldighet för en individ att bli självständig. Att inte vara självständig är ett tecken på bristande mognad, dysfunktionella relationer – eller sjukdom. Jag funderar på om ett förnekande av beroende kan ligga bakom det faktum att personal ibland reagerar starkt mot vuxna patienter som fortfarande är beroende av sina ursprungsfamiljer eller mot föräldrar som kräver en plats i vården av sina vuxna barn.

Den här konflikten blir ibland särskilt tydlig i mötet mellan familjer i migration och den svenska vården. I vårt nyinsjuknadeteam mötte vi många familjer med annan kulturell bakgrund. Det var engagerade familjer som ställde upp för sina medlemmar med psykiska problem, de kom till familjemötena och uppskattade ofta den personliga kontakten med teamet. Men vi kunde också se att det fanns svårigheter i mötet. I dessa kliniska möten såväl som i en intervjustudie jag gjorde med syriansk-assyriska patienter och informanter växte det fram en bild av att familjen har ett ansvar som aldrig går över, att den inte kan ge upp och därför inte kan låta vården "ta över". "Över min döda kropp att min son ska till gruppboende", sade mamman till en psykotisk man.

Jag var med om ett antal situationer där anhöriga till och med stod ut med att utsättas för våld, därför att alternativet – att i sina egna ögon svika den sjuke – var värre.

Ibland mötte vi besvikelse över vården, som uppfattades som passiv. Anhöriga hade svårt att förstå varför familjen som bar ansvaret kunde stoppas av sekretessen. Och de uppfattade svenska tvångsvårdslagar som svaga. Något som skakade mig i de intervjuer jag gjorde var att förstå att detta kunde tolkas som diskriminering. "Vården bryr sig inte om vår son därför att vi är invandrare."

I några av dessa fall reagerade vi i vården förutsägbart med att dra oss tillbaka. "Vi kan inget göra. Familjen vägrar gruppboende eller boendestöd. De vill inte ha med oss att göra." I själva verket förhöll det sig nästan aldrig så. Familjerna ville ha samtalsstöd och råd – men på egna villkor. Det är en utmaning för vårdpersonalens professionalitet – men en utmaning som det är fruktbart att anta. Genom fortsatt dialog, genom att upprätthålla relationen i upp- och nedgångar kunde vi många gånger över åren få till stånd samförståndslösningar.

En del har blivit bättre. Det finns till exempel riktlinjer om familjestöd vid psykos. Ändå är jag mer orolig för framtiden. "I psykiatri får vi göra det som är nödvändigt för att förstå och kunna behandla", brukade jag tänka. Vi kan göra hembesök, bjuda med vem som helst som är viktig för patienten, göra arbetsplatsbesök, gå på en promenad eller mötas på ett kafé – om det behövs för att förstå och för att bygga en terapeutisk allians. Vi får göra det som är verksamt.

Idag tycks produktionstänkandet i New Public Management drastiskt ha reducerat möjligheterna att skapa de okonventionella möten som kan göra skillnad. Den ekonomiska ersättningen för familjesamtal och hembesök är visserligen högre men ändå alltför liten för att de ska kunna konkurrera med kortare, uppdelade mottagningsbesök. Att hålla telefonkontakt med anhöriga kan vara ett utmärkt stöd i en krisperiod – men personal uppmanas att avstå från det eftersom det inte ersätts ekonomiskt. Exemplet kan mångfaldigas.

Att samarbeta med nätverket kan både förutsätta och frigöra en stor kreativitet. Frågan är om vi har råd att låta den förödas på grund av ekonomiska och organisatoriska förändringar i dagens psykiatri.

Maria Sundvall
Psykiater
Stockholm



Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott

Hösten inleddes med att Västra Götalandsregionen bjöd in representanter från alla sjukvårdsregionerna under rubriken "Regionala METIS-kanslier, hur går vi vidare?". Det handlar om att hitta en bestående struktur för att METIS-kurserna och METIS pedagogiska koncept ska leva vidare. Idag ser det väldigt olika ut i olika delar av landet, så träffarna är till för att byta erfarenheter och lära av varandra. Samtidigt arbetar SKL för att skapa ett centralt METIS-kansli, som bland annat ska kalla till regelbundna kursrevisioner.

Tack vare METIS ses ofta psykiatri som en förebild i ST-utbildningssammanhang, det vill vi fortsätta att vara. Jag antar att alla känner någon som gjort briljanta pedagogiska insatser inom psykiatri. Kom ihåg att nominera kollegan till SPF:s pedagogiska pris till Raffaella Valigi Björcks minne! Läs hur du går tillväga på SPF:s hemsida och på sidan 18 i detta nummer.

Under hösten har våra UEMS-representanter Olle Hollertz och Maria Nilsson Markhed deltagit i ett möte i London där många viktiga frågor diskuterades. Hur kan man harmonisera ST-utbildningen i Europa? Hur mycket psykioterapiutbildning är "lagom"? Vad är för- och nackdelar med en examination i psykiatri på EU-nivå? Hur kan arbete med tvångsvård harmoniseras i Europa? Deras rapport kommer i nästa nummer av Svensk Psykiatri.

Arbetet med Svenska Psykiatrikongressen 2015 pågår för fullt. Det blir ett brett program där även den utbildningsintresserade kommer att få inspiration och praktisk vägledning. Den nya ST-föreskriften tros ställa tydligare krav på bedömning av ST-läkarens kompetens. Vad kan man som handledare eller studierektor göra? Kom till SPK så får du se!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare, Norra Stockholms Psykiatri

MASTERCLASS PSYCHIATRY

LULEÅ 19-20 FEBRUARI 2015

Treating patients with neurodevelopmental disorders and learning disabilities, with or without psychosis

Aimed at specialists in general adult psychiatry, child and adolescent psychiatry and forensic psychiatry, doctors in training and other professionals with a special interest in neurodevelopmental disorders.

Speakers from Maudsley Hospital / Institute of Psychiatry – King's College London will take you through common difficult clinical dilemmas.

Lipus har granskat och godkänt denna kurs. Fullständig kursbeskrivning finns på www.lipus.se (Lipus-nr: 20140144).

www.nll.se/masterclass

FÅTAL PLATSER KVAR!



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.



Ett fortbildningsverktyg för dig som är specialist. Som medlem i SPF ingår detta i dina medlemsförmåner. Du hittar mer information på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Intet nytt under solen?

I förra numret av SP berättade jag om ett antal psykiatrihistoriskt intressanta tidningsurklipp från 1940-talet, som jag ville återge i detta och kommande nummer.

Först ut blir en intervju med kurator Brita Strandberg på psykiatriska polikliniken, Karolinska sjukhuset. Kanske var det hon som samlade ihop de urklipp som nu ligger på mitt skrivbord. Intervjun har rubriken "Kurator för själen" och publicerades i oktober 1944. Trots att det gått ganska exakt 70 år sedan dess är det mesta förvånansvärt bekant och aktuellt än idag. Annat känns mer... passé.

Brita var "polikliniksjuksköterska" men uppehöll även kuratorstjänsten. Hon berättar att det var 1917 som Hjälpföreningen för psykiskt sjuka bildades på initiativ av fru Else Kleen och professor Olof Kinberg.

"Sedan vi 1941 flyttade över till Karolinska... har besöksantalet stigit oerhört trots att kliniken sedan ett par år icke längre är avgiftsfri. 1941 hade vi t.ex. 1750 nya patienter, 1943 var vi redan uppe i över 3000".

Precis som idag var det svårt att räkna till för alla som behövde psykiatrisk vård. Förståeligt, då det vid denna tidpunkt endast fanns sex psykiatriska polikliniker dvs. öppenvårdsmottagningar i hela landet!

I arbetsuppgifterna ingick abort- och steriliseringsutredningar, något som tog mycket tid i anspråk men som Brita Strandberg fann intressant och givande, eftersom hon många gånger kunde hjälpa patienterna. För övrigt tycks uppgifterna ha varit ungefär desamma som idag. Det gjordes en social utredning, samtal, hembesök, kontakt med anhöriga och med myndigheter. Därefter vidtogs "hjälpåtgärder". Resurserna förefaller ha varit annorlunda, man kunde hänvisa till vilohem och kuranstalter. Ibland kunde dock åtgärden vara så enkel som att "ordinera ny katt" till den äldre man som visade tecken på depression efter att hans 18-åriga katt hade dött. Av intresse är att Brita Strandberg påpekade att det behövdes hem och kollektivhus för unga självförsörjande flickor.

"Ni anar inte hur ofta det kommer upp deprimerade ungdomar, som inte kan få någon rätsida på tillvaron, bara för att de tvingas bo hemma under ofta olidliga förhållanden, får sova på en säng i köket, utan möjligheter att ta hem vänner, utan minsta vrå där de kan vara för sig själva. Undra sedan på att de söker sig ut till danshaken och nöjesfältena!"

Svårigheten för unga människor att få egen bostad är alltså inte något nytt fenomen.

Det efterlystes även fler läkare "Trots att vi har mottagning var dag så ser vi oss ingen möjlighet att ta emot alla patienter som söker oss. Det är verkligen ett oerhört stort ansvar som vilar på den sköterska, som måste avvisa en patient, trots att hon kanske förstår att han är i behov av omedelbar vård".

Läkarbrist, då som nu.

Mycket känns igen i artikeln, den kunde nästan ha varit skriven idag, men signaturen Gattinas avslutning får den ändå att landa rakt ner i 1944:

"Fröken Strandberg måste återgå till sina plikter, men vi har ändå fått en hastig inblick i ett yrke, där just vi kvinnor kan göra en verkligt betydande insats, en insats av större betydelse än någonsin, just i dessa tider, då psykiskt friska individer är ett livsvillkor för varje folk".

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Överläkare Psykiatri Nordväst, Stockholm

Tack till Karin Stenstedt som skickade mig urklippen!

Kanske har Du ett gammalt urklipp eller dokument av psykiatriskt intresse som det vore roligt att berätta om!? Skriv gärna ett bidrag till oss!

ANNONS

Att tona ned sin person men ändå inte abdikera som chef

Intervju med verksamhetschef Tobias Nordin



Foto: Marie Ullnert

Med anledning av att utmärkelsen "Framtidens ledare i sjukvården 2014" tilldelades psykiatern Tobias Nordin, verksamhetschef vid Psykiatri Affektiva på Sahlgrenska universitetssjukhuset, bad vi psykolog Anders Almingefeldt, som sedan tidigare är lite flyktigt bekant med pristagaren, att byta några ord med honom. Detta skedde lite anspråkslöst, en helt anonym vardagsförmiddag, via telefon. Redan i mailkonversationen som föregick samtalet uttryckte Tobias både sin stora förvåning, men också stora glädje över priset. Han påtalade också med emfas att priset var ett erkännande för det gemensamma arbete som bedrivits - med honom själv som samlande kraft. Många enskilda medarbetare hade gjort en fantastisk insats, det var hans åsikt. I denna text ger Anders Almingefeldt sig själv uppdraget att försöka hitta några ledtrådar kring vad i Tobias Nordins ledarskap som kan peka på framtiden. Han finner till slut fem ledtrådar.

Drottning Silvia ser glad ut, Tobias Nordin ser glad ut. Det är som det skall vara. Det är den 21 oktober och det är prisceremoni på Karolinska Institutet i Stockholm. Ett erkännande. Klädd i en svartvit-mönstrad sober kavaj, samt en fint skuren gråsvart kjol, överlämnar drottning Silvia ett pris med inskriptionen: "Framtidens ledare i sjukvården 2014". Tobias Nordin är mottagaren. De skakar hand, och ler åt varandra. En vacker bild, men också något vågat: ett pris som riktar sig framåt, in i framtiden. Ett pris som omfamnar framtiden - vad den än innehåller.

Juryns motivering lät som följande:

"För sitt mogna och moderna ledarskap i kombination med ett brinnande engagemang för psykiatri och dess utveckling. En ledare som lyckas med det mest väsentliga i ledarskapet – att få med sig sina medarbetare, att få följare och tillsammans med dem utträta något värdefullt för patienterna."

Östra sjukhuset, sen kväll. Några veckor efter prisceremonin. Uppståndelsen har lagt sig. Det är stilla. Vi befinner oss i november. Det är becksvalt ute. Och redan där och då: en ledtråd. Jag har krånglat mig runt ett delvis släckt sjukhus, men när jag väl närmar mig så vägleder mig ljuset, en lampa lyser borta i korridoren. Klockan är tio på kvällen, det är nästan folktomt, bara flitens lampa lyser.

Ytterligare några skrivelser måste läsas igenom, några punkter förberedas, några tankar tänkas. På min fråga när han brukar vara klar för dagen dröjer Tobias Nordin lite vid svaret, som att han jobbar generande mycket, han nöjer sig med ett leende som svar. Han säger inte att de trasiga själarna aldrig slutar välla in, eller att skrivelserna tornar upp sig likt en skånsk spettekaka. Tobias Nordin är ingen poet, han har ingen vana att uttrycka sig oprecist och effektsökande. De gånger jag hört honom tala har jag istället slagits av hans distinkta och robusta formuleringar - som utskurna ur ett träd.

Så tänkte jag mig det hela. Men fantasin spelade mig ett spratt: det var bara ett tänkt scenario. Jag var inte där, han var inte där. Ingen satt den kvällen på Tobias Nordins tjänsterum på Östra sjukhuset i Göteborg.

En siluett av pappershögar som kunde misstas för en skånsk spettekaka siktades inte. Utan istället - rent prosaiskt: han kunde först förmiddagen därpå.

Tobias Nordin var på internat i Stenungsund med sina medarbetare, under en halvtimme morgonen därpå skulle han sätta dem på en extra knepig uppgift, då skulle finnas tid för en kort intervju över telefon.

"Ett antal frågor slängdes ut:"

Huruvida en ledare måste kunna fånga upp tänkbara framtidsscenarioer, och sedan reflektera kring dem; några avgörande punkter i hans väg in i chefskapet; samt huruvida man reagerar på den faktiska utvecklingen och/eller är med och formar den?

Mina frågor berörde inte jungfrulig mark. Tobias Nordin är som vanligt förberedd, han vill inte att framtiden trillar ner i huvudet på honom.

Han tror på att informera sig om samtiden, för att därifrån projicera en rörelse in i framtiden. Dessutom har han inrättat lite olika sammanhang för sig själv och sina närmaste medarbetare där de metodiskt och regelbundet tänker igenom aktuella, men även framtida frågor. Att stå vid ett stup och kasta en sten ut i mörkret är inte hans tanke om hur man bäst möter framtiden, dessutom talar han inte så oprecist, vilket vi tidigare noterat, han tror istället på möjligheten att vara i kontakt med en tänkt framtid utifrån samtal med olika människor, på olika poster.

"Jag försöker vara uppmärksam på inspel kring tänkbara framtidsscenarioer, jag försöker prata med dem som befinner sig i den positionen att de har en överblick, nu sist, då jag hade möjlighet, passade jag på att byta några ord med Ing-Marie Wieselgren, som är en stor maktfaktor i psykiatri-Sverige, och ta del av hennes tankar kring vad som är förestående, och utifrån det tänka igenom hur vi skall ställa oss på vår klinik kring de frågor som med stor sannolikhet kommer att dyka upp. Så att man inte missar taget."

Detta sammantaget gör det möjligt att inte bara vara en vindflöjel, utan också vara med att i viss mån forma framtidens psykiatri.

"Att på förhand ha tänkt igenom vad man tänker kring kommande utmaningar, och identifiera när man faktiskt befinner sig i den situation där det man säger faktiskt har påverkan på utfallet av en viss fråga. Eller lyfta in frågor så att man kan bereda dem. Ibland måste man vara offensiv och inte bara reagera på utvecklingen utan också vara med och sätta agendan för vilka frågor som borde upp på bordet."

Kan nästan se Tobias Nordin framför mig, hur han tänker och pratar, tänker och pratar.

Alltid i den ordningen. Hans konturer framträder, jag anar hur han är klädd, jeans och skjorta, säkerligen en mönstrad med buttondown-krage, ett ordentligt skärp, och fotriktiga outdoorskor. Hade han haft en mer snajsig klädsel hade han kunnat passera som filmstjärna, då hade han kanske tett sig oanständigt lyckad, nu tonar han snarare ned sina naturliga företräden - kanske för att kunna ägna sig åt mer relevanta uppgifter. Han fortsätter:

"Givetvis skall man möta samhällets behov, som t.ex. ökad tillgänglighet vad gäller ett första besök i psykiatri, men också få det att stämma med de egna idéerna om vad som är en bra verksamhet. Så att det inte upplevs som en pålaga. Jag vill förankra sådant som upplevs som ett krav, såsom t.ex. att öka antalet patientbesök i psykiatri, med det övergripande målet att faktiskt använda sin tid till att träffa patienter, och snarare ta bort andra arbetsuppgifter."

Han vill ge sina medarbetare förståelse för varför vissa frågor dyker upp, och hur de hänger ihop med andra frågor. Då är det avgörande att själv ha tänkt igenom en mängd frågor från början till slut, och metodiskt gått igenom tänkbara framtidsscenarioer. Att tänka är aldrig fel. En första ledtråd.

Och så är vi inne på intervjuens klo: vad som varit avgörande för hans egen utveckling som chef?

"Det är lite svårt att lyfta fram en enskild orsak, till att jag ändå är på den position jag är - och att det går förhållandevis väl. Orsakerna har varit flera. Initialt fanns det ett antal personer som puttade mig i den riktningen, så att jag prövade chefskapet för en åtta-nio år sedan, det var ett antal kollegor. Min handledare, och på Södra Älvsborgs sjukhus där jag började min chefsbana fanns det ett komplement av personer, såsom Bengt-Arne Andersson, Lise-Lotte Risö, Suzanne Guregård, Martin Rödholm, olika stabspersoner som hade erfarenhet. Det var en bra miljö."

