

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättsspsykiatriska Föreningen - Mars 2013

Tema:

Psykiatrins sociologi



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
- 3** Redaktionsruta
- 4** SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 6** SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
- 7** SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel*
- 9** Kommande temanummer
- 19** Tigers krönika, *Mikael Tiger*
- 24** Bokrecension: Rörelse och interaktion. Om grundmotorik, stress och självreglering, *Björn Wrangsjö*
- 26** Professorsrutan: Ord och ny-ord i början av 2013, *Ulf Rydberg*
- 54** Kalendarium
- 55** Bokrecension: Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, *Björn Wrangsjö*
- 76** 10 frågor till Björn Wrangsjö, *Stina Djurberg*
- 81** Bokrecension: Jag vet inte var psykosor kommer ifrån. Om att insjukna i och leva med en psykos, *Hanna Edberg*
- 90** Professorsrutan: Börje Cronholm, Psykiatriprofessor i Stockholm, *Ulf Rydberg*

Aktuell information:

- 57** Nyheter, levnadsvanor på turné och så kongressen, *Jill Taube*
- 59** Tips om en intressant psykoterapidebatt! *Hans Bendz*
- 82** What makes a "professional" clinician a professional? CPD Online, *Stuart Leask*

Kommande möten:

- 35** BUP-Kongress 2013, Halmstad

Tema:

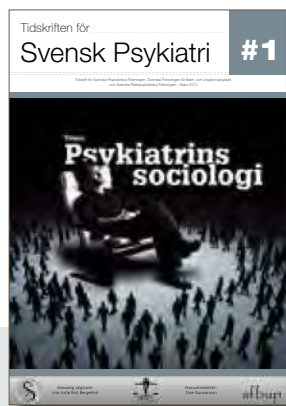
- 10** I skuggan av deadline - hur mår psykiatrins sociologi? *Björn Wrangsjö*
- 12** REVA och psykiatri, *Daniel Frydman*
- 14** Vad ska psykiatrin med kunskap om samhället till? *Maria Sundvall*
- 16** Reformera från grunden! *Isidora Bubak*
- 17** Patienter med schizofreni "slåss" för vård, *Nikolaos Noussis*
- 19** Tigers krönika, *Mikael Tiger*
- 42** Ludvig Igras tunna hinna, *Leif Öjesjö*

Rapporter från möten och resor

- 20** Rapport från Riksstämman: Specialistrollen i en komplex vardag, *Hans Ericson*
- 40** SLUP erövrar Norrlands huvudstad, *Hanna Edberg, Sigrid Storetvedt*
- 62** *Cullbergstipendium*: Psykiatrin i Ungern, forna storheter och evidensbaserad medicin sida vid sida, *Markus Takanen, Tomas Fagerberg*
- 65** *Cullbergstipendium*: Rapport från studieresa till Reykjavik, *Mattias Strand*
- 69** Rapport från SFBUP's verksamhetschefsmöte februari 2013, *Lars Joelsson*

Debatt, diskussion, annat:

- 16** Reformera från grunden! *Isidora Bubak*
- 17** Patienter med schizofreni "slåss" för vård, *Nikolaos Noussis*
- 22** Mer pengar till psykisk ohälsa? *Ing-Marie Wieselgren*
- 28** Suicidprevention - en tvärvetenskaplig angelägenhet, *Danuta Wasserman, Rigmor Stain*
- 29** Hysteriskt? *Neil Cleland*
- 30** Nollvisionen är en policyinnovation, *Jan Beskow, Ullakarin Nyberg, Alfred Skogsberg*
- 33** Till Anders Almingefeldt, *Daniel Frydman*
- 36** Klinisk psykiatrisk forskning, *Lars von Knorring, Susanne Bejerot*
- 50** Är det kris i psykiatrin? *Ing-Marie Wieselgren*
- 52** Fysisk aktivitet: en viktig faktor som påverkar psykisk sjukdom i hög ålder, *Ingvar Karlsson*
- 67** Minska stress med Metakognitiv terapi (MCT), *Ola Brar*
- 71** Gärna ett recept eller två, men bara på mediciner tack! *Anders Almingefeldt*
- 78** När är sekretess skydd? *Anhörig/läk. Ph D.*
- 84** Dansterapi vill förena kropp och själ, *Inna Sevelius*
- 85** När kroppen får vara med i terapin, *Inna Sevelius*
- 87** Via kroppen till knoppen, *Inna Sevelius*



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@comhem.se)

Gloria Osorio
(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel
(kristina.sygel@rmv.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/© Kiselev Andrey Valerevich
Shutterstock/© hkeita

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Har det bleknat bort...

... - det samhälleliga perspektivet på psykiatrin? Den frågan ställs i ett par av temabidragen. Samhällets påverkan på psykisk ohälsa och den psykiatriska vårdorganisationen är dock en röd tråd i många av artiklarna i detta nummer. Läs, begrunda och fortsatt gärna diskussionen!

Att artiklar i SP leder till fortsatt debatt är något vi gärna ser. Därför är det särskilt glädjande att vi fått in inte mindre än fyra kommenterande bidrag med anledning av ett inlägg om nollvisionen för suicid i förra numret. I Svensk Psykiatri är det högt i tak.

Vi fortsätter...

... med vår granskning av psykiatrins natur. Efter nedslag i Psykiatrins biologi och sociologi kommer vi i nästa nummer till Psykiatrins psykologi.

Behöver psykiatrin någon speciell psykologi? Räcker det inte med samma psykologi som alla doktorer har som behandlar sjukdomar? Skulle det vara något särskilt med just sjukdomar som står i DSM-manualen? Måste man ha en speciell psykologi inom psykiatrin därför att den psykiatriska sjukdomen eller vissa av dem också påverkar patientens sätt att relatera till sin omgivning inklusive psykiatern? Eller är det så att det psykiatriska sjukdomsbegreppet delvis är av annan natur, och att det somatiska sjukdomsbegreppet av och till för tanken fel och att detta endast kan "genomsådas" om man har tillgång till en psykologi som går utöver den som doktorer i allmänhet behöver i sin praktik... eller? Svåra frågor som väl tål att diskuteras.

Hur ser du på psykiatrins psykologi i allmänhet och dess roll i din psykiatriska praktik i synnerhet?

Tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Tack för fyra fantastiska år!

Visst går tiden fort när man har roligt. När jag skriver detta har jag mindre än fyra veckor kvar som ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen. I denna min sista ledare i SP vill jag blicka bakåt för att se vad vi i SPF åstadkommit under denna tid men också vad jag tänker ligger framför oss. "Vi" är alla medlemmar och i synnerhet mina kamrater i styrelsen.

Ett axplock av vad som hänt:

- Vi har fortsatt utveckla Svenska Psykiatrikongressen till det största tillfället till psykiatrisk fortbildning i Sverige. 2007, när min företrädare som ordf. i SPF konstaterade att vi måste utveckla de dåvarande mötena, var vi ca 60 betalande medlemmar. 2008, när vi lanserade konceptet SPK, var vi över 200, 2012 över 600. Blir vi 700 i år?
- Vår tidning, Svensk Psykiatri, har vuxit i format och innehåll och blivit mycket uppskattad.
- Vi har hittat nya arenor att presentera psykiatrin för politiken och allmänheten; Almedalen och Bok- och Biblioteksmässan. Ofta har detta skett i samarbete med barn- och ungdoms- och rättspsykiatriska föreningarna och NSPH.
- Vi har närvarat på Riksstämman, under dessa år med både egen monter och föreläsningar. Nu går Riksstämman in i ett nytt skede med byte av lokal och färre dagar. Hur SPF skall förhålla sig till detta är i skrivande stund ännu inte fullt ut klarlagt. Planeringen för riksstämmosymposierna är dock i full gång.
- Vi har börjat uppmärksamma både World Mental Health Day 10 oktober samt Suicidpreventiva dagen 10 september.
- Vi har arbetat vidare i det nordiska samarbetet med Joint Committee. I september 2009 gick den nordiska psykiatrikongressen i Stockholm. Den blev en succé, både vetenskapligt, i antalet deltagare och ekonomiskt. Antalet medlemsländer i JC har gått från 5 till 8. Under åren har ytterligare en gemensam nordisk tidning "fötts" och genom samarbete med Royal College of Psychiatry har SPF:s medlemmar fått tillgång till ett fantastiskt fortbildningsverktyg; CPD-on-line.
- Vi har haft förmånen att få vara med och utforma SK-kurser för ST-läkare i psykiatri i projektet METIS som totalt fått 36 miljoner i stöd. Antalet kurser har kraftigt ökat, anpassats efter den nya målbeskrivningen och anammat ny och modern pedagogik.