Han säger att han vidare försöker observera personer, och se varför de lyckas så väl, han tittar då även utanför psykiatri och sjukvården, kanske människor i näringslivet, men även politiker på höga poster, såsom Olof Palme och Barack Obama. Därtill andra personer som varit nära honom, såsom t.ex. Per Magnus Johansson, som han jobbat intensivt med sedan 2003. Tobias Nordin är överlag intresserad av att undersöka vad han kan ta med sig in i ledarskapet från tidigare gjorda erfarenheter. Och ta stöd från olika håll. Inte minst från goda medarbetare, han nämner i det sammanhanget vikten av att anställa rätt folk.

Fortsättning sidan 43



10 frågor till.....

Född

1976 i Rom, Italien.

Bor

Villa utanför Stockholm.

Familj

Min make Andreas; i Rom bor min syster Lidia och mina föräldrar; mina svärföräldrar i Skellefteå.

Arbetar

Som medicinskt ansvarig överläkare på Konsultteamet för Autismspektrumtillstånd (KAS) på Norra Stockholms Psykiatri. 20 % regional studierektor för kurser vid Centrum för Psykiatrforskning (CPF) Stockholm.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Läser, helst romaner, lagar mat, promenerar i naturen.

Favoritmat

Måste jag välja? Då blir det italienskt hemma hos mig!

Senast lästa bok

Full Catastrophe Living av Jon Kabat-Zinn.

Vad gör Dig lycklig?

Mina nära och kära. En vinterpromenad, när snön knarrar under skorna, eller en vandring i italienska alperna. Att mitt arbete kan göra skillnad.

I detta nummer möter Du
Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen



Vilken förebild har Du?

Det finns så många. Personer med glimten i ögat, som ser möjligheterna och inte tar sig själva på så stort allvar. Min gammelmormor, en kvinna som vågade gå sin egen väg i 1900-talets konservativa Italien. Och två skolkamrater som bara fick leva 16 år. De lärde mig att inte ta livet för givet.

Vilka är utbildningsutskottets största utmaningar under de närmaste åren?

Just nu händer det mycket kring METIS fortlevnad, fortbildning av färdiga specialister, harmonisering inom Europa. Alla som arbetar med grundutbildning, ST eller fortbildning påverkar rekryteringen till psykiatri. Det är viktigt! Vi vill ha duktiga psykiatriker som gillar sitt arbete och håller sig uppdaterade för patienternas skull. Utmaningen är att utbildningsfrågorna ska högre upp på agendan, inte minst hos våra beslutsfattare. Utbildning är inte grus i maskineriet, som bara tar tid, kostar pengar och genererar bortfall. Jag önskar att man såg att utbildning och kliniskt arbete inte står i motsats till varandra, utan går hand i hand.

Stina Djurberg
SP redaktion
Foto: Privat

ANNONS



KOMMUNIKATION OM SJÄLVMORD PÅ INTERNET:

Risker och möjligheter

Foto: Shutterstock/andrea crisante

Då mycket av det som handlar om självmord - och dess bakomliggande orsaker - fortfarande till stor del är tabubelagt i vårt samhälle och i vår kultur har webbsidor, samtalsforum och blogg- och twitterinlägg på internet om ämnet kommit att utgöra en viktig, och omdiskuterad, informationskälla.

Den digitala kommunikationen på internet har haft en omvälvande inverkan på individ och samhälle och också inneburit att skillnaden mellan den personliga, intima kommunikationen och den offentliga, publika kommunikationen delvis har suddats ut, vilket också får konsekvenser för hur självmordsämnet utvecklas och hanteras. För unga personer som överväger självmordshandlingar är internet idag den primära källan för information, kommunikation och hjälpsökande (1). Internet är inte en låtsasvärld, den befolkas av riktiga människor med olika sociala och kulturella bakgrunder. Och det som händer på internet får konsekvenser för verkliga människor. Delar av internet kan, och bör, därför ses som en typ av virtuella sociala miljöer där människor möts och utbyter tankar, känslor och erfarenheter (2).

Samtal och bekännelser om självmord

De flesta som kommunicerar på internetforum där

bekännelser och nära samtal om självmord står i centrum gör det utifrån behovet att få känna igen sig hos andra och att få sina tankar, känslor och upplevelser bekräftade som acceptabla, och därigenom nå en förståelse.

I en fallstudie där materialet utgjordes just av deltagares samtal om självmord på en anonymiserad, icke-modererad chattsida kunde man se att det uppstod en typ av förhandlingar om hur självmordshandlingar bör utföras; det finns bra och dåliga metoder och de kan utföras på rätt eller fel sätt (3). Förutom det återkommande i att metoderna ska vara potenta och inte plågsamma framfördes också ofta argument om att tillvägagångssätten ska vara hedersamma och helst befriade från det kroppsligt "äckliga", alltså närmast det utopiska självmordet:

- (a) usch inte hänga sig tycker jag... [...] hoppa framför tåget är bättre
- (b) hänga sig är betydligt säkrare än att hoppa framför ett tåg
- (c) men gör mkt ondare
- (a) men hur jävla stor chans ärre att man överlever när man hoppat framför tåg?
- (b) det är ju en rätt snabb smärta. tåget kan göra betydligt mer ont...

(c) men det är nästan 100% chans att man dör om man hoppar framförtåget

(d) att hänga sej e en betydligt längre process än hoppa framför ett tåg.

Ett tema som delvis är besläktat med metoddiskussionerna är de återkommande samtalen som behandlar de anledningar som anses ligga bakom självmord, vilka förklaringar och skäl som kan anses som giltiga eller ogiltiga och förstäliga eller oförstäliga, exempelvis:

(a) vf vill alla ta självmord?

(b) svåra situationer

(c) självhät

(b) varför uppstår självhät???

(c) vet inte X. jag har levt med mitt sen jag var ca 12 och sen har det bara växt och grott....

De skäl som återkommande anges på forumet till varför man inte längre vill leva kan sammanfattas med: ångest, maktlöshet, ensamhet, meningslöshet och *misär*. Särskilt ensamhet anges av många deltagare som en avgörande orsak till självmordstankar, självmordsplaner och självmordshandlingar. Detta uttrycks ofta i termer av att bli övergiven, att inte bli sedd, att inte bli hörd och att ingen bryr sig. Att bära på smärta, sorg, ångest och självförakt utan att i ett möte med en annan människa få möjligheten att dela detta svåra blir för många något övermäktigt. Ensamhet och isolering framstår alltså som den faktor som får bägaren att rinna över. Detta överensstämmer också relativt väl med teorier, forskning och kliniska erfarenheter av orsaker till självmordshandlingar.

Sammanfattningsvis upplever deltagarna på denna typ av internetforum att de har möjlighet att samtala om svåra och smärtsamma erfarenheter, känslor och tankar på ett sätt som de menar inte är möjligt i de flesta andra sammanhang. De behöver inte ta hänsyn eller stå ansvariga inför institutionella personer eller regler. Inte sällan finns en stödjande och förstående attityd för varandras problematik. På forumet kan man möta andra med liknande erfarenheter, man delar s.a.s. samma olyckliga omständigheter. Att man inte dömer eller försöker ställa sig över andra och förklaras ses som positivt. Men diskussionerna kan också vara tydligt destruktiva där man delar information om potenta självmordsmetoder och hetsar varandra att gå vidare med självmordsplaner.

En tidigare studie som innefattade individer som uppvisade tydlig självmordsrisk och frekvent sökte efter självmordsrelaterat material på internet visade att dessa hellre väljer att kommunicera på anonymiserade, icke-modererade peer-to-peer internetforum än med familj, professionella inom hälsovården eller på uttalade

hjälpssidor på internet (4). På de anonymiserade och icke-modererade internetforum kunde de hitta stöd bland andra forumdeltagare som "var som de själva". Jämfört med individer med självmordsrisk som inte använde internet till att specifikt söka efter självmordsrelaterat material rapporterade denna högriskgrupp också att de hade mindre socialt stöd från familj och vänner och de uppvisade högre självmordsrisk enligt alla mätinstrument som användes i studien, inklusive självmordsbeteende, självmordsplaner, självmordstankar, ensamhet, låg utbildning, arbetslöshet och tidigare psykiatrisk diagnos.

Preventiva möjligheter

I perspektivet att internet har utvecklats till den huvudsakliga kanalen för kommunikation om självmord (1) och att individer med hög suicidrisk föredrar att kommunicera på olika internetforum istället för att kommunicera ansikte mot ansikte i den fysiska världen (4) framstår det som mycket viktigt att hitta metoder och utveckla nya digitala verktyg för att kunna identifiera akut självmordsnära individer utifrån deras sätt att kommunicera (1,5). Internet kan erbjuda en icke-stigmatiserande och öppen miljö för de hjälpsökande. Att det finns möjligheter till anonymitet kan också det öka människors villighet att söka hjälp och berätta om sina livsproblem, vilket också ger möjligheter att nå nya grupper av individer som inte vill använda sig av traditionella vägar att söka hjälp. Utbildning och träning av moderatörer, eller andra typer av forumdeltagare, på internetforum skulle antagligen kunna bidra till att rädda liv i framtiden.

En annan viktig uppgift är att öka medvetenheten bland kliniskt verksamma om de risker, men också eventuella fördelar, som finns vad gäller suicidala patienters internetverksamhet. Ett förslag kan vara att upprätta rutiner där kliniker frågar sina patienter om deras internetbruk, och helst även kan guida dem till preventiva webbplatser med terapeutiska resurser (6). Vidare skulle klinikers deltagande i diskussioner med patienter/hjälpsökande på preventiva webbsidor om frågor relaterade till psykisk hälsa kunna bidra med en ökad förståelse för både patienters och klinikers perspektiv (12).

Michael Westerlund

Fil dr i medie- och kommunikationsvetenskap.

Disputerade 2010-06-04 vid Stockholms universitet/JMK

på avhandlingen

Självmord och Internet:

Kommunikation om ett livsfarligt ämne.

Referenser www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



 SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN 2015

Onsdag 11 mars

	 Salong 1	 Salong 2	 Salong 3
09.00	Incheck med kaffe och fralla		
10.00-10.45	Öppningsanförande <i>Gabriel Wikström</i> Folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister, Socialdepartementet Moderator: Lena Flyckt		
11.00-11.45	Hur kan vi hjälpas åt för att förhindra självmord? <i>Mia Skäringer, Ludmilla Rosengren</i> Moderator: Ullakarin Nyberg		
12.00-13.00	 Lunch		
13.00-13.45	Where now for schizophrenia research? <i>David Nutt</i> Moderator: Lena Flyckt (På engelska)	Satellit-symposium: Servier Depressionens heterogenitet Aim high for a joyful life... Depression and positive affect <i>Koen Demyttenaere</i>	Att leva i konflikt- om svenska samers psykiska hälsa <i>Lars Jacobsson, Daniel Sandkvist, Petter Stoor</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm
14.00-14.45	Schizofreni: somatisk överdödlighet och översjuklighet <i>Urban Ösby</i> Moderator: Lena Flyckt	Ny syn på suicidalitet <i>Anna Ehnvall</i> Depression, ångestsymptom och DSM-5 <i>Lars Häggström</i> Moderator: Hans Ågren	Psykologisk behandling 2.0 - telefonen som ett verktyg för depressionsbehandling <i>Hoa Ly</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm
14.45-15.15	 Kaffepaus		
15.15-16.00	Själens ABC - det är aldrig för sent att må bättre. Om äldres psykiska ohälsa <i>Susanne Rolfner Suvanto</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Psykisk ohälsa i primärvården <i>Agneta Hamilton, Margareta Malm</i> Moderator: Michael John	Nya förslag i utredning och behandling Evidensbaserad psykologisk behandling i akut psykiatrisk heldygnsvård <i>Fredrik Folke, Lisa Ekselius</i> Introduktion av ett instrument för kartläggning av subkliniska affektiva symptom <i>Michael Ioannou, Marzia Dellepiane</i> Att vara eller inte vara - fortsätta eller avsluta litiumbehandling vid kronisk njursvikt? <i>Ursula Werneke, Michael Ott</i> VUB Skåne - nätverksarbete för förbättrad hälsa <i>Lena Nylander</i> Moderator: Bo Runeson
16.00-17.00	LPT -idag och imorgon <i>Herman Holm, Anders Printz</i> Moderator: Ullakarin Nyberg		
18.00	 Mingel Göteborgs Stad välkomnar Börsen		

Onsdag 11 mars

	Salong 4	Salong 6	Salong 7
			Verksamhetsutveckling Målgrupp - Verksamhetschefer, chefsöverläkare, chefsläkare, sektionschefer, enhetschefer, chefssjuksköterskor, medicinska ansvarig läkare samt övriga intresserade
11.00-11.45		Personlighetsstörningar i DSM-5: bedömning, diagnostik och behandling <i>Sophie Stejjer</i> Moderator: Cecilia Mattisson	Värdebaserad vård och erfarenheter från psykiatri <i>Barbro Fridén, Tobias Nordin</i> Moderator: Conny Gabrielsson
12.00-13.00	 Lunch		
13.00-13.45	Socialpsykiatri är kommunens ansvar - har psykiatri blivit asocial? <i>Mikael Sandlund</i> Moderator: Cecilia Mattisson	Bedömning: kontroll eller stöd för lärande? <i>Håkan Hult</i> Moderator: Alessandra Hedlund	Patientsäkerhetsarbete inom psykiatri jämfört med psykiatrisk vård Bakgrund och exempel på metodiskt arbetssätt från Kalmar <i>Charlotte Brunner, Florence Eddyson Hägg</i> Suicidprevention - exempel på metodiskt arbetssätt från Skåne; SPISS <i>Kerstin Lindell, Lena Eidevall</i> Markösbaserad journalgranskning - verktyg i patientsäkerhetsarbetet <i>Charlotte Brunner</i> Moderator: Katarina Vibke
14.00-14.45	Internetfördelat stöd och behandling - en ny nationell plattform <i>Ulla Forsbeck Olsson</i> Moderator: Johan Franck	Hur bra är din ST-läkare? Del 1: det går att bedöma! <i>Ulrika Uddenfeldt Wort</i> Moderator: Alessandra Hedlund	
14.45-15.15	 Kaffepaus		
15.15-16.00	Ätstörningar <i>Anna-Maria af Sandeberg</i> Moderator: Maria Larsson	Workshop Hur bra är din ST-läkare? Del 2: workshop med bedömningsinstrument <i>Ulrika Uddenfeldt Wort</i> Moderator Alessandra Hedlund	Psykiatrikompassen - ett sätt att ta ut och presentera data ur de psykiatriska kvalitetsregistren <i>Martin Rödholm, Andreas Gremyr</i> Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind
16.00-17.00	Ätstörningar <i>Yvonne von Hauswolff-Juhlin</i> Moderator: Maria Larsson	Konsekvenser av barndomstrauma i vuxenlivet <i>Hans Peter Söndergaard</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm	SKL:s nätverk för ledning och styrning i psykiatri - vad, vem, varför? Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind
18.00	 Mingle Göteborgs Stad välkomnar		

Torsdag 12 mars

	● Salong 1	● Salong 2	● Salong 3
09.00-09.45	Sjukfrånvaro och suicidalt beteende - vad säger forskningen? <i>Ellenor Mittendorfer-Rutz</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	ESSENCE - Tidiga utvecklingsavvikelser och vägen till utanförskap <i>Christopher Gillberg</i> Moderator: Astrid Lindstrand	Det luktar psykiatri - vem vill ta i det ens med tång? Om stigma <i>Cecilia Brain</i> Moderator: Lena Flyckt
09.45-10.15	☕ Kaffepaus		
10.15-11.00	Är det lönt att korrigera sitt kön? Könsdysfori - utredning och behandling <i>Attila Fasekas, Hans Briggmar, Isak Nilsson</i> Moderator: Cecilia Mattisson	Psykiatrins historia <i>Marie Åsberg</i> Moderator: Cecilia Mattisson	Läkaren - maktlös offer eller livskraftig akademiker? Om läkarens arbetsmiljö och yrkesroll <i>Heidi Stensmyren</i> Moderator: Lena Flyckt
11.15-12.00	Forts. könskorrigering	Knepiga fall från en affektiv mottagning <i>Mats Adler</i> Moderator: Hans-Peter Mofors	Att mäta sjukdomsbörda: betydelsen av psykiska sjukdomar <i>Peter Allebäck</i> Moderator: Michael John
12.00-13.00	🍴 Lunch		
13.00-13.45	Svensk psykosforskning <i>Lena Flyckt</i> Moderator: Tove Gunnarsson	BIPOLÄR EFTERMIDDAG Vad innebär DSM-5 för diagnostiken av affektiva sjukdomar? <i>Mats Adler</i> Kognition vid bipolär sjukdom - är det så illa som alla säger? <i>Timea Sparding</i> Hjärnabildning vid bipolär sjukdom, är det en meningsfull aktivitet? <i>Carl Johan Ekman</i>	Etikkafé - paneldiskussion om etiska dilemman i psykiatri Deltagare meddelas senare
14.00-14.45	Diagnoser inom psykospektrat - kriterier för dessa <i>Pia Rydell</i> Moderator: Lena Flyckt	Problemet är inte att våra ledare är galna, problemet är att de inte är det <i>Simon Kyaga</i> Moderator: Mikael Landén	Etikkafé fortsätter
14.45-15.15	☕ Kaffepaus		
15.15-16.00	Diagnoser psykospektrat fortsättning	Hur skall vi följa njurfunktion vid litiumbehandling? <i>Harald Aiff</i> Prediktorer för suicid vid bipolär sjukdom - vad behöver klinikern känna till? <i>Bo Runeson</i>	Suicidalitet som normalfenomen Moderator: Michael John Kognitiv insufficiens vid akuta påfrestningar - jämförelse mellan senil demens och akut suicidal episod <i>Christèl Åberg, Jan Beskow</i>
16.15-17.00	Ett roligt jobb - psykiatrisk konsultation i primärvården <i>Thomas Eklundh</i> Moderator: Lena Flyckt	Litium eller valproat, vilket är effektivast? <i>Mikael Landén</i> Hur stor är egentligen risken för överlag i mani efter antidepressiva vid bipolär sjukdom? <i>Mikael Landén</i> Moderator: Mikael Landén	Suicidrisk: Psykiaterns förståelse ska frigöra patientens berättelse, Filmillustration <i>Malgorzata Szmith, Jan Beskow</i> Vid normalitetens yttergränser
19:30	Middag		