**Lise-Lotte
Risö Bergerlind**

ORDFÖRANDE
LEDARE SPF



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lena Flyckt

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jussi Jokinen

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Kerstin Lindell (lindell@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

- Antalet ST-läkare inom psykiatri har ökat kraftigt, kanske en följd av METIS-satsningen?
- SPF:s tidigare ST-sektion har blivit självständig förening; Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri; SLUP. Där "samsas" ST-läkare i alla de tre psykiatriska specialiteterna. Samarbetet mellan SPF och SLUP är ömsesidigt givande och fruktbart.

Men vad står då framför psykiatrin i Sverige?

Brist på psykiater och psykiatrisjuksköterskor!

I Socialstyrelsens planeringsunderlag visar det sig att antalet psykiatri-ssk minskat med 22 %. År 2025 kommer det fortfarande fattas 28 % psykiatrer i Sverige, trots att antalet ST-läkare ökat kraftigt. Orsaken är att kommande pensionsavgångar är mycket stort och att rekryteringen till specialiteten under ett antal år var mycket lågt. Alltså måste SPF ihop med SLUP fortsätta att med ännu större intensitet visa på att specialiteten är attraktiv och få ännu fler unga läkare att välja psykiatri. AT-stämman är ett sådant tillfälle och i augusti 2013 arrangerar vi för första gången "Psykiatrisk Sommarskola" för de medicine studenter som läser utomlands.

Vi måste bidra till att leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens löfte till medborgarna: "**god vård på lika villkor**". Där kan SPF:s roll vara att bidra i ännu högre utsträckning till att sprida och snabbt implementera evidensbaserade arbetsmetoder så att befolkningen, oavsett var man bor, kan få tillgång till detta. För att kunna veta det behöver vi, på samma sätt som den somatiska vården gjort, använda och utveckla våra kvalitetsregister. Genom att redovisa dessa uppföljningar i öppna jämförelser tror jag att vi kommer att få samma satsning på psykiatrin som detta lett till i den somatiska vården.

Förutsättningen för detta är nationella kunskapsdokument som ger oss gemensamma nationella utgångspunkter. Detta skall inte sättas i motsats till den individuellt utformade goda vården.

Vi måste satsa ytterligare på **forskning** inom det psykiatriska området. Där måste SPF fortsätta att i olika sammanhang lyfta fram det som gjorts och görs och verka för ytterligare förbättringar.

Med dessa rader vill jag tacka för dessa år! Tack för ni gett mig förtroendet att leda föreningen, tack för ert engagemang, stöd och uppmuntran! Det har varit oerhört lärorikt, utmanande, stimulerande och roligt. Inte långtråkigt en minut...Jag kommer att sakna det men samtidigt känna en lättnad över att inte varje dag (läs kväll/natt) året runt behöva känna ansvaret. För det har jag gjort. Något som är så viktigt som att ha mottot; "... den svenska psykiatris ändamålsenliga utveckling" (ur SPF:s stadgar § 2) sköter man inte med vänsterhanden.

Jag önskar den nya ordföranden och styrelsen lycka till i det viktiga arbetet framåt!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Varmt välkommen!
Münchenbryggeriet
Stockholm



**Svenska
Psykiatrikongressen**
13-15 mars 2013



13-15 mars
Münchenbryggeriet

13 mars
Många

14 mars
Middag

Program och anmälan: www.svenskpsykiatri.se



Hallå! Vem pratar du med egentligen?

Jag liksom många andra lyssnade på radions dokumentär "Den fastspända flickan". Det väckte många tankar och känslor. Hur bemöter vi människor som söker hjälp och framför allt hur bemöter vi människor som vårdas med tvång? Bemöter vi dem som människor eller diagnoser? Behandlingen styrs ju mycket av vilken diagnos som patienten har. I ett inslag i dokumentären säger läkaren till patienten att hon har diagnosen emotionell personlighetsstörning och han menar att hon uppfyller kriterierna för denna diagnos. Hans sätt att sedan bemöta henne styrs, som jag ser det, mycket av detta. Han säger "vi skall inte lyssna på den emotionella biten". En hållning som säkert är rätt men som samtidigt blir så fel då han inte lyssnar på patientens önskemål. Han tar inte heller ställning till att hon också kan uppfylla kriterierna för andra diagnoser som posttraumatiskt stressyndrom eller ADHD, som hon sedan får.

Att tänka i kategorier och diagnostisera är ju basalt och utgör grunden för behandling men exemplet visar på två svårigheter. Den ena svårigheten är osäkerheten i diagnostiken. De svåraste diagnoserna som egentlig depression, bipolär sjukdom typ 1, anorexi och schizofreni är stabila diagnoser och relativt lätta att ställa. Diagnoser som emotionell personlighetsstörning, ADHD och posttraumatiskt stressyndrom är betydligt svårare och är mer beroende på hur man värderar olika kriterier. Den andra svårigheten är att det finns risk att förtingliga patienten. Att ha en diagnos kan ge många fördelar och personen kan få bättre förståelse för sitt beteende men att ha en diagnos är inte samma sak som att vara sin diagnos. Jag hör ibland barn som när de inte tycker att de tas på allvar säga "Det var jag som blev arg, inte min ADHD". Slutsatsen måste vara, tänk på diagnos men prata med patienten som en människa med svårigheter, tillgångar och egna idéer.

När jag lyssnade på radiodokumentären tänkte jag på att "Nora" kanske varit på BUP och intagen på SiS- eller HVB-hem innan hon fyllde 18 år. Jag vet inte om det gällde "Nora" men det finns många ungdomar som är omhändertagna enligt LVU. Man vet att många av dessa har psykiatriska svårigheter.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Åsa Borg (asa.borg@sl.se)
Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge
Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Christian Lindberg (christian.lindberg@lio.se)

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

Vilken psykiatrisk hjälp får dessa ungdomar? Ibland är det kanske först när de kommer till ett behandlingshem som man får chansen att utreda och behandla. Det borde vara en absolut hjärtesak att vi inom BUP engagerar oss och samarbetar med SiS- eller HVB-hemmen. Socialdepartementet och SKL ville nu stimulera oss att skriva SIP d.v.s. samlad individuell plan för varje ungdom som behöver hjälp av både barnpsykiatri och socialtjänsten. Detta är ett steg i rätt riktning. I Uppsala har man ett team från både socialtjänsten och barnpsykiatri som arbetar tillsammans med ungdomar där man överväger placering. De måste ha kontakt med teamet i tre månader innan man beslutar om att omhänderta den unge. Teamet har inga lokaler utan arbetar framförallt i hemmen. Verksamheten har utvärderats och gett ett gott resultat. Kanske är det något att ta efter.

Ibland hör man saker som får en att ifrågasätta det som man alltid tänkt. I radions vetenskapsprogram presenterades nyligen en studie på små barn 1-3 år gamla. I en grupp berömde man barnen för det de gjorde och i den andra gruppen berömde man barnen för den de var. Efter 5 år utvärderade man och såg att den gruppen som berömdes för vad de gjorde var mer förändringsbenägna och beredda att ta sig an svåra uppgifter. Jag har alltid lärt mig att man skall berömma barnet i första hand för vad det är och inte för vad barnet gjort. När vi satt och småpratade vid lunchen sa en av läkarna att det är ju som vid terapi. Tidigare skulle man bekräfta patienten, nu skall man fokusera på vad han/hon gör, det kallas KBT. Det kanske är en trend?

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Tre ben

Sedan jag började som studierektor i rättspsykiatri vänder jag varje vecka in och ut på Socialstyrelsens målbeskrivning tillsammans med våra ST. Uppfyller det här seminariet om missbruksvanor hos ungdomar kravet på att ha kunskap om avvikande och normal utveckling i barn- och ungdomsåren avseende norm och lagöverträdelser? Spelar det verkligen någon roll om det är Länsklinik eller Regionklinik som man randar sig på?

Ibland känns det som att man slår in runda spikar i fyrkantiga hål. Jag försöker dock alltid minnas arbetet med att ta fram målbeskrivningen. Först var jag junior i SRPF:s utbildningsutskott och lyssnade på hur mina erfarna kollegor resonerade kring målen. Jag minns att det var flera möten kring ett kort stycke text om vad rättspsykiatri egentligen är, som tog flera dagar att komma fram till. En äldre kollega talade till exempel alltid om rättspsykiatrins tre ben (rättspsykiatrisk vård, rättspsykiatrisk utredning och kriminalvård) och än idag kan jag se honom framför mig, gestikulerandes om de tre benen.