Torsdag 12 mars

	● Salong 6	● Salong 7	● Salong 9	● Salong 5 (Film)
09.00-09.45	15-metoden - Ett nytt sätt att upptäcka och beh. alkoholproblem <i>Anders Hammarberg</i> Nya farliga droger som din patient använder utan att du har en aning <i>Olof Beck</i> Moderator: Johan Franck	Zlatan som sjuksköterska - om specialistkompetens Vårdutveckling enligt NANDA International <i>Joachim Eckerström</i> Moderator: Alessandra Hedlund	Intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende - vilka insatser fungerar? <i>Tove Lugnegård</i> Moderator: Alessandra Hedlund	
09.45-10.15	☕ Kaffepaus			
10.15-11.00	Rökning - den stora dödarken inom psykiatri, <i>Per Haglind</i> Riskfaktorer för ADHD och substansberoende <i>Charlotte Skoglund</i> Moderator: Johan Franck	Allvarligt självskadebeteende – en utmaning för specialistsjuksköterskan <i>Kent-Inge Perseius</i> Moderator: Olle Lidman	Bemöta trauma: hur PTSD utmanar konventioner i mötet mellan primärvården och specialistpsykiatri <i>Kristian Svenberg, Désirée Ricken</i> Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind	"Psykologer och Psykiater ser på film tillsammans" Oslo 31 augusti <i>Jonas Mosskin, Maria Larsson</i>
11.15-12.00	PTSD hos kvinnor med beroende <i>Åsa Magnusson</i> Leva eller vilja dö - suicid, överdoser och osäkra suicid hos droganvändare <i>Anders Håkansson</i> Moderator: Johan Franck	Psykyrra eller klinisk specialist Behöver vi verkligen specialistsjuksköterskor? <i>Maria Bruhn Lundblad, Mats Törnblom, Henrik Andersson</i> Moderator: Olle Lidman	Bedömning av suicidrisk hos asylsökande <i>Maria Sundvall</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm	
12.00-13.00	🕒 Lunch			
13.00-13.45	KURS, 13-16 Utveckla dina diagnostiska färdigheter i mötet med patienter av olika kulturell bakgrund En kurs om kulturformuleringsintervju i DSM-5 <i>Sofie Bäärnhielm, Karima Assel, Michael Ioannou</i> Intyg på kurs utfärdas	Utseendekultur och kroppsuppfattning <i>Kristina Holmqvist Gattario</i> Moderator: Hans-Peter Mofors	Satellitesymposium: Lilly ADHD treatments What do the data tell us? Bortom kärnsymtomen Varför funktion? Avslutande diskussion	"Okontrollerbart sex" <i>Niklas Långström</i> visar filmklipp från filmen "Shame" och diskuterar aktuell forskning och behandling av avvikande sexualitet
14.45-15.15	☕ Kaffepaus			
15.15-16.00		KSB - ett enkelt sätt för att testa kognitiv störning <i>Susanne Ellbin</i> Moderator: Astrid Lindstrand	Vårdutveckling Värdesäkrad vuxenpsykiatri <i>Anna Stenseth, Liselotte Jansson och Christina Klintemo</i> Moderator: Lena Flyckt	Själv mord i operans värld <i>Ullakarin Nyberg, Hans-Peter Mofors</i> visar filmklipp och diskuterar utifrån dessa om aktuell kunskap inom suicidologi
16.15-17.00		Neuropsykiatri och immunologi - vägar för utredning och behandling <i>Susanne Bejerot, Mats Humble</i> Moderator: Astrid Lindstrand	Värdesäkrad vuxenpsykiatri fortsättning	
19:30	Kongressmiddag			

Fredag 13 mars

	● Salong 1	● Salong 2	● Salong 3
09.00-09.45	DEBATT: Journal på nätet självklart eller inte? <i>Mats Lööf, Anette Åqvist Falkenrot</i> Moderator: Lena Flyckt	Konsultationspsykiatri Vad dödade egentligen herr B? En konsultpsykiatrisk falldiskussion 2 år efter Zaremba <i>Marie Bendix, Lars Wahlström</i> Moderator: Marie Bendix	Ett barn tar sitt liv - hur hjälper vi närstående? Aktuell forskning <i>Pernilla Omérov</i> Moderator: Tove Gunnarsson
09.45-10.15	☕ Kaffepaus		
10.15-11.00	Medvetandet, hjärnan, samhället: psykiatrisk diagnostik i flera dimensioner Medvetandestörningar ur ett filosofiskt perspektiv <i>Helge Malmgren</i> Argument för och emot att klassificera avvikande/dissidenter som sjuka <i>Lars Sjöstrand</i> Moderator: Jerker Hanson	Kognitiva störningar hos patienter med psykisk ohälsa <i>Anders Wallin</i> Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind	Stressrelaterad psykisk ohälsa; förekomst, identifikation och förlopp <i>Kristina Glise och Ingibjörg Jonsdottir</i> Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind
11.15-12.00	Vad vet vi om psykogena icke-epileptiska anfall? <i>Kristina Malmgren, Emil Beijer</i> Moderator: Martin Rödholm	SPF vision, mål och handlingsplan 2015-2016 Moderator: Maria Larsson	Stressrelaterad psykisk ohälsa fortsättning
12.05-12.45	Avslutningsföreläsning Psykiatri och det förflutna - en tragisk kärlekshistoria? <i>Åsa Nilsson</i>		

KOSTNAD:

Medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen: 4600:-
Pensionerad medlem: 3000:-
Icke-medlem: 5500:-
Med.stud.: 1000:-

Följande hotell har ett antal rum, till förmånligt pris,
reserverade för våra kongressdeltagare.

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:
För- och eftermiddagskaffe.
Lunch onsdag och torsdag

CLARION HOTEL POST

Drottningtorget 10

MINGEL:

Onsdag 11 mars, kl. 18.00
Börsen. Göteborgs Stad hälsar välkommen.
Gratis men begränsat med plats, "först till kvarn"

SCANDIC OPALEN

Engelbrektsgränd 73

KONGRESSMIDDAG:

Torsdag den 12 mars, kl. 19.30
Clarion Hotel Post, Centralposthuset
Drottningtorget 10, Göteborg
Pris:450:-
(Alkoholhaltiga drycker ingår inte i priset)

ANMÄLAN: www.svenskpsykiatri.se/spk2015.html

Ett definitivt program skickas ut till alla medlemmar i
mitten av december månad

Fredag 13 mars

	● Salong 4	● Salong 6	● Salong 5 (Film)
09.00-09.45	KURS, 9-12 Att samtala med den som vill dö <i>Ullakarin Nyberg, Anna Lindström</i> Min 15 max 30 Intyg utfärdas	KURS, 9-12 10 saker en bakjour inte får missa Thomas Eklundh, Björn Owe-Larsson Min 15 max 30 Intyg utfärdas	Alkohol och droger i "De kallar oss Mods" och vidare" gestaltningen av skadligt bruk av alkohol och droger i film <i>Anders Hammarberg</i>
09.45-10.15	☕ Kaffepaus		
10.00-10.45			"Filmtajm 6" Sedvanlig avslutning på det psykiatriska filmspåret med <i>Svante Bäck</i>
10.45-11.15			
11.15-12.00			



Foto: Shutterstock/Rolf_52

Det mest oundgängliga och mest besvärliga

Vi vet inte särskilt mycket. Man föds och man dör och däremellan händer grejer. De flesta saker som vi är med om, äger rum i samspel med andra människor. Från början måste vi tränas i att samspela så att våra möjligheter att leva blir tillräckligt begripliga, meningsfulla och påverkbara. Träningen i samspel, som tar sin början så fort vi fötts, pågår livet igenom. Teorier för denna utveckling finns i alla psykologiska teorier, såväl behavioristiska som psykodynamiska. Vår förmåga att samspela kommer påverka det mesta. Den som har en neurotypisk utveckling har en stor förmåga att tåla när något blir fel – vi är födda med förberedelsen för en bred repertoar av strategier.

Vi vet inte särskilt mycket. Problem i livet påverkar och påverkas av samspelet med andra människor. Har jag en grundläggande otrygganknytningsbas/har jag betingningar som aktiverar maladaptiva beteenden, kommer vissa sorters sammanhang och vissa konfliktsituationer bli påtagligt mer komplicerade än om jag har tryggare anknytningsbas/betingningar som aktiverar adaptiva beteenden. Vi påverkas av såväl vår egen erfarenhetsbas som av människornas runtomkring. I en grupp kommer vi dessutom konstruera en särskild form av relaterande som lever sitt eget liv, skilt från deltagarnas egna förmågor men påverkat av deltagarnas förmågor. I vissa grupper finns en grundläggande styrka och förmåga att hantera olika sammanhang och konfliktsituationer på ett smidigt sätt, likt det som finns hos den välanknutna individen. På samma sätt har vissa andra grupper svårare med sådan smidig anpassning. Det visar sig tydligt i relation till andra grupper eller sammanhang. De nät av relationer som utvecklas inom och mellan grupper är dessutom så omfattande att det kan vara svårt att överblicka och förutse.

Vi vet inte särskilt mycket. Patienter med komplicerade tillstånd, där hjälp för olika saker behövs, och där en verksamhet inte äger vare sig kunskap eller möjlighet att bidra med alla delar, vet med bestämdhet att det är svårt att få hjälp. Många som varit patienter kan beskriva hur de upplever hur personer inom vård och socialtjänst betraktar dem som besvärliga och svåra. Personal kan beskriva hur de upplever vården vid komplexa vårdbehov som något svårt, och där det är vanligare med en känsla av vanmakt. Inte sällan vill man att någon annan ska ta ett huvudansvar, för att man känner att man inte har förmågan till överblick.

I förarbetet till den studie om utbildningsinterventioner om suicidprevention där jag deltog för några år sedan, fanns en grupp frågor om möjligheter till nätverksarbete. Det var personal från socialtjänst och sjukvård som alla besvarade frågor om i hur stor utsträckning man upplevde att vårdgrannar och andra professionella bidrog med hjälp, när det fanns ett sådant behov. Intressant var att socialtjänstens förtroende för att få hjälp från allmänpsykiatri och beroendevård, liksom allmänpsykiatrins förtroende för de övriga, och även beroendevårdens, sammantaget visade att man vid 40 % av alla försök att få hjälp upplevde att man fick det. Somliga beskrev en grundläggande misstro mot andras förmåga och intresse. Somliga andra hade en inställning som vittnade om att de utgick från att alla hade mycket att göra och att det mesta kunde gå att lösa ändå.

För de patienter som har komplexa vårdbehov behövs samverkan mellan olika verksamheter. Det är samtidigt inom de flesta verksamheter svårt att få till en fungerande samverkan. Det bristande förtroende som tycks finnas hos personer och grupper, och som möjligen kan liknas vid de otrygga anknytningsmönstren/maladaptivt påverkande betingningarna, kan bidra. Problemet är dubbelt. Det kan finnas en föreställning av att bara den egna verksamheten kan göra nytta, samtidigt som man tvivlar på om man klarar av att omfatta patientens svårigheter. Om man då tvivlar på att någon annan kan bidra med något gott och ens egen bild av sin verksamhet är kluven, finns en stor risk att arbetet förlamas. Samarbetet som är så nödvändigt, riskerar att inte bli av, begreppet "samverkan" riskerar att bli en administrativ plikt, det mest nödvändiga riskerar att bli en hämsko eller konflikthärd. Likt förmågan att lita på andra personer utvecklas inom en person, kan förmågan inom en organisation utvecklas men det kräver träning, och att de verksamheter som ska vara samarbetspartners också är beredda på att göra på sig, se den andra verksamhetens styrkor och svagheter som normala varianter. Patienten är den huvudsakliga vinnaren när vi som jobbar i vård accepterar att andra kan bidra på deras sätt.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Han är inte ensam, han erkänner andras betydelse för sin egen utveckling. Ytterligare en ledtråd.

Tobias Nordin nämner att han befinner sig i en tradition, i ett led från då till nu, och vidare in i framtiden.

“Att placera sig i en form av... genealogi, jag har en far, jag har en mor, och de har sina föräldrar, det finns en släkthistoria av att man tar ansvar, och det är också min skyldighet att göra det där jag befinner sig, som nu och här i psykiatrin, det är en del av min släkthistoria: att ta ansvar. Den andra delen är att jag har barn, 13, 11, och 8 år gamla och en fru. På lite olika sätt förstår barnen att jag har en position, och de anar att den har betydelse, och att jag vill något, med familjen, med mitt arbete, att jag står för något, och inte bara vill min egen vinning.”

Tobias Nordin har inte uppstått ur sig själv. Det är han klar över. Han nämner ju till och med ordet genealogi. En liten kort paus föregick uttalandet av ordet, som att han visste att det kanske inte var helt i linje med vad man förväntas säga, eller att det bara handlade om att det faktiskt betydde mycket för honom.

Jag satsar på det sistnämnda. Paradoxalt tillhör kanske Tobias Nordin framtiden genom att erkänna det som varit. Således en tredje ledtråd, detta är modernitet: att erkänna det förflutna.

Plötsligt slås jag av att detta är en man som tänker, och då menar jag: tänker på riktigt, och inte bara återberättar vad man lär sig på ledarskapskurserna. Han vill dessutom något, inte bara tänka rätt ut i luften: han vill ta ansvar. Detta är inte en man som tänker: efter oss syndafloden. Och där har vi det: en fjärde ledtråd.

Hade önskat i den stunden att drottning Silvia satt bredvid mig, och på allvar förstod hur rätt hon gjorde när hon överlämnade priset till denne man. “Mer av sådana män”, hade Silvia då stillsamt och förhoppningsfullt viskat i mitt öra. Det vet jag, vår drottning förstår denna attityd: att ta ansvar. Och mer likheter skulle komma, drottningen vet att upprätthålla sin funktion, att veta sin plats, och inte onödigt vara i förgrunden, men att inte abdikera från sin plats. Detta vet också Tobias Nordin.

“Jag lägger inte så mycket fokus på mig själv, min ledarstil eller min karriär - som många andra gör. Jag har på ett sätt aldrig tänkt att jag är chef, eller vill bli chef, utan det har varit en fråga om var jag kan befinna mig i psykiatrin för att det skall bli så bra som möjligt för de psykiatriska patienterna och medarbetarna. En enkel fråga: var någonstans gör jag mest nytta?”

Det är en devis jag haft under alla år, den devisen är bra, då tonar jag ned min egen person, och i linje med det lyfter jag fram medarbetare på lite olika sätt, i det finns en ansvarskänsla gentemot psykiatrin, sjukvården, men också gentemot samhället. Det var ju i slutändan ändå den som gav mig min läkarutbildning.”

Som följdfråga undrar jag om det inte finns några problem med detta: att tona ned sin roll?

“Man måste vara vaksam, man får inte kliva av rollen som chef bara för att man tonar ned sig själv och sin person, man är ju fortfarande chef och ledare. Det är ju ett erkännande man förvärvat, man kan ju inte bara ställa sig där och vara ledare, det förvärvat man ju, och man kan sedan inte abdikera från den rollen. Men det är en annan sak att tona ned, samt kanske identifiera var man inte behövs, och se vilka andra personer som kan kliva fram istället. Och i linje med det identifiera andras roll i eventuella framgångar. Kliva tillbaka, javisst, men ändå inte göra likhetstecken mellan att tona ned sig själv och kliva av chefsrollen eller ledarrollen.”

En femte ledtråd: att tona ned sin person, men ändå inte abdikera som chef.

Och plötsligt har medarbetarna knåpat färdigt med den extra svåra uppgiften på internatet i Stenungsund, halvtimmen är till ända, och Tobias Nordin tackar vänligt för sig och återgår till sin syssla. Ett antal ord, en mörk kalufs, och en man som tror på framtiden, som vill framtiden. Och nu också av andra uppmärksammas som tillhörande framtiden - till och med av drottning Silvia.

Och mitt framtidsscenario, med en Tobias Nordin, hukande över skrivelser en sen kväll i november, var visserligen inte vad som sedan inträffade, men intervjun med honom gav mig ändå rätt att försöka föregripa framtiden med olika scenarier, även om det tänkta sedan inte realiseras. Det lärde mig Tobias Nordin. Att tänka framtiden är aldrig fel.

Detta som komplement till juryns motivering.

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Alingsås



Bland annat på SPK 2015

Finns det evidensbaserade behandlingsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende? Vad kan psykiatrin göra?

Ta del av en nyutkommen forskningsrapport från Föreningen Sveriges Habiliteringschefer!

Tove Lugnegård, psykiater och med dr, med gedigen klinisk erfarenhet från både psykiatri och habilitering, sammanfattar forskningsläget och ger förslag på hur evidensen kan tillämpas i den kliniska vardagen.

Välkommen på SPK 2015!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare, Norra Stockholms Psykiatri



”Chefsspår” - nyhet på Svenska Psykiatrikongressen!

Det finns all anledning att vara glad och stolt över Svenska Psykiatrikongressen, SPK. Många deltagare och positiv utvärdering – kan det bli bättre?

För att bibehålla detta arbetar Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse och den planeringskommitté som den utser, varje år för att bibehålla ”kärnan” i kongressen men också hitta nya utvecklingsområden. Till kongressen 2015 vill vi locka fler yrkeskategorier ur de psykiatriska teamen, eftersom det är viktigt att få största möjliga genomslagskraft i arbetet på hemmaplan med att implementera de nya kunskaper som presenteras. Den inriktningen syns i programmet där bland annat sjuksköterskor är en grupp som vi särskilt riktar oss till.

En annan målgrupp är chefer inom psykiatri där vi har verksamhetschefer, chefsöverläkare, chefsläkare, sektionschefer, enhetschefer, chefssjuksköterskor och medicinskt ansvariga överläkare. Hela den gruppen har ansvar och befogenheter att styra i våra psykiatriska organisationer. Därför har vi inför 2015 tillsammans med Sveriges Kommuner och Landstings nätverk för ledning och styrning i psykiatri tillskapat ett chefsspår i programmet. Självklart är alla intresserade välkomna, men här är innehållet inte främst ny klinisk kunskap utan det ramverk som den skall landa i. Förutom att det ges tillfälle att få höra mer om denna nätverksgrupp så kommer spåret att innehålla seminarier bland annat om patientsäkerhetsarbete inom psykiatri, Psykiatrikompassen och värdebaserad psykiatrisk vård.

Så redan nu skall Du uppvakta Dina chefer och be dem avsätta tid i sina kalendrar för att åka på SPK 11-13 mars 2015 tillsammans med Dig! Välkomna!!

För planeringskommittén
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Skräddarsydd behandling av ångestbesvär via internet för ungdomar som söker vård på BUP

iBUP

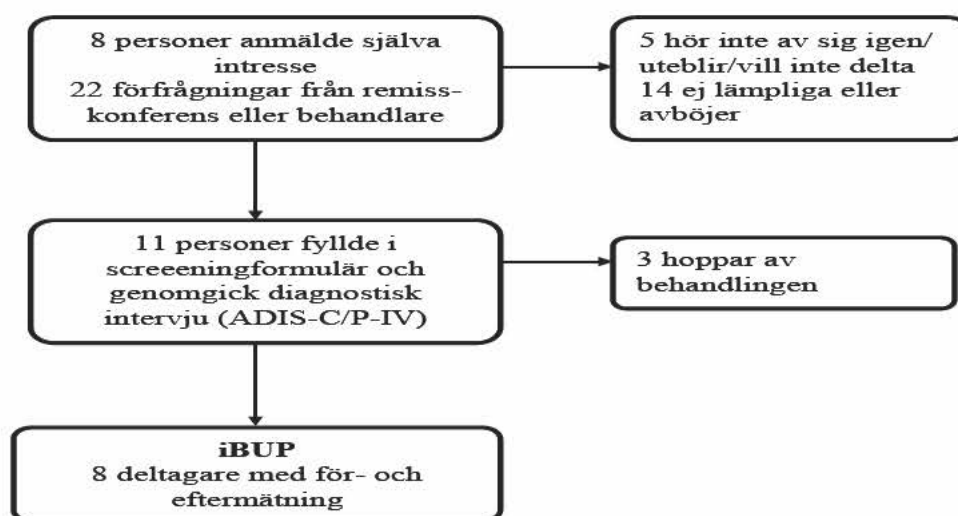
Ångestsyndrom utgör en av de vanligaste psykiatriska diagnosgrupperna hos barn, ungdomar och vuxna. I de nationella riktlinjerna för vård av ångestsyndrom och depression hos barn och ungdomar rekommenderas behandling med KBT och ett visst stöd uttalas för textbaserad behandling. Behandling med KBT via internet är en form av behandling via text som i många fall kombineras med kontakt via mejl och ibland telefon. Behandling med KBT via internet för vuxna har i randomiserade kontrollerade studier visats ha lika god effekt som traditionell KBT-behandling vid somatiska och psykiska problem. Hittills har klinisk tillämpning och forskning fokuserat på den vuxna populationen och i dagläget finns endast ett fåtal publikationer av kontrollerade studier på internetbaserad behandling för barn och ungdomar. Framför allt saknas det studier på klinisk population.

Motbakgrund av detta genomförde BUP-kliniken i Linköping i samarbete med Linköpings universitet en pilotstudie på effekten av internetadministrerad behandling för ungdomar med milda till måttliga besvär av ångest (panikångest, social rädsla, generaliserat ångestsyndrom). Studien är den första i Sverige som genomförts med ungdomar som får vård på BUP. Projektet gick till semifinal i tävlingen Guldlänken 2012. Studien ingår i ett avhandlingsarbete vid Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.

Studiens upplägg

Information om studien gavs på klinikens hemsida, på högstadieskolor, gymnasium och ungdomsmottagningar samt till personal vid elevhälsan i Linköpings kommun. Affischer och broschyrer skickades till socialchefer i länet för att förmedlas till lämpliga verksamheter.

Aktuella deltagare var ungdomar i åldern 15-19 år som sökte för ångestproblematik vid BUPs öppenvårdsmottagning. Depressiva symtom fick förekomma så länge ångestsymtom var primär problematik. Bedömning via klinisk intervju, strukturerad intervju och formulär skedde före och efter behandling samt uppföljning med formulär 6 månader senare.



Figur 1. Flödesschema över deltagare

Behandling

Ett modulbaserat behandlingsprogram för ångestproblematik och nedstämdhet togs fram för att passa för ungdomar. Utifrån de besvär av ångest och ev. nedstämdhet som framkom i bedömningen erbjöds patienten skraddarsydd behandling med de behandlingsmoduler som passade för problematiken, se tabell 1. Behandlingstiden varierade beroende på antal moduler som behövdes. Patienten gjorde övningar och skickade in hemuppgifter till behandlaren via krypterat e-postsystem. Patienten kunde ha kontakt med sin behandlare via systemet för hjälp och feed-back och kunde även använda telefonkontakt eller boka tid på mottagningen. Vid behov erhöles andra behandlingsinsatser såsom familjesamtal eller medicinering men inte annan individualterapeutisk behandling.

Tabell 1. Tillgängliga behandlingsmoduler – innehåll och antal

Modul	Antal
Introduktion KBT	1
Kognitiv omstrukturering	2
Panikångest	2
Agorafobi	1
Social ångest	2
Oro	1
Generaliserad oro	3
Uppskjutande	1
Avslappning	1
Beteendeaktivering	2
Avslutning	1

Resultat och slutsatser

Resultaten på självskattningsformulär och klinisk intervju visade mycket goda resultat såsom statistiskt signifikant symtomminskning av ångestsymtom och 80 procent mötte inte längre diagnoskriterier för primär ångestdiagnos. Deltagarna uppgav att de var nöjda med behandlingen och att den hade hjälpt dem mycket. Ytterligare en positiv effekt var att ungdomar som inte tidigare hade velat ta emot psykologisk behandling trots att de bedömts behöva det, genom internetbehandlingen upptäckte att KBT kunde vara en hjälp.

Studien är den första systematiska utvärdering som gjorts i Sverige på internetbehandling inom BUP och för patienter som söker vård vid BUP. Resultaten visar att internetbaserad KBT-behandling kan ha god effekt för ungdomar med ångest och nedstämdhet som söker hjälp vid BUP. Samtidigt är en erfarenhet att många patienter föredrog samtal framför behandling via internet.

Det tog tid att slutföra uppgifterna i varje modul och det tog relativt lång tid att genomföra behandlingen. Flera ungdomar ville delta i projektet därför att de trodde att föräldrarna inte skulle behöva känna till kontakten när den skedde via internet. Kliniken har som praxis att föräldrar till barn under 18 ska känna till om vård ges vid mottagningen och vi bedömer att det generellt är viktigt att föräldrarna deltar i någon form.

Erfarenheter från studien är bland annat att:

- Att behandla via internet är ett annat sätt att möta patienter utan vanliga omvårdnadsbeteenden vilket kan vara ovant för behandlare
- Deltagarna behövde stöd för att genomföra behandlingen
- Behandlingen kan betraktas som en kurs som utgör hjälp till självhjälp

Internetbehandling eller användande av webbaserade och datoriserade hjälpmedel kan utgöra ett komplement till behandling på BUP. Vi tror att webbverktyg som att skicka in hemuppgifter via Mina vårdkontakter och att använda surfplatta tillsammans med patienten för att följa upp behandlingsmål och effekt av behandling, skulle vara en positiv utveckling av e-hälsan inom den barnpsykiatriska vården.

Sammanfattning

- Behandling med KBT via internet genomfördes med 8 patienter vid BUP.
- Internetbehandlingen kombinerades med telefonkontakt eller enstaka besök.
- Samtliga deltagare som fullföljde behandlingen visade en stor förbättring avseende symtom på ångest och depression och var nöjda med behandlingen.
- Internetbehandling som ges vid BUP behöver kombineras med andra insatser.
- Flera ungdomar föredrog face-to-face behandling framför internetbehandling.

Malin Gren Landell

**Leg psykolog, leg psykoterapeut, MD
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,
Universitetssjukhuset, Linköping**

Kristin Silfvernagel

**Leg psykolog, doktorand
Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande (IBL),
Linköpings universitet**

Marie Emanuelsson

**Leg psykolog, leg psykoterapeut
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,
Universitetssjukhuset, Linköping**

Moderslycka - vart tog glädjen vägen?

Rubriken är också titeln på min bok som kom ut 2012. Det är snart sex år sedan jag föll ner i en djup post partum-depression och fick uppleva psykiatrin som patient och inte som yrkesperson.

Jag går med raska steg. Ängesten pulserar i kroppen. Ute är det minusgrader och tårarna fryser nästan på mina kinder. Jag sätter mig på tunnelbanan och tar upp mobilen. "Förlåt mig. Jag kan inte. Jag sitter fast i hålet. Orkar inte klättra mer. Tack för att du orkar. Jag har alltid älskat dig". Jag stiger av. Står på perrongen och stirrar på spåret. Ja, det blir bra. Ner bara så är allt slut. Rälsen blänker och det ilar i benen. Jag tar sats. Backar. Hejdar mig. Rädslan slår till i magen. Jag måste tänka på barnen!

Jag har många gånger funderat över varför jag fick post partum-depression. Var det bristen på sömn? Problem med amningen? En genetisk sårbarhet? Vårt samhälles individualiserade krav? Känslighet för kraftiga hormonsvängningar? Jag vet inte. Troligtvis var det en kombination. För jag hade också en stabil tillvaro, en god relation med min mamma, en till hundra procent jämställd man och ett stort socialt kontaktnät med riktigt nära vänner.

När vår första dotter föddes undrade jag redan efter någon vecka varför jag bara fortsatte att gråta. Baby blues skulle väl gå över? Mitt barn krävde min absoluta närvaro, men jag orkade inte ge. Mitt inre var ett tomt hål. Förlossningen hade varit snabb och omtumlande och efteråt upplevde jag en lycka jag aldrig tidigare känt. Men dagarna gick och tröttheten lade sig som ett tungt täcke över tillvaron och min dotters skrik gjorde mig desperat. Jag lyckades inte lugna henne. Det är väl en mammas uppgift? Att amma och vagga sitt barn till ro? Utstråla trygghet, värme och lugn. Jag var inte lugn. Jag var stressad. Rädd. Orolig att jag inte skulle ge mitt barn vad hon behövde. Hur skulle jag klara av en enda dag ensam tillsammans med henne? Och så föddes skulden. Skulden som slingrade sig runt mig med all sin kraft. "Du är en jättebra mamma", sa alla. Men jag trodde dem inte. Inte då. Jag sökte aldrig hjälp. Jag visste inte hur det skulle kännas att bli mamma. Alla sade att det var normalt att ha lätt till tårar och att det skulle gå över. Och visst gick det över. Men det tog mer än ett halvt år.

Ett år senare blev jag gravid. Jag var inte riktigt redo, men tänkte att det skulle bli annorlunda andra gången. Efter förlossningen upptäckte jag ganska snabbt att jag inte var glad, men vägrade att acceptera det. Jag kände skuld över att jag var så labil. Jag skrek mycket på barnen och det var mycket bråk hemma.

På BVC fyllde jag i epds-formuläret och fick höga poäng. Sköterskan blev bekymrad och undrade om jag vill träffa en psykolog. Två dagar senare ringde hon och talade om att jag själv skulle ta kontakt med psykiatrin. Psykiatrin... Nej, jag orkade inte. Det skulle nog bli bättre snart. Men det blev det inte.

"Jag är skuld. Tung, svartgrå skuld. Meningslös. Jag skriker på mina barn. Vem gör inte det? Jag har ingen sexlust. Vilken småbarnsförälder har det? Jag är ständigt trött. Som alla andra. Små lyxproblem i vårt rika välfärdssamhälle. Vem tror jag att jag är? Jag har självmordstankar. Rakblad eller drunkna. Smyga ut på natten. Skriva avskedsbrev. Helt absurt. Jag är rädd. Och runt omkring mig säger alla att jag ser så pigg och fräsch ut".

Min son var fyra månader när jag låg vaken om nätterna och funderade över hur jag skulle kunna ta mitt liv. Jag var helt övertygad om att det vore det bästa för alla. Jag berättade inte om mina tankar för någon. Inte förrän jag själv ringde till BUP och grät och sade att jag inte kunde ta hand om mitt barn. Personalen på BUP vågade fråga om mina suicidtankar. En sen kväll under ett gräl exploderade jag och skrek att jag inte orkade leva. Min man ringde ett mobilt psykiatriskt team och jag blev inlagd. Veckorna på avdelningen lugnade mig. Jag fick antidepressiv behandling och jag sov och sov. Sakta kom jag tillbaka till mig själv.

Inför min tredje förlossning hade vi förberett oss noga. Vi tog kontakt med kuratorn på kvinnokliniken, jag tog beslutet att inte amma, för att jag skulle få mera sömn. Jag hade också kontakt med min psykolog inom öppenvårdspsykiatrin. Trots detta föll jag ännu en gång. Den här gången skulle bli den svåraste. Allt gick så snabbt. Min dotter var en månad gammal när jag skrev sms:et på tunnelbanan. Jag sökte själv hjälp inom psykiatrin. Jag blev inlagd och fick elbehandling.

Redan efter några få behandlingar märkte jag att jag faktiskt orkade le igen! Livet återvände och en lång tid av tålamod och återhämtning började. Idag ser jag det som en viktig uppgift att tala öppet om psykiskt ohälsa. Att visa sig sårbar är att öppna upp för samtal.

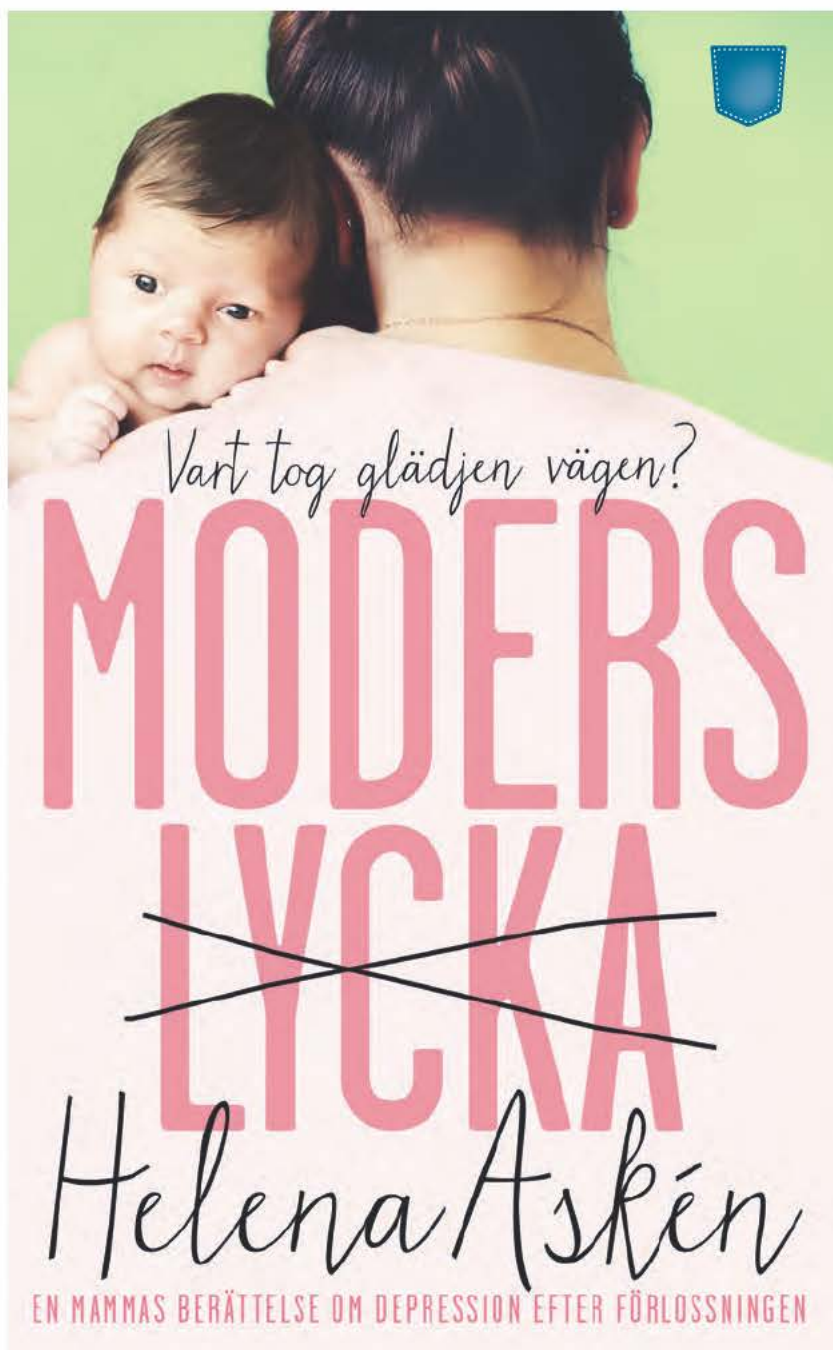
Jag har tänkt mycket på dem som inte vågar/förmår att söka hjälp? Personer som inte vet någonting om hur vården fungerar? Personer som inte har anhöriga att ta hjälp av? Varför frågade ingen hur jag mådde? Varför bekräftades inte oron jag kände redan på BB? Varför frågade ingen hur min man hade det? En depression drabbar inte bara den som är deprimerad, utan en hel familj.

Jag har skrivit min bok under pseudonym, enbart för att skydda mina barn. De vet att deras mamma mått psykiskt dåligt, att jag legat på sjukhus, vi har varit helt öppna med det. Men de vet inte att jag för sex år sedan var mycket nära att hoppa framför tunnelbanan i Stockholms innerstad och lämna dem för alltid. Den vetskapen ska de inte behöva bära. Barn är snabba på att själva ta på sig skulden för saker som händer deras föräldrar. Min bok hade kunnat få en helt annan publicitet. Jag har tackat nej till intervjuer och tv-soffor och väljer istället att arbeta med det skrivna ordet. Fler kvinnor har skrivit om samma ämne efter mig. Det är ett ämne som berör! Det gläder mig mycket att min bok finns på de flesta bibliotek runt om i landet, tillgänglig för alla. Det är inte jag som enskild person som är det intressanta. Det viktiga är att vi som arbetar inom vården är uppmärksamma på det lidande som så många kvinnor, män och familjer går igenom varje dag.

Helena Askén

Sjuksköterska, föreläsare och författare och snart utbildad specialistsjuksköterska i psykiatri

Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm



ANNONS



Kallelse och dagordning till årsmötet i
Svenska Psykiatriska Föreningen
Torsdagen den 12 mars 2015, kl. 17.00
Filmstaden Bergakungen, Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av

- i. styrelsens verksamhetsberättelse
- ii. skattmästarens redogörelse
- iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning

8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar

Stadgeändring:

Ändring av paragraf 10

Tidigare formulering: Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare, samt ytterligare högst sex ledamöter.

Styrelsens ledamöter väljs för en mandattid på två år på ordinarie möte efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning. Ordförande, sekreterare och högst tre ledamöter väljs varje udda år och vice ordförande, skattmästare och högst tre ledamöter varje jämt år för tiden tom ordinarie möte två år därefter.

Föreslagen ny formulering:

Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare, samt ytterligare högst sex ledamöter.

Styrelsens ledamöter väljs för en mandattid på två år på ordinarie möte efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning. Ordförande, vice ordförande, sekreterare och högst tre ledamöter väljs varje udda år och skattmästare och högst tre ledamöter varje jämt år för tiden tom ordinarie möte två år därefter.

10. Val av ledamöter
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som ska underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Cecilia Mattisson
Sekreterare i SPF

Lena Flyckt
Ordförande i SPF

ANNONS



Djävulen bor i jämförelsen

Mozart komponerade musik redan vid fem års ålder. Det norska underbarnet Magnus Carlsen blev världsmästare i schack vid 23 års ålder. Matematikern John Nash presenterade sin avhandling vid 28 års ålder, med teorier som sedan skulle ge honom nobelpris. "Det är störtlätt att få ångest när man tänker på sådant", som korven Assar uttryckte det i Ulf Lundkvists serie med samma namn. Då vi lever med en föreställning att vi skapar våra egna liv blir det upp till oss hur väl vi förverkligar oss själva. När det dessutom inte finns något facit över vad som förväntas av oss är det lätt att halka dit och börja jämföra sig med andra, med en smärre prestationsångest som följd. På samma sätt som man talar om relativ fattigdom kan man uppleva en relativ yrkesstolthet, när det känns som att man hamnar i skuggan av någon briljant kollega. Lite smygande kan fokus förskjutas från att göra så bra ifrån sig som möjligt, till att göra bättre än någon annan. Dödssynden avund gör entré, utan jubel. "Djävulen bor i jämförelsen", som den tidigare ärkebiskopen KG Hammar uttryckte det.

"Det gäller att jämföra sig nedåt" rådde polarna på puben en av mina patienter. Han var i särskilt stort behov av tröst emedan han var deprimerad. Det gick så långt att han inte ens orkade hänga på puben utan satt dystert hemma och beställde pizza och spelade TV-spel. Oavsett hur väl det fungerar att tänka på dem som har det sämre ställt finns risken att bli nedlåtande, när man tycker att man i alla fall har det bättre än barnen i Afrika. Man kan vända på det och se det man faktiskt har, och kanske rent av koka ned det till det väsentliga. Tacksamt konstatera att man åtminstone har arbete, bostad och fungerande relationer. Bristen på bostad blev plågsamt palpabel för en av mina gamla vänner, som upplevde Stockholms bostadssituation inifrån.

Med eskalerande desperation utropade han: "min mentala hälsa för en bostad!" i sociala medier.

Jag vet inte om det blev någon doktor Faustus-deal, men nu har han till syvende och sist fått ett förstahandskontrakt. Visserligen på nedre botten, men sist jag såg honom var han i alla fall nöjd med tillvaron.

Vi läkare avviker från normalpopulationen vad det gäller graden av ambition, där vi överlag ställer hårdare krav på oss själva än genomsnittssvensken. Det innebär dessutom att vi hela tiden omger oss med duktiga kollegor. Kanske kommer det klokaste förhållningssättet till detta från Anonyma Alkoholister (AA): Don't compare, identify. Lyckligtvis är det ofta så att vi spelar i samma lag. Riktigt duktiga kollegor blir då ett vinnande koncept. I bästa fall kan vi med stolthet se att vi har kvalat in på en arbetsplats där människor gör ett bra jobb. Är de duktiga kollegorna inte på vår egen arbetsplats kan man utvidga laget till någon enhet som tar med essen på vår sida. Om man riktigt misströstar kan man tänka att det åtminstone har funnits människor som Dag Hammarsköld och Nelson Mandela. Vi är alla del av samma strävande mänsklighet.

Det är inte så tokigt, om man jämför.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm



Att desarmera sina minnen – traumafokuserad KBT i grupp med ensamkommande afghanska flyktingpojkar

Foto: Shutterstock/Pressmaster

Flyktingbarnteamet i Göteborg har sedan starten 2008 utgjorts av ett samverkansteam mellan Barn- och ungdomspsykiatri och Barn- och ungdomsmedicin i Gamlestaden och är en resurs för samtliga flyktingbarn i Göteborg. Teamets uppdrag är att bedöma och behandla barn och ungdomar som flytt från sina hemländer och som lider av sammansatt psykiatrisk och medicinsk problematik.

Majoriteten av barnen har upplevt upprepade allvarliga traumatiska händelser såsom krig, fysiska och sexuella övergrepp, separationer och förluster. Drygt hälften av alla i patientgruppen är ensamkommande flyktingbarn. Barn som under flykten varit utan omsorgspersoner, vilket innebär ökad utsatthet för våld och övergrepp. Väl i Sverige finns oftast inget naturligt nätverk eller socialt stöd som kan hjälpa dem hantera de traumatiska upplevelser de har bakom sig. Även detta bidrar till att öka risken för att barnen utvecklar allvarlig psykiatrisk ohälsa.

En översikt av aktuell forskning (Dittmann & Jensen, 2010) visar att 20 procent av gruppen ensamkommande flyktingbarn uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och att 37-47 procent har allvarliga eller mycket allvarliga symtom på ångest, depression och PTSD.

Detta stämmer väl in på de ensamkommande flyktingbarn som är aktuella inom Flyktingbarnteamet där majoriteten

uppvisar reaktioner på traumatisk stress, ångest och depressiva symtom. Även somatiska symtom såsom huvudvärk, illamående och ont i magen är vanligt förekommande, både som konsekvenser av kroppsliga infektioner men också som reaktioner på den psykiska stress de levtt och lever under. Förekomsten av allvarlig psykisk och fysisk ohälsa är alltså markant högre hos dessa barn och ungdomar i jämförelse med jämnåriga.

Inom ramen för arbetet i Flyktingbarnteamet erbjuds en variation av insatser. Då barnen har behov av insatser på flera nivåer genomförs initialt ofta nätverksmöten för att samordna insatser från boende, skola och socialtjänst. Flyktingbarnteamet erbjuder även utbildningar och konsultationer för att öka kunskapen och medvetenheten om trauma och dess påverkan på barn och unga. I syfte att behandla psykisk ohälsa, främst posttraumatiskt stressyndrom, kan barn och ungdomar erbjudas ett flertal behandlingsinsatser, bland annat EMDR, taktill massage, psykodynamisk terapi och Traumafokuserad KBT.

Traumafokuserad KBT (TF-KBT) är en fasbaserad korttidsmetod, med god evidens för behandling av traumasymtom hos barn och ungdomar (Cohen J. et al., 2006, Saunders B. E. et al., 2003). Även gruppbehandling med TF-KBT har visat sig ha god effekt, bland annat har en studie genomförts i Kongo där en grupp pojkar genomgått TF-KBT. Deltagarna hade erfarenheter av krigsupplevelser och

många hade tidigare varit barnsoldater. Vissa av deltagarna levde på gatan under tiden gruppbehandlingen pågick. Resultaten visade på en signifikant minskning av PTSD-symtom, av psykosociala svårigheter och beteendeproblem för de barn som deltog i gruppen (Mc Mullen et al., 2013).

TF-KBT-behandling innehåller tre delar: en stabiliserande, en bearbetande och en integrerande fas. Behandlingen syftar till gradvis exponering, dvs. att stegvis gå igenom de traumatiska erfarenheterna samt processa känslor och tankar kopplade till minnena. Metoden är lekfull och kreativ och innehåller bland annat rollspel, frågesport och fysiska övningar. Erfarenheten av individuellt behandlingsarbete med TF-KBT är överlag mycket god på BUP Gamlestaden. Samtidigt har ett framträdande tema i genomförda behandlingar med ensamkommande flyktingbarn varit barnens känsla av ensamhet och isolering. I ett försök att angripa detta problem genomfördes TF-KBT i en grupp bestående av ensamkommande afghanska flyktingpojkar. Ytterligare en vinst med gruppbehandling sågs den eventuella tidsvinst en grupp kan innebära, vilket i förlängningen skulle öppna för möjligheten att fler kunde erbjudas TF-KBT.

Tre behandlare ansvarade för gruppen som bestod av fem pojkar i åldrarna 15-18 år, varav en kom att delta mer sporadiskt under träffarna. Samtliga gruppdeltagare hade utsatts för upprepade svåra traumatiska händelser och bedömdes uppfylla kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom. Många uppfyllde även kriterierna för depression, sömnstörning och annan psykisk ohälsa.

Två av pojkarna levde i Sverige som papperslösa flyktingar, de övriga hade uppehållstillstånd. Ingen av gruppdeltagarna talade svenska flytande och två tolkar närvarade vid samtliga gruppträffar. En ensamkommande flyktingpojke som tidigare genomgått individuell TF-KBT hade beskrivit terapin som att *desarmera sina minnen*, vilket gruppbehandlingen döptes till.

Behandlingsupplägg

För den första stabiliserande delen av behandlingen avsattes fem gruppstillfällen. Detta följdes av tre veckor avsedda för individuell traumabearbetning. Gruppen återträffades därefter för ytterligare tre gemensamma tillfällen.

Vid första tillfället fick alla presentera sig och gruppen överenskom om gemensamma regler, bland annat att man skulle lyssna och visa varandra respekt även om man inte alltid höll med om andras åsikter och tankar. Resterande tid ägnades åt psykoedukation om trauma, flyktingskap och vanliga reaktioner på trauma. Detta gjordes i form av en frågesport där ungdomarna delades in i två lag. Efter att initialt varit något avvaktande deltog ungdomarna så småningom med liv och lust i frågesporten, som syftade till en första exponering. Frågorna handlade bland annat om hur barn som blivit utsatta för våld kan tänka och känna, vad ett barn kan uppleva under flykt och om vuxna får utsätta barn för våld.

Under andra gruppstillfället var stresshantering och avslappningsövningar i fokus. Med hjälp av lekfulla övningar tränades magandning och avslappning. Både ledare och gruppdeltagare låg under delar av träffen på rygg på golvet för att öva progressiv avspänning. Ungdomarna genomförde övningarna med roat överseende och under en hel del fnissande.

Följande tillfälle ägnades åt arbete med känslidentifikation. Inledningsvis fick ungdomarna namnge så många känslor som möjligt, vilka med tolkens hjälp skrevs upp på svenska och dari på en whiteboardtavla. Ungdomarna fick sedan rita av varandra i helfigur och markera var känslor upplevs i kroppen.

Avslutningsvis genomfördes en tävling i känslorcharader. Detta tillfälle var ett av de gruppstillfällen som var mest positivt laddat, med mycket skratt, men innebar också ett närmande av de svåra känslor de alla hade erfarenhet av utifrån vad de upplevt.

Grupptillfälle fyra syftade till att introducera den kognitiva triaden samt att öva på att känna igen och ifrågasätta dysfunktionella tankar. I rummet representerade vardera behandlare ett hörn i den kognitiva triangeln. Exempel på tankar, känslor och handlingar lästes upp och ungdomarna fick öva på att ställa sig vid rätt position i triangeln. Därefter presenterades neutrala situationer och de fick ge exempel på möjliga tankar, känslor och handlingar. När en ohjälpsam tanke uppkom diskuterades denna i syfte att hitta en mer hjälpsam. Övningen avser att hjälpa ungdomarna i att kunna distansera sig från tankar och att, i förlängningen, kunna ifrågasätta traumarelaterade tankar.

Vid nästa gruppstillfälle repeterade vi teman från tidigare tillfällen och gav information inför det individuella arbetet. Vi bad ungdomarna ge varandra stöd och råd i hur de kunde ta hand om sig själva under den påfrestande period som väntade. Syftet var att konsolidera den kunskap de fått och att som behandlare få möjlighet att rätta till eventuella missförstånd eller oklarheter.

Individuellt arbete

Under nästa fas i behandlingen deltog ungdomarna i individuella samtal med en av behandlarna.

I dessa samtal skapas en berättelse om en eller två av de händelser som legat till grund för traumatiseringen. Arbetet är en form av gradvis exponering och sker i en förutbestämd form, där berättelsen successivt utökas med detaljer, tankar och känslor hos barnet. Detta är en mycket krävande del i behandlingen, men det är också den period då symtomen i majoriteten av fallen successivt börjar klinga av. Samtliga ungdomar upplevde traumaexponeringen som belastande. Det förekom att några av dem uteblev från vissa av de inbokade tiderna. Flera uttryckte dock att samtalen innebar en känsla av att kunna lämna en del av sin smärta bakom sig för varje gång de kom och berättade om traumat.



Foto: Shutterstock/Maya Kruchankova

Gemensam avslutning

Tre veckor senare återsamlades gruppen för ett sjätte grupptillfälle. De individuella samtalen fortsatte parallellt med gruppen då de flesta av ungdomarna inte var helt klara med traumaexponeringen. Under detta tillfälle arbetade vi med att processa dysfunktionella traumarelaterade tankar. Vanliga tankar som framkom under de individuella samtalen var bland annat "det var mitt fel", "människor vill mig illa" och "jag är skadad för livet". Med hjälp av samtal och övningar diskuterades rimligheten i dessa tankar. Ungdomarna hittade tillsammans mer hjälpsamma och förlåtande tankar kopplade till traumat.

Vid det sjunde grupptillfället genomfördes en sorgestund. Gruppdeltagarna fick tända varsitt ljus för människor som de förlorat eller skiljts ifrån. Vi förde samtal kring sorgeritualer i Sverige och i Afghanistan. Vi talade kring skillnader och likheter i länderna och om saknaden av hemlandet. Gruppledarna förhöll sig relativt passiva och lät gruppdeltagarna forma tillfället. En av ungdomarna valde självmant att recitera en vers ur Koranen. En annan ville säga något personligt om vad han saknade, medan andra valde att vara tysta. Detta grupptillfälle upplevdes mycket stämmingsfullt och gav utrymme för djupa känslor av sorg.

Under det åttonde och sista grupptillfället fick alla deltagare motta ett diplom och en blomma. På ungdomarnas önskemål serverades baklava.

Gruppledarna strävade efter att skapa en glädjerik avslutning, där det även fanns plats för tankar kring vad behandlingen inneburit för dem och kring det arbete de utfört. Tillsammans skapade ungdomarna ett kollage med hälsningar till andra barn och ungdomar som är i stånd att påbörja en TF-KBT-behandling. Exempel på hälsningar var "Det är jobbigt i början, men det blir bättre" och "Berätta ur ditt hjärta". De som ville kunde lämna sitt telefonnummer till de övriga för att kunna hålla kontakten.

Resultat

Vid uppföljande samtal gjordes en ny bedömning av gruppdeltagarnas symtom. Fyra av fem deltagare var avsevärt förbättrade och rapporterade en tydlig minskning av posttraumatiska stressymtom. Den pojke vars mående inte förbättrades i samma utsträckning levde som papperslös i en mycket stressande livssituation med pågående trauma. Sannolikt bidrog detta till att behandlingen inte gav önskad effekt.

Erfarenheter och reflektioner

Denna form av gruppbehandling upplevdes som positiv i många avseenden. Pojkarna uppskattade att träffa ungdomar som befann sig i samma situation som de själva och att få en erfarenhet av att andra reagerar på samma sätt. Vår erfarenhet är dock att individuellt arbete med TF-KBT bidrar till en mycket stark terapeutisk allians, vilket i sig skapar goda förutsättningar för att hantera den påfrestning som exponeringsarbetet innebär. I gruppbehandlingen uppstod en god gruppsammanhållning, men till viss del på bekostnad av den terapeutiska alliansen. Sannolikt bidrog detta till uteblivanden från överenskomna tider. Detta medförde att gruppbehandlingen tog mer behandlingstid i anspråk, jämfört med motsvarande individuella arbete.

Det är också något oklart hur väl samtliga gruppdeltagare förstod och förmådde ta till sig aktuella ämnen under stabiliseringsfasen. Det är som behandlare svårare att uppmärksamma och kompensera för språkliga svårigheter och kulturella skillnader i gruppen och sannolikt hade det varit lättare att fånga upp detta i individuella samtal.

Vår slutsats är att gruppträffarna i nuläget kan ses som ett mycket givande komplement till individuell behandling av ensamkommande flyktingbarn i mottagningens arbete. Då den grupp barn och ungdomar vi möter inte är så homogen gällande språk och traumaupplevelser finns det i nuläget inte underlag för större grupper. Sannolikt är det i och med detta mer effektivt att behandlingens alla faser bedrivs individuellt, då risken för uteblivanden minskar. Finns det möjlighet att parallellt bedriva gruppträffar kan de syfta till att normalisera upplevelser och erbjuda socialt stöd och gemenskap. Samtidigt finns det inget som motsäger att TF-KBT-behandling i grupp har god effekt, vilket kan vara ett gott alternativ i verksamheter där man möter en större grupp barn som talar samma språk och som har liknande upplevelser av trauma.

Caroline Nilsson

Leg psykolog

Marja Onsjö

Leg psykolog

Flyktingbarnteamet Göteborg

Referenser:

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Hur bemöter vi våra patienter och deras närstående?

Den samlade vetenskapliga evidensen ger oss entydiga belägg för att delaktighet och ett värdigt, jämlikt och respektfullt bemötande ger bättre behandlingsresultat, färre återinsjuknanden och en aktiv, nöjd och ansvarstagande patient. Metoden "delat beslutsfattande" ger klara och tydliga anvisningar om hur vi bör förhålla oss och den ger också vår yrkesroll ett tydligare innehåll.

För att underlätta och verka för återhämtning bör vi stödja "det friska" dvs. patientens beslutskompetens i frågor som rör den egna vården och de mål som är uppsatta för rehabiliteringen. Det innebär att vi skall vara patientens professionella rådgivare, och coacha processen utan att ta över om vi inte ser risker som vi bör agera på.

De närstående, både vänner och familj, är ovärderliga aktiva deltagare och bidrar till att minska risken för återinsjuknande om vi släpper in dem som aktiva deltagare i rehabiliteringsprocessen. De skall stödjas att delta och inte avvisas. Att hänvisa till regler och säkerhet duger inte när den samlade forskningen visar på motsatsen, att delaktighet ger bättre prognos.

Vi är ibland långt ifrån detta sätt att se på vårt arbete och berättelsen nedan är tyvärr alltför vanlig i svensk psykiatri fortfarande men vi i SPF hoppas att den manar till eftertanke...

Lena Flyckt
Ordförande SPF

"Patientperspektivet?! Här följer vi regler!"

Jag hälsar på min bästa vän. Hon är på en psykosavdelning och har eget rum. Besökstiden är högst två timmar mellan klockan 12.00 och 20.00, "eller efter överenskommelse med personal", som det står på avdelningens hemsida.

När kvällsmaten kommer tar min vän med sig mackorna till sitt rum och vi myser. De är goda, säger hon, hon har rostat dem och brett på mycket smör, marmelad och ost. Vi dricker båda te, skojar, myser och jag känner att här mår vi båda bra. Mysigt att hälsa på.

Men så knackar en «skötare» på min väns rumsdörr. Skötaren öppnar dörren, bankar på klockan på sin handled och säger, mycket indignerad:

– Du skulle ju tagit bussen 49! Nu är hon 52!

På nåder hade jag fått stanna en kvart extra. Jag förhandlade om den mot skötaren när hon dök på mig, direkt, när hon såg att jag hälsade på. Jag hade överskridit besökstiden tidigare, och det här skulle inte få upprepas. Reglerna måste följas, lyder retoriken.

Jag svarade skötaren:

– Just att få äta sin kvällsmat i lugn och ro, är väl bra för min väns rehabilitering. Kan jag vara kvar under kvällsmaten, bara?

Skötaren svarar:

– Förstår du inte vad regler är? Är inte du frisk heller? Min vän säger ifrån:
– Prata inte så mot min vän i mitt rum!

Skötaren stänger nu dörren bakom sig, går med arga steg mot min vän, böjer sig ned över henne där hon sitter med sitt te och sina mackor, och säger:

– Du har inget rum här! Det här är avdelningens rum! Och din vän ska gå. Nu!

Jag kramar min vän och går. Lämnar henne förnedrad av en skötare, mitt i hennes kvällsmat – allt för att reglerna skall följas. Och jag undrar om skötaren är införstådd med reglerna som hon har att följa, i Hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf:

".../ Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. .../ 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen"

**Märta Bengtson
Studerade på journalisthögskolan i Göteborg för 26 år sedan
Arbetat inom hemtjänsten och frilansar nu som skribent**



EFPT Forum i London

21-25 juni 2014

European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) är en paraplyorganisation som organiserar nationella ST-föreningar i psykiatri inom Europa och som i dagsläget har över 35 medlemsländer. Varje år hålls ett forum i det land som har ordförandeskapet och i år gick det 22:a forumet av stapeln i London. Under fem dagar möttes ST-läkare från över 30 länder för att utbyta erfarenheter och samverka för att främja ST-utbildningarna i psykiatri runt om i Europa.

Studiebesök

Under första dagen fanns möjlighet till studiebesök och vi valde att besöka Bethlem Hospital, som är Londons äldsta mentalsjukhus och öppnades redan på 1200-talet. Från början låg det centralt och har vid varje flytt kommit längre ut från Londons stadskärna då tanken var att en vacker omgivning och trädgårdsmiljö var viktigt för patienterna. På 1700-talet var det tillåtet för vem som helst att komma in på avdelningen och titta på patienterna, vilket blev lite av ett folknöje. Bethlem är än idag ett aktivt sjukhus med flera olika specialenheter.

Forumet

Att arbets- och utbildningssituationen ser väldigt olika ut i de europeiska länderna stod klart efter de korta presentationerna som varje land fick inleda med. Bland annat varierar längden på specialisttjänstgöringen från två upp till åtta år.

En av EFPTs kärnverksamheter är arbetsgrupperna. Det finns bland annat en forskningsgrupp, en grupp som arbetar för att främja en mer positiv bild av psykiatri och en grupp som ordnar utbyten mellan psykiatriska kliniker bland medlemsländerna. SLUP deltar i en av studierna som genomförs av forskningsgruppen, där fenomenet med flytt av ST-läkare i psykiatri från låginkomst- till höginkomstländer undersöks och tidigare under våren skickades en enkätundersökning ut till SLUPs medlemmar. Projektet har arbetsnamnet Brain drain och under forumet diskuterades resultaten från de olika ländernas enkätsvar och arbetet påbörjades på den vetenskapliga artikel som är planerad.



föreläsningar, workshops och arbetsgrupper. En av kvällarna ordnades enligt traditionen en internationell kväll. Alla medlemsländer bidrar med något ät- och/eller drickbart från sitt hemland samt någon form av framträdande. I en festlokal i Brixton bjöds det på grekisk dans, franska chansons och ungerska danshits.

Forumet var en intensiv och givande upplevelse och fulla av nya intryck och idéer åkte vi tillbaka hem till Sverige. Arbetet inom EFPT pågår även under resten av året och de ST-läkare som är nyfikna på det europeiska samarbetet är varmt välkomna att höra av sig till oss.

Katarina Mårtensson
Sekreterare SLUPs styrelse
katarina.martensson@sll.se

Tove Mogren
Ledamot SLUPs styrelse
tove.mogren@gmail.com

Foto: Katarina Mårtensson

Innan vi kom till konferensen var vi ombudda att göra en posterpresentation om "the crown jewels" i psykiatri i vårt land. I vår presentation framhöll vi psykosvården i Sverige och samverkan mellan slutenvården/öppenvården och kommunen. Programmet inkluderade också workshops med teman som rekrytering, psykoterapi och hur man skriver en vetenskaplig artikel.

Royal College of Psychiatrists årliga konferens

Som en del i EFPTs konferens fick vi närvara en eftermiddag på RCPs årliga konferens, motsvarigheten till svenska SPK. Det var svårt att välja ur det stora utbudet av föreläsningar. Bland annat var vi på en föreläsning om gängrelaterad psykisk sjuklighet, vilket var ett nytt och spännande ämne för oss. Exempelvis tog man upp att PTSD var relativt vanligt bland dessa gängmedlemmar, då de ofta är utsatta för hot och våld.

Sociala aktiviteter

Med deltagare från över 30 länder är forumet också en möjlighet för ST-läkarna från hela Europa att umgås utöver



ÄR DET DAGS ATT SLUTA FORSKA INOM PSYKISK OHÄLSA?

Absolut inte. Faktum är att det aldrig har varit mer angeläget. Som du säkert vet ökar den psykiska ohälsan i vårt land, framförallt bland unga tjejer. Vad det kommer att betyda om 30 år vet ingen, men vi har bestämt oss för att kämpa för att framtiden för alla som drabbas ska bli ljusare. Inte mörkare. Vi har på allvar bestämt oss för att samla in medel till forskningen om psykisk ohälsa och att göra det vi kan för att motverka stigmatisering och diskriminering. Var står du? Vid vägs ände eller i början på en lång spännande resa?

SMS:a "PSYK (mellanslag) belopp" (50, 100, 200 eller 500) till 72970 eller sätt in ditt bidrag på BG 900-7501 alternativt PG 900 750-1 så hjälper du forskningen framåt. Om du vill bli månadsgivare skickar du "PSYK (mellanslag) P100" eller P500.


Vill du veta mer om Psykiatrifonden? Gå in på psykiatrifonden.se



En Pudel!

Det händer att saker blir fel
och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in
och bokstäver byter plats
Det händer alla och det har
säkert hänt i den här tidskriften

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/02**

Vad vi tror att andra tror (att vi tror att de tror) Om journal på nätet, del två

"... och ni måste komma ihåg att märka kartongerna med nummer så att sakerna hamnar på rätt ställe!"
Min avdelning skall flytta. Vi skall ge oss ut på vift, byta plats, byta sjukhus. En inte helt ovanlig händelse i vård-Sverige och en inte helt okomplicerad process för ett vårdlag. Vi dividerar om lokalstädning, nya och gamla sängar och inköp av soffor. Frågeställningarna tangerar desedvanliga vid lägenhetsbyten. En ut, nästain. Vi skulle dock inte gå ut med någon information till patienterna innan alla beslut var klappade och klara och beseglade med blanka lacksigill. Ingen mening att väcka oro. Så vi tassade på lite i ullstrumporna, avhandlade för- och nackdelar med det geografiska läget över morgonkaffet i personalrummet, några läste platsannonser och andra tågtidtabellerna.

I denna svävande känsla av translokation slås jag av en tanke.

Vadan detta hysch-hysch?

Beslutet att inte yppa ett ord. Att invänta samstämmighet i alla kanaler och få servera ett fait accompli. Genomtänkt och förnuftigt. Tyckte vi och kände oss ansvarsfulla och kloka.

Hohoho! skrattade jultomten i sitt fluffiga silverskägg, lika högt kunde vi ha skrattat åt vår egen naivitet.

Följande dag frågade en av mina patienter: "Tror du att jag blir utskrivna före flytten?"

Hohoho! skrattade tomten i sitt skägg åt vår enfald.

Trodde vi att informationen inte skulle sippra ut?

Funderingarna kring journaler och tillhandahållanden av desamma göra återigen några kullerbyttor i min pannlob.

Bör det finnas saker som vi skall ha kännedom om, men inte våra patienter?

Fundera på det.

Det kanske skulle kunna vara resonemang och dokumentation av typen:

"Vårdintygsbedömning kan komma att bli aktuell om (...)"

"Bör ej förskrivas beroendeframkallande läkemedel..."

"Misstanke om att patienten inte tar ordinerad farmaka..."

"Differentialdiagnoser: obstipation, pancreascancer..."

Finns det olämplig information? Eller saker som patienterna kan uppleva kränkande?

Så som vi använder journalen idag, ja möjligen. Ibland är journaltexten en radda halvt om halvt ogenomtänkta hypoteser och påståenden, som om vi visste. Men vem har

sagt att vi måste använda journalen så?

Ni vet och jag vet att ibland blir dessa ogenomtänkta hypoteser och påståenden sanningar, bara genom att de upprepas år för år.

Och det, mina vänner, tror jag är betydligt farligare än att en hypotes vars underbyggnad är för otillräcklig för att den skall gå att motivera får vänta ett tag innan den fästs i journalprosa.

Oro väcks genom att inte veta. Vi oroar oss mer för ebola än för trafikdöd eller självmord. Vilket var nu vanligast i Sverige..?

Jag säger det igen, låt oss tänka om! Låt oss släppa vårt auktoritära tag om journalen och sluta klamra oss fast vid den som förlista sjöfarare kring en vrakdel. Låt oss istället se den som ett redskap i kommunikation MED patienterna. Och inte minst, låt den bli ett verktyg för att göra vården mer jämlik!

Birgitta Rydberg (FP) säger såhär:

Jag ger mig inte förrän alla stockholmare som vill får tillgång till sin egen journal och kan kommunicera med vården via nätet. Men jag vill vara tydlig med en sak: e-tjänsterna kommer att bli obligatoriska för vården – men aldrig för patienterna. Telefon och fysiska möten ska alltid finnas.

Väl rutet, Birgitta!

Men sluta dalta. Våga ställa krav på patienterna också, inte för att de är patienter utan för att de är MÄNNISKOR. Skriver jag brev till min lokala kommunpolitiker och frågar om parkeringsavgiften vid dagiset Solrosen skall höjas under år 2016 lär jag få vänta på svar. Min fråga är helt enkelt inte högprioriterad. Om jag mailar min husläkare på fredag kväll och ber om svar på blodproverna för mitt Padi Open Water Diver-certifikat, så kanske jag inte skall förvänta mig respons i form av scannade provsvar med kommentar på måndag morgon. Däremot, om blodproverna antyder att jag tar till flaskan varje fredag och lördag (och tisdag, onsdag och torsdag), då är det nog snarast hälsosamt att jag får veta att *det är det husläkaren tror*.

Journal på nätet, ja absolut! Jag må vara din läkare och du min patient, men vi är två likvärdiga människor och informationen mellan oss behöver inte hållas hemlig. För var och en ett personligt ansvar.

Hanna Edberg

Överläkare

Norra Stockholms Psykiatri och Rättspsykiatri Vård Stockholm

Del ett av Hanna Edbergs journal-på-nätet-funderingar finns på sidan 8, nummer 1/2014 (redaktionens anmärkning)

Falska minnen?



Hannes Råstams bok om rättsskandalen kring Thomas Quick har på goda grunder väckt stor uppmärksamhet.

Bland det som är uppenbart är att vad Thomas Quick än må vara skyldig till, är hanteringen av fallet ett sällsynt sammelsurium av inkompetens - juridiskt, polisiärt och psykologiskt.

Det som får mig att reagera är att alla lägger skulden på psykologer och "vilda" psykoanalytikern Margit Norell.

Så oavsett om en ohelig allians av mer eller mindre inkompetenta psykoterapihandledare, minnesexperter, åklagare och polisutredare alla har fullt upp med att tvätta sina händer, är det angeläget att granska det medicinska ansvaret i målet.

Anledningen till att detta är viktigt är att det är en klar möjlighet att rättspsykiatrin har använt farmakologisk tortyr vid viktiga tidpunkter i förloppet. Vad jag syftar till är att det förefaller tydligt att TQ var extremt abstinent när han "mindes" sina fasansfulla brott, och att han belönades med höga doser beroendebildande läkemedel när han åstadkom önskade erkännanden. Bensodiazepiner är bland de mest vanebildande läkemedel som finns, och abstinenserna är fruktansvärda. Att de är tillåtna beror på att de kan vara till god hjälp i akuta situationer; där blir inte bieffekterna i form av beroendeutveckling av någon betydelse.

I februari 2014 hade Centrum för psykiatriforskning på Karolinska Institutet anordnat en presentation om 1,5 timmar där enligt uppgift de viktigaste faktorerna kring målet skulle diskuteras, inför 400 förväntansfulla åhörare som verkligen ville veta hur det var med falska minnesbilder. Journalisten Dan Josefsson var huvudnumret. Han menar att det finns många psykoterapeuter som tror att de flesta psykiska besvär beror på «bortträngda minnen» av traumatiska upplevelser. Jag vet inte om det är så; men däremot vet jag att amnesi för traumatiska upplevelser - som kan vara fullständig eller partiell - är vanligt förekommande.

Centrum för psykiatriforsknings sammandragning, som visserligen var kostnadsfri för deltagarna, men inte för skattebetalarna, bidrog inte till att upplysa den bildade allmänheten eller de psykologer eller psykiatrer som deltog något vidare angående forskningsläget.

En professor pratade om att psykoterapi kunde ha biverkningar, Dan Josefsson attackerade de redan utpekade, en barnpsykiater påpekade att man skulle vara försiktig med att tro på vad människor berättade. En inkallad Harvardprofessor, Ralph McNally, visade att man kunde hitta människor som uppgav att de hade varit bortförda av utomjordingar och visade samma kroppsliga reaktioner som verkliga offer för traumatiska händelser. Detta inslag hade ett bra underhållningsvärde, men antalet deltagare i undersökningen var lite lågt för att rättfärdiga slutsatserna ur statistisk synpunkt.

Som sagt, alla inblandade i Thomas Quick-skandalen har god anledning att granska sig själva, sin professionalism och sina bevekelsegrunder. Ingen diskussion om detta.

Det som fattas i media- och myndighetsgranskningen är som sagt om det har förekommit en sofistikerad tortyr med läkemedel, för att framkalla bekännelser. Och de ansvariga läkarnas roll. Det är nämligen läkarna som ansvarar för behandlingen av patienter, även inom rättspsykiatrin. Inte psykoterapihandledare och inte olika experter utan behandlingsansvar.

Vad som också är ställt utom diskussion är att personer med traumatiska upplevelser kan få minnesförlust, helt eller delvis

- att svåra störningar i anknytningen - den trygga förankringen hos föräldrarna är kopplade till att individer lättare råkar ut för övergrepp och kan utveckla fragmenterade minnesbilder
- att personer kan ljuga för att få uppmärksamhet
- att minnesfunktionen är mycket komplicerat och att det är möjligt att personer kan komma i håg banala händelser om de är plausibla
- att framgångsrik behandling av traumatisk stress kan innebära att omvandla ständigt störande situationsminnen till självbiografiska minnesbilder, som inte upplevs som hotande här och nu.

Därför är mediernas fokus på Thomas Quick-affären helt katastrofal ur offerperspektivet, eftersom slutsatsen lätt blir att traumatiska minnen är påhittade eller framkallade av oseriösa psykoterapeuter, som inte vet vad de sysslar med, etc.

Det finns mycket mer kunskap kring detta än vad som framgår av media, i synnerhet hur man skall förhålla sig till patienters berättelser i psykoterapi. patienters berättelser i psykoterapi.

Diskussionen huruvida man kan lita på minnen av traumatiska händelser är mer än hundra år gammal och tämligen infekterad.

Men i nyare tid finns det ett intressant rättsfall i USA.

Under 1980-talet hade forskning visat att de gamla beskrivningarna av psykiska störningar efter trauma stämde empiriskt. Det fanns fog för att till exempel traumatisk stress hos soldater kunde ge upphov till specifika och tydliga sjukdomsbilder. Traumatiska upplevelser i närtid ger utan tvekan upphov till många fall av PTSD eller andra psykiska störningar. Historiskt sett fanns dessutom iakttagelser att barndomstrauma kan ge upphov till hysteri. I dag vet man att "hysteriska" symptom är relaterade till traumatiska upplevelser i barndomen. I dag används terminologin dissociation för att beskriva dessa trauma-relaterade symptom.

Under 1980-talet fann en barnpsykiater i USA att individer som tycktes lida av en speciell form av manodepressiv sjukdom i själva verket hade flera delpersonligheter som växlade okontrollerat. Han uppfattade och beskrev dessa individer som "multipla personligheter" som är den svåraste och mest extrema formen av dissociativ störning.

Under 1990-talet skrev en psykiater, Bennett Braun, med flera, en artikel i en mycket ansedd psykiatrisk tidskrift. I denna artikel beskrev författarna förbluffade hur de hade träffat på ett antal fall av personer med dissociativa störningar med vissa gemensamma drag. Alla fallen hade beskrivit upplevelser av hur de som små barn hade upplevt besynnerliga händelser som retrospektivt tedde sig som rituella övergrepp, med barn som dödades och andra skrämmande inslag.

Något år senare stämde en av Brauns patienter sin pappa i domstol. Fadern dömdes till ett stort skadestånd för att ha förgripit sig på dottern. I nästa steg stämde fadern dr. Braun för att ha hypnotiserat dottern så hon "kom ihåg falska minnesbilder av övergrepp". Bennett Braun dömdes till ett rekordstort skadestånd och förlorade samtidigt sin legitimation. Han tillbringade de nästa 20 åren som mentalskötare inom äldreomsorg, men återfick sin legitimation nyligen.

Händelsen ledde till en skrämtdystnad bland psykoterapeuter vad gäller dissociativa störningar. I målet mot Bennett Braun var ett expertvittne Elizabeth Loftus, som sedermera var med och grundade "False Memory Society".

Det har snart gått 20 år sedan rättegången, men den har fortfarande följdverkningar. Till exempel i Sverige där man pekar på Thomas Quick-skandalen för att hota psykoterapeuter att tro att de gör fel om de lyssnar på sina patienters minnen.

Att man tror att alla minnesbilder som framkommer under psykoterapi nödvändigtvis är falska.

Under tiden har det hänt mycket, som inte lyfts fram i debatten.

Till exempel har en studie utförd av Vincent Felitti (UCS) och Robert Anda (CDC) gjort uppföljningar under 20 år som har visat att barndomstrauma, bland annat sexuella övergrepp, är förknippade med en massiv överdödlighet och översjuklighet i alla diagnoser, inte enbart självmord och missbruk, men också till exempel 12 autoimmunsjukdomar och mycket annat.

Man har kartlagt förekomsten av barndomstrauma och vanvård vid svåra psykiska sjukdomar och visat starka samband.

Låt oss nu ställa frågan vilka intressen som kan finnas bakom att ifrågasätta sambandet mellan övergrepp mot barn och psykisk sjukdom? Förnekandet av det uppenbara är katastrofal; sjukdomsördan av övergrepp mot människor innebär en stor samhällskostnad.

Ju tidigare, ju värre konsekvenser av övergrepp. Ingen har analyserat vad omsorgssvikt och övergrepp mot barn kostar i Sverige i dag och hur många människor som är tvungna att söka psykiatrisk vård - som inte hjälper utan traumakunskap hos behandlingspersonalen.

Det är viktigt att utbilda psykiatrisk behandlingspersonal om konsekvenserna av tidiga traumatiska upplevelser. Det är viktigt att förstå komplexiteten i frågorna.

Hans Peter Söndergaard
Docent vid institutionen för klinisk neurovetenskap, KI
Leg psykoterapeut, specialist i psykiatri, överläkare vid
Kris- och traumacentrum AB, tidigare centrum för tortyr- och
traumaskadade, Stockholm

ANNONS



Goda levnadsvanor i psykiatri!

Projektet med goda levnadsvanor för alla delar av hälso- och sjukvården, ingen nämnd, ingen glömd, går mot sitt slut. Den stora nationella satsning som implementeringen av Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har varit sedan 2012, ska nu knytas ihop, avslutas och rapporteras.

Goda levnadsvanor i psykiatri! Så kaxigt valde jag att kalla den föreläsning på Bok- och biblioteksmässan i Göteborg, som jag med kort varsel blev ombedd att hålla. Det var Region Värmland som fick en lucka i programmet och vi från psykiatri i LIV var "grannar" på Bok- och Biblioteksmässan och samsalabim uppstod ett samarbete. Vi från projektet Bättre levnadsvanor var i vår tur en del i ett samarbete, där 6 organisationer delar på en monter under rubriken: Psykisk hälsa genom livet.

Jag har haft förmånen att vara en del av det under några år och tog nu "med mig" psykiatri och vårt projekt, förstås med ledningens godkännande. Vi var fem personer, alla aktiva i Bättre levnadsvanor, jag som projektledare och de andra som levnadsvaneombud på Öppenvården i Karlstad, som tillbringade fyra dagar i olika portioner i Göteborg.

Mässan är ju ett riktigt stort event och antalet besökare touchade 100 000. För en bokälskare är det ett riktigt

eldorado förstås. Nu var vi som jobbade tillsammans i montern, måhända lite udda fåglar i sammanhanget. Vi sålde eller promotade inte böcker utan en härligt brokig uppsjö av olika projekt och engagemang som alla strävar mot en bättre psykisk hälsa för många. Förutom vi själva, så var det Västerbottens läns landsting, två projekt som har sin bas i SKL, temagruppen Psykisk hälsa från Hälsofrämjande sjukvård och Svenska Psykiatriska Föreningen. Tillsammans hade vi mycket att bjuda på och många kom till montern för att fråga, för att berätta eller förstås för att ta sig en liten godis, penna och sist men inte minst tävla om de fina bokpriser vi lottade ut.

Hur blev det då?

Är det nu verklighet med goda levnadsvanor i psykiatri i Värmland? Har det märkts ännu att många medarbetare i psykiatri förkovrat sig kring hur vi råder våra patienter kring mat, motion, rökstopp och råd om att inte dricka så mycket alkohol? Såväl i Värmland som i hela landet?

Vi vet inte ännu, men snart ska vi i psykiatri i Värmland börja mäta och kika i journaler om råden om levnadsvanor ökat! Något sätt att mäta detta i hela landet förfogar vi inte över, men förhoppningsvis så kommer det att speglas i den slutrapport som vi själva skriver, och i den som alla



de ingående sektionerna i Svenska Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt kommer att sammanställa och sist men inte minst den sammanställning som vår egentliga uppdragsgivare Socialstyrelsen genomför.

In i kaklet

Vi i vårt delprojekt i psykiatrin fortsätter ända in i kaklet med hela tre landsting att besöka och föreläsa i och en Riksstämman att både bevaka och leverera på!

Så Levnadsvaneprojektet som helhet går mot sitt slut och om och i så fall hur arbetet kommer att fortsätta är i skrivande stund inte helt färdigt. Men att det måste bli ett fortsatt arbete på bred front tvivlar nog ingen på längre. Den psykiatriskt sjuka patientens somatiska hälsa per se och kroppens bidrag till en bättre psykisk hälsa är en självklar del av vårt arbete i psykiatrin.

Kontakta oss

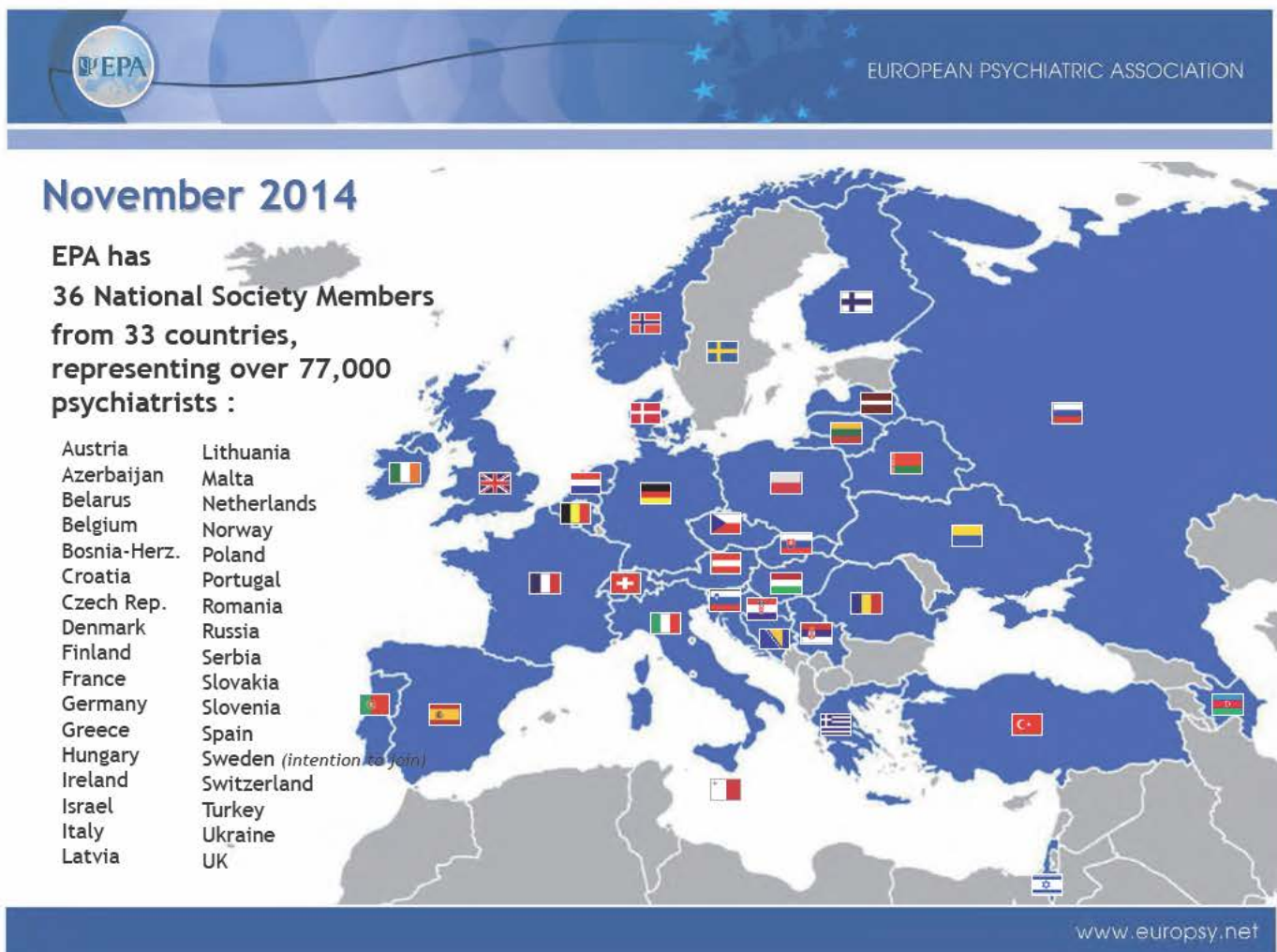
Så passa på att kontakta oss för frågor eller kanske för att berätta om vad som pågår på din avdelning eller din klinik! Hur ni jobbar med levnadsvanor "hemma hos er"! När nästa nummer av Svensk Psykiatri kommer ut är projektet slut, men vi hoppas på att få publicera en avslutande artikel.

Vid tangentbordet: Jill Taube, projektledare

Den svenska psykiatriska föreningen ansluter sig till European Psychiatric Association (Europeiska Psykiatriska Föreningen)

Den Europeiska Psykiatriska Föreningen (EPA) bildades 1983 i Strasbourg av franska och tyskspråkiga kollegor för att 31 år senare, år 2014, bli den största europeiska psykiatriska föreningen med aktiva enskilda medlemmar i 81 länder och 36 medlemsföreningar ifrån 33 länder (Österrike, Azerbajdzjan, Vitryssland, Belgien, Bosnien-Hercegovina, Kroatien, Tjeckien, Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland,

Grekland, Ungern, Irland, Israel, Italien, Lettland, Litauen, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Ryssland, Serbien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Schweiz, Turkiet, Ukraina, Storbritannien) som representerar över 77 000 europeiska psykiatriker. Sverige ansluter sig från första januari 2015.



Karta med psykiatriska föreningar



EPA Presidents



Danuta
Wasserman
2013-2014



Patrice
Boyer
2011 - 2012



Hans-Jürgen
Möller
2009-2010



Cyril Höschl
2007-2008



Henning
Sass
2005-2006



Mario Maj
2003-2004



Göran
Sedvall
2001-2002



Norman
Sartorius
1999-2000



Jules Angst
1997-1998



Robin
Murray
1995-1996



Per Bech
1993-1994



Pascual
Ballus
1991-1992



Hans
Heimann
1989-1990



Léonard
Singer
1984-1988

European Psychiatric Association
30 ANNIVERSARY

www.europsy.net

Fjorton presidenter har sedan 1983 kraftfullt bidragit till att organisationen är mångfacetterad och representerar alla inriktningar inom psykiatrisk forskning, utbildning och klinisk verksamhet.

Föreningens övergripande mål är att genom forskning, utbildning och samarbete mellan länder förbättra psykiatri i Europa.

Kommittéer verksamma i EPA arbetar med utbildningsfrågor för unga psykiatriker och kliniskt verksamma, etiska frågor, utformning av riktlinjer och rekommendationer för vård och behandling samt utveckling av nätverksarbete med europeiska och utomeuropeiska organisationer. Ledande experter både inom teoretisk och inom klinisk psykiatrisk forskning är verksamma inom EPAs tjugo vetenskapliga sektioner.

Varje år organiseras en kongress, senast i München 2014, innan dess i Nice 2013 (30-årsjubileumskongress) och den närmsta kommande kongressen organiseras i Wien 28-31 mars 2015. <http://www.epa-congress.org/>

Medlemmar i den europeiska psykiatriska föreningen kan ansöka om resestipendier till årliga kongresser, om forskningspriser och deltagande i årliga sommarskolor. Nationella psykiatriska föreningar kan också få bidrag till att med ekonomiskt stöd från EPA bjuda in framstående europeiska experter till årliga nationella sammankomster.

Varje medlem och varje nationell psykiatrisk förening har möjlighet att göra sin röst hörd genom talrika kanaler inom EPA.

Som nationell psykiatrisk förening blir man en del av det största europeiska nätverket och bidrar till utveckling av framtidens psykiatri i Europa.

Danuta Wasserman

President för European Psychiatric Association
Professor i Psykiatri och Suicidologi vid Karolinska Institutet
Chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention
av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet som är
WHO:s samarbetscentrum för forskning, metodutveckling och
utbildning i suicidprevention



Konsten utmanar makten

Gott ledarskap är en avgörande faktor för, inte bara för en verksamhetsfunktion, utan också för medarbetarnas psykiska hälsa. Ledarskapsutbildning är ett viktigt instrument för att främja detta goda ledarskap. Ledarskapsutbildning är också en ekonomisk faktor och omsätter globalt mellan 36 och 60 miljarder USA-dollar – årligen. Trots detta finns få vetenskapliga utvärderingar av hög kvalitet.

Julia Romanowska, med bakgrund bland annat som musiker och IT-konsult, disputerade i oktober 2014 på Karolinska Institutet på avhandlingen *Improving Leadership Through the Power of Words and Music*, en unik kontrollerad, randomiserad studie. Effekterna av en konstnärligt upplagd ledarskapsutbildning jämfördes med en konventionell utbildning. Båda utbildningarna hade samma övergripande mål, var lika långa och likartat upplagda beträffande utbildningsform. De löpte över ett år med 12 seminarier om vardera 3 timmar. Samtliga femtio kursdeltagare fick delta i en introduktionsutbildning i ledarskap före randomiseringen för att få en gemensam "base-line".

Femtio kursdeltagare matchades och randomiserades. Varje kursdeltagare fick välja ut fyra underställda medarbetare som också skulle ingå i studien. Data samlades förutom före kursstarten och vid dess avslutning också 9 månader efter avslutad utbildning. Såväl kursdeltagares som medarbetares psykiska hälsa och förmåga till stresshantering bedömdes via validerade självsvartest. Katabola och anabola hormonnivåer bedömdes via kortisol och DHEA-S. Kursdeltagarna fick bland annat skatta sin egen självbild och bedöma sin egen tendens till Låt-gå (Laissez-faire)-beteende, den enligt forskningen mest destruktiva ledarstilen. Den präglas av oförmåga att ta nödvändiga beslut och passivitet i konfliktsituationer. Medarbetarna fick också skatta sin ledare i dessa avseenden före och efter utbildningen.

Vid utvärderingen visade det sig att kursdeltagarna i den konstnärligt upplagda utbildningen utvisade signifikant lägre mental symtombelastning och stressnivå vilket också gällde deras medarbetare. Signifikanta förändringar återfanns för DHEA-S dock inte för kortisol. Ledarnas bedömning av sig själva som ledare närmades sig deras anställdas bedömning av dem och deras självöverskattning minskade.

Utvecklingen för kursdeltagare och deras medarbetare i den konventionella utbildningsgruppen gick åt motsatt håll. Jämfört med förhållandena i gruppen före utbildningen steg deras symtom och stressnivå. Skillnaden mellan ledarnas självskattning och deras medarbetares skattning av dem ökade signifikant. Mot detta kan då ställas kursdeltagarnas egen utvärdering av kursen som positiv och givande!

Den konventionella utbildningen vilade på föreläsningar och litteratur vad gäller relevanta teorier om organisationer, grupper och individer, ledarskapsteori och beslut, metodik att hantera problemsituationer samt gruppdiskussioner med presentation av kursdeltagarnas egna ledarskapsdilemman. Kursdeltagarna fick en "verktygslåda" med kommunikationstekniker för problemlösning. Deras självbild och självförtroende stärktes i ömsesidigt stödjande diskussioner liksom övertygelse om de egna lösningarnas förtjänster. Överskattning av den egna förmågan och tilltron till färdiga lösningar presenterad genom instrumentella tekniker kunde vara en förklaring till att ledarens egen och medarbetarnas bild av vederbörande går isär – ledaren skattar sig själv mer positivt efter utbildningen och medarbetarna skattar sin ledare mer negativt. Detta avstånd kan kopplas till ett arbetsklimat som befrämjar stress och mental ohälsa.

Kursdeltagarnas utveckling i den konstnärliga utbildningen gick åt motsatt håll, medarbetarna upplevde att deras ledare blev mer ansvarstagande, modigare och beredda att "stå upp" mer i stressande situationer snarare än att förlita sig på "redskap".

Hur var då den konstnärliga utbildningen upplagd och kan dess uppläggning förklara skillnaderna mellan grupperna? Kursens teoretiska fundament utgjordes av en integration av konstnärliga, estetiska och etiska element. Deltagarna ställdes inför av skådespelare framförda kraftfulla presentationer av texter bestående av korta stycken av poesi, prosa eller dokumentär karaktär interfolierade av korta musikstycken som kunde matcha eller "motsäga" texterna - ett fragmenterat, snabbt skiftande flöde såväl vad gällde form som innehåll. Texterna hade ofta existentiell karaktär och speglade katastrofer, mänsklig destruktivitet och ondska såväl som mänsklig storhet och oegennyttia.

Efter presentationen följde ett gruppsamtal. Kursledningen initierade aldrig fokus på ledarskap. Deltagarna skrev också "dagbok" under varje session, vilket tillsammans med utvalda djupintervjuer utgjorde basen för avhandlingens kvalitativa del i vilken kursdeltagarnas upplevelser tydliggjordes och analyserades.

Föreställningarna upplevdes till en början som påfrestande, förvirrande med djupgripande emotionell påverkan – det gick inte att "komma undan". Så småningom ledde de till eftertänksamhet, självprovning och i många fall en radikal

omprovning både av självbilden och synen på andra inför tillvarons storslagenhet och människans komplexitet. Det egna självet sattes i ett större sammanhang som manade till ödmjukhet inför ledarskapet med en förskjutning från utövande av makt till tagande av ansvar – för sig själv sina medarbetare och sitt företag. Ledarskapet kom mer att drivas av inre övertygelse av etisk karaktär än "strategi" och "hantering".

Replikationsstudier krävs för att bekräfta fynden att den konstnärligt upplagda utbildningen minskar tendensen till negativt ledarskap medan den konventionella ökar denna tendens – i kontrast till kursdeltagarnas positiva kursutvärdering. Studien väcker tankar kring ledarskap och den risk för ledarens självbedrägeri som förefaller ligga i maktutövningens dynamik, liksom konstens förmåga att initiera djupgående självprovning.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Foto: Shutterstock/alphaspirit



Psykiatri i fickformat

Lennart Wetterberg
Print on demand, 2013

Ständigt aktuell

Det harsina vanskligheter att recensera Lennart Wetterbergs bok *Psykiatri i fickformat*. Vad jag än skriver finns det en risk att det kan vara inaktuellt. Boken publiceras genom POD, print on demand. Ingen "utgåva" behöver vara den andra riktigt lik då den kontinuerligt uppdateras av författaren. Inaktuella uppgifter tas bort och ny information läggs till. Den upplaga jag fick i min hand i våras är daterad 2013, vilket är den sjunde upplagan.

Kan ha sin plats i bakfickan

Titeln trogen har boken ett format som gör att den verkligen går ner i fickan. Den riktar sig till professionella som i arbetet kan möta människor med psykiatrisk problematik, men gör nog mest nytta i händerna på dem som har viss psykiatrisk förkunskap. Författaren vänder sig dock till en större läsekrets. Ibland kan man föreställa sig läsaren som en AT-läkare som bladdrar sig fram till ökad klarhet i mångfalden av möjligheter under ett jourpass. I vissa stycken finns ett i mitt tycke sympatiskt direkt tilltal till läsaren av typen "i sådana här situationer är det särskilt viktigt att du tänker på att..." Själv tycks författaren med sitt engagemang vara närvarande, om inte i, så dock alldeles bakom sin text som är väl genomtänkt och disponerad utifrån vad man kan ha behov av att "ha i bakfickan" när man ställs inför psykiatrisk problematik i sin vardag.

Det nödvändigaste om "allting"

Urvalet av innehåll präglas av den kunskap som kan behövas i nuet, något som lämnar aspekter av mer filosofisk, ideologisk och utvecklingspsykologisk natur därhän. Här finns inga fallbeskrivningar och man möter i texten knappast "människor" utan just "fall". ABC för anamnes, status, användning av skattningsformulär presenteras komprimerat. Beskrivning och behandling av psykiatriska tillstånd rymmer naturligt nog få överraskningar eftersom den ska hålla sig till "core knowledge" - koncist och överskådligt. Organiska tillstånd, inte minst degenerativa tillstånd och syndrom, penetreras förhållandevis ingående. I sin beskrivning av DSM-5 pekar författaren på att större hänsyn tagits till differentialdiagnoser, tidsförlopp och allvarlighetsgrad än i tidigare upplagor.

För framtiden

Författaren presenterar också synpunkter på diagnosförslag och mätmetoder som behöver förbättras i nästa DSM-upplaga. Det gäller bland annat alternativa modeller för att diagnosticera personlighetsstörningar, bättre skattningsskalor för bedömning av svårighetsgrad av symtom vid psykosjukdom och långsamt insättande psykostillstånd. Han efterlyser också beskrivning av psykiska störningar på grund av överdriven internetanvändning, instrument för att rätt kunna bedöma patienters värderingar och antaganden i ett globalt socio-kulturellt perspektiv.

Användbar kringkunskap

Boken rymmer i förhållande till sitt omfång på 250 sidor närmast osannolikt mycket information inte minst om etik, lagar och regelverk, såväl svenska som internationella. Boken har också en ordlista med förklaringar som rymmer mer än 600 begreppsdefinitioner och kondenserade pionjärporträtt vilket avspeglar spännvidden i författarens referensram samt ambitionen att verkligen nå sin läsekrets och underlätta för denna. Här finns således en mängd relevant "kringinformation" som inte återfinns i några andra böcker om psykiatri, information som både kan vara mycket användbar och inte helt lätt åtkomlig, till exempel användningen av Bibliotekstjänst och Internet för information och kommunikation samt internetadresser till relevanta myndigheter och organisationer. Detta förstärker intrycket av en mycket användbar skrift som är både "gammeldags" och "hypermodern" samtidigt.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Internetbaserad psykologisk behandling. Evidens, indikation och praktiskt genomförande

Erik Hedman, Per Carlbring, Brjánn Ljótsson,

Gerhard Andersson
Natu och Kultur, 2014

Heureka?

Psykisk ohälsa ökar bland ungdomar. Behovet av specialistinsatser ökar för att hjälpa människor med psykiska problem och symtom som sänker deras livskvalitet, påtagligt eller katastrofalt. Det gör däremot inte resurserna i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri i samma mån. Att patienter trots allt inte märker mer av detta än de gör kan bero på att personalen får ta på sig allt tyngre bördor. Kan den planerade utbyggnaden av första linjen lösa dessa problem och i så fall genom vilken typ av insats med vilken typ av personal? Skulle internetbaserad psykologisk behandling kunna vara en del av lösningen?

Mycket tyder på det om man får tro författarna till *Internetbaserad psykologisk behandling. Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. De har goda argument. Trots att internetbaserad psykologisk behandling inte ens är tjugo år gammal tyder utvärderingsforskningen på att i stort sett alla tillstånd som svarar väl på "klassisk" KBT också kan behandlas över nätet. Behandlingskapaciteten kan dessutom vara fyra gånger större per behandlare.

Hur går det till?

Författarna beskriver steg för steg det tillvägagångssätt i utbudet av internetmetodik som är vanligast i Sverige. Stor vikt läggs här vid diagnostiken som helst bör ske inom ramen för ett personligt sammanträffande, möjligen via telefon eller Skype. Behandlingen är baserad på 10-12 fasta moduler vilket gör det mycket svårt att "byta spår". Modulerna innehåller psykoedukation, kartläggning av aktuella problem, målformulering, planering och genomförande av beteendeförändring samt plan för vidmakthållande och fortsatt förbättring. Dessutom ingår formulering av hemuppgifter samt arbetsblad för registrering. Patienterna tar sig an uppgifterna, till exempel att utsätta sig för viss exponering och mailar erfarenheterna till terapeuten som ger stöd, återkoppling och kommentarer. Hemarbetet ska ha genomförts i rimlig utsträckning innan terapeuten mailar nästa modul. Sammanlagd textmassa för modulerna är 100-200 sidor. Hur arbetet läggs upp och genomförs tydliggörs i boken genom ett antal exempel på maildialoger.

Arbetsalliansen bygger i stor utsträckning på att patienten upplever den av behandlaren förmedlade informationen om metod och tillvägagångssätt som trovärdig och meningsfull. I boken görs en noggrann genomgång av tekniska förutsättningar och datasäkerhet liksom av juridiska aspekter på kommunikationsformen.

Hur går det?

Författarna gör i bokens senare del en genomgång av behandlingsmetodik och behandlingsresultat för depression, olika ångestsyndrom samt medicinska sjukdomstillstånd, dels sådana där psykologiska faktorer kan bidra till tillståndet, dels sådana där bemästrandet av lidandet kan förbättras. Depression förefaller svara bra på olika internetprogram, bland annat på ett PDT-baserat. KBT-baserade program visar goda resultat för behandling av panikångest, social fobi och för depressionsprofylax. Vad gäller PTSD, GAD och hälsoångest är antalet studier inte så många men resultaten är goda.

I ett internationellt perspektiv förefaller fältet öppet för experimenterade med hur arbetsformen ska kunna användas optimalt under olika omständigheter till exempel vad gäller hur man kan kombinera kontakt över nätet med mer traditionella former för tids-rumskontakt mellan behandlare och patient.

Alla behandlare lyckas lika bra

Man anser att behandlingarna ska kunna utföras av legitimerade psykologer, socionomer och personal med psykoterapeutisk grundutbildning. I de flesta terapiformer tycks det finnas klar variation mellan hur väl olika terapeuter lyckas, men inte i denna i internetterapi. Alla behandlare tycks få lika bra resultat även om ovana behandlare får ta mer tid på sig, vilket delvis förklaras av programmets grad av struktur. Om metaforen tillåts, förefaller det mig lättare att lära sig att köra spårvagn än taxi i den psykiatriska "storstadsjungeln"!

Svenska forskare ligger långt framme både vad gäller utvärderingsstudier och utveckling av behandlingsprogram. Man hoppas att även andra terapiformer än de KBT-baserade ska kunna dra nytta av såväl möjligheter att strukturera och fokusera sina behandlingsprogram, inte minst vad gäller utvärdering såväl under processens gång som efter avslutad terapi samt ta tillvara möjligheterna att integrera internetpotentialen i vardagsbehandlingen.

Resurser kan frigöras för mer komplex behandling

Det förefaller som om internetbaserad psykologisk behandling håller på att delvis rita om kartan vad gäller behandlingsutbud inom psykiatrin. Men även behandlingar som uppvisar höga effektstorlekar botar inte mer än en del av patienterna och exklusionskriterier sällar bort patienter. Urvalskriterier för vilka patienter i den psykiatriska vardagen som ska erbjudas olika tillvägagångssätt behöver utvecklas.

Författarna har ett sympatiskt tilltal och är nogra med att

inte bara redovisa fördelar utan också begränsningar i de redovisade metoderna, med en öppenhet för andra metoders potential. Boken är enligt min mening mycket välkommen i ett väl sorterat psykiatriskt/psykoterapeutiskt bibliotek då patienter ofta är initierade angående olika terapiformer. Många har kanske inte behov av det traditionella samtalsrummets potential för nära kontakt, och exklusiv sekretess.

Farhågor? Att de resurser som inte frigörs alls övervägande visar sig komma patienter med komplex problematik till godo. Att problematiseringen av bemästrandeteknologins ovedersägliga – och viktiga – fördelar inte kommer att äga rum inom psykiatrin utan snarare utanför.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

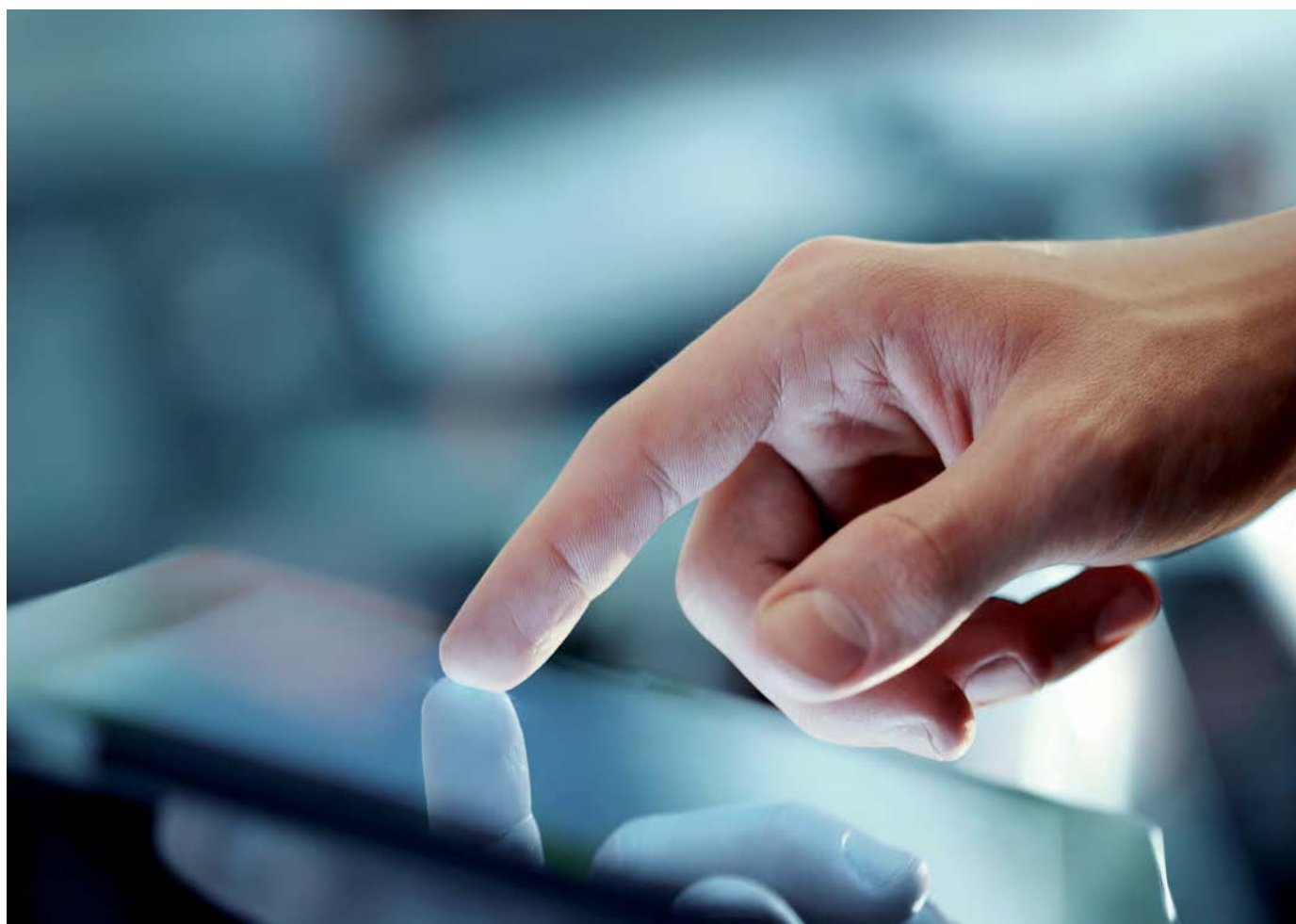


Foto: Shutterstock/Peshkova

Kalendarium

28-30 januari 2015
ST-konferensen
Göteborg
www.sluspsykiatri.se

11-13 mars 2015
Svenska Psykiatrikongressen, Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

28-31 mars 2015
23rd European Congress of Psychiatry
Wien, Österrike
www.epa-congress.org/

21-22 april 2015
Svenska BUP-kongressen, Linköping
www.svenskabupforeningen.se/kalender_2015.html

22-24 april 2015
56th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian College of Neuropsychopharmacology)
Köpenhamn, Danmark
<http://www.scnp.org/>

16-20 maj 2015
168th APA Annual Meeting
Toronto, Canada
<http://annualmeeting.psychiatry.org/>

28-31 maj 2015
5th World Congress on ADHD, Glasgow, Skottland
<http://www.adhd-congress.org/>

14-18 juni 2015
12th World Congress of Biological Psychiatry
Aten, Grekland
<http://www.wfsbp-congress.org/>

20-24 juni 2015
16 th International ESCAP Congress, Madrid, Spanien
www.escap2015.com/

29 augusti-1 september 2015
28th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Amsterdam, Nederländerna
<http://www.ecnp.eu/>

20-23 september 2015
31st Nordic Congress of Psychiatry
Köpenhamn, Danmark
<http://www.ncp2015.dk/>

24-26 september 2015
5 th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
<http://www.schizophrenianet.eu/>

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.s



Svenska BUP-kongressen

med huvudtema BUP och Skola, 21-22 april, 2015, Konsert & Kongress i Linköping

Plenarföreläsare

Ross Greene

- Helping behaviorally changing students

Torkel Klingberg

- Hjärnans utveckling och den moderna skolan

Sven Bölte

- Från diagnos till funktion: autism i DSM-5, ICD-11 & ICF

Ata Ghaderi

- Åtstörning. Riskfaktorer & effektiv prevention

Exempel på symposier

Oro, rädsla och klimat i skolan

Ändra skolan eller polyfarmaci eller både och?

Elever med inlärningsproblem

Mobba, mobbas och stå bredvid

Utagerande inom slutenvården

Posterutställning

Vi gör en extra satsning på posterutställning! Vetenskapliga arbeten för ST, doktorander, steg 2-uppsatser samt exempel på generella förbättringsarbeten inom Barn- och ungdomspsykiatri välkomnas!

OBS! ST-seminarium den 20 april eftermiddag med tema ledarskap.

BOKA in Kongressen i ditt kalendarium redan nu!

Varmt välkomna!

Elisabeth Kristiansen