Så småningom blev jag ordförande i utskottet och ansvarade för att SRPF:s rekommendationer kom iväg och så tänkte jag nog inte så mycket på det där med benen. Men idag tänker jag mycket på kollegan och hans tre ben. En ny målbeskrivning blir ju faktiskt en omdefiniering av hela specialiteten. Rättspsykiatri är en grenspecialitet till psykiatri och det som står i vår målbeskrivning är det som skiljer oss från psykiatri, det som utgör vår unika kunskap och sätter ord på vår yrkeserfarenhet.

Vi är nu i färd med att skapa de fyra rättspsykiatriska specialistkurserna (i juridik, kriminologi, kriminalvårdskunskap, riskbedömning), skraddarsydd för just våra ST-läkare, med fokus på hög vetenskaplig, klinisk och pedagogisk kvalitet med hänsyn till rådande strama ekonomiska förhållanden. Jag finner att jag upprepar målbeskrivningens definition av rättspsykiatri så gott som dagligen till mina klienter, Socialdepartementet, journalister, randande ST, Socialstyrelsen, Kriminalvårdsinspektörer, bordsgrannen på fyrtioårsfesten. När jag och mina ST-läkare sitter och sliter vårt hår över om det ena eller det andra seminariet uppfyller målbeskrivningen, så hjälper tanken på mina företrädare som ingående diskuterat de tre benen mig att ha tålamod.



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Harald Nilsson

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

Ledamöter: Klas Attrell, Sara Bromander, Per-Axel Karlsson, Eva Lindström, Anna-Karin Svensson,

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

De har lärt mig att rättspsykiatri är en liten grenspecialitet med få patienter men en viktig uppgift. Att ta pulsen på hur utredning/vård av dem som hamnat längst utanför samhället (de psykiskt störda lagöverträdarna) bedrivs i en rättsstat torde vara ett bra screeninginstrument för demokratins hälsotillstånd. Den lilla specialiteten rättspsykiatri har ett stort samhällsansvar och det är detta professionen, genom målbeskrivningen, vill rusta sina ST-läkare för, och det sker genom ett seminarium om missbrukande ungdomar i taget.

Kristina Sygel
Ordförande SRPF



Annons

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2013

NUMMER 2 2013

Tema: Psykiatrins psykologi

Deadline 15 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2013

Tema: Ej bestämt

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2013

Tema: Ej bestämt

Deadline 13 november

Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex.

Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

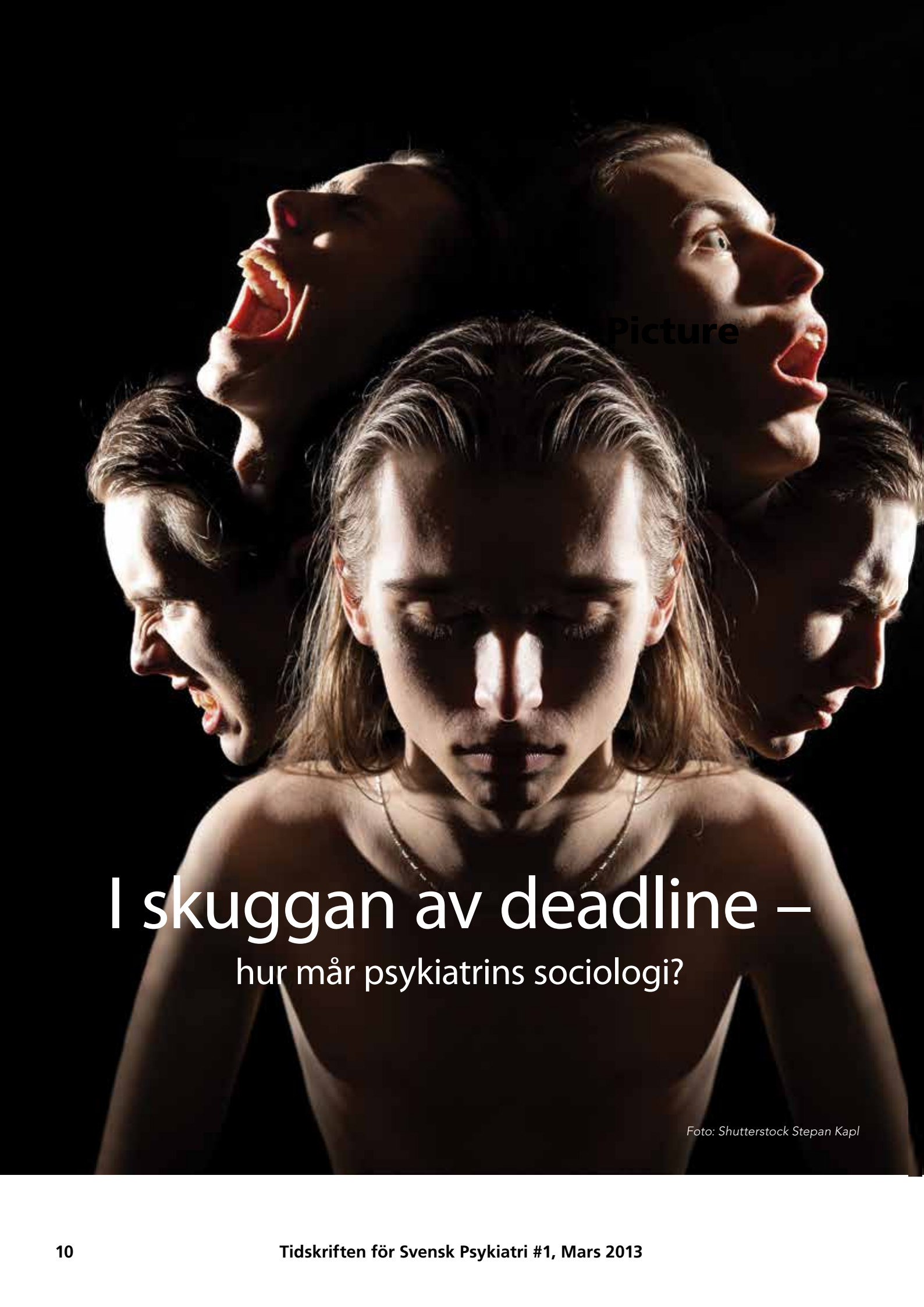
Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15 maj**





Picture

I skuggan av deadline – hur mår psykiatrins sociologi?

Foto: Shutterstock Stepan Kapl

Öppnar min mail och finner följande meddelande från tidskriftens redaktör:

Godmorgon kamrater! Har insett att vi inte har jättemånga bidrag på temat Psykiatrins sociologi! Några, men inte många alls. Så om ni skulle hitta på något att skriva om, om än aldrig så kort, så mottages det med stor tacksamhet! Senast imorgon behöver jag få det!

Det är inte ofta vi i redaktionskommittén får meddelande från redaktören under pågående redigering av ett nummer av Svensk psykiatri. Visst är det så att de teman som lanserats under åren har väckt mycket olika genklang hos läskretsen, i meningen genererat bidrag till numret.

Vad kan man då tänka om detta? Vad är sociologi – enligt NE "läran om samhället". Har vi tappat intresset för psykiatri i samhället, är perspektivet för komplicerat för att orka tänka, eller...? Skulle samhällseliga faktorer och fenomen ha mindre betydelse för utvecklingen av psykiatrisk kunskap, psykiatrins organisation eller för utvecklingen av patienters lidande och problembilder – knappast!

Ingen tydlig övergripande polarisering finns att tänka inom just nu. Kommunismen som förverkligande av marxistisk teori har diskvalificerat sig och begått suicid, kapitalismen har tolkningsföretade och socialismen för en relativt tynande tillvaro inom dess ramar, politik som baseras på tankar om "sustainable community" har ännu inte fått ordentligt fäste. Det är konkurrens, tillväxt och konsumtion som gäller.

Innan denna polarisering kollapsade fanns ett tänkande kring samhället inom psykiatri. Man utgick ifrån att av alla krafter vars samverkan bidrog till att en människa fick psykiatriska problem, fanns också alltid en komponent som sammanhörde med hur samhället var organiserat. Den psykiatriska symtomatologin pekade sålunda mot samhällselig dysfunktion. I princip betydde det att varje behandling som eliminerade psykiatriska symtom också bidrog till att täcka över och dölja en destruktiv kraft på den samhällseliga nivån.

Såvitt jag förstår är resonemanget fortfarande hållbart även om resonemanget i efterhand kan tyckas enkelspårigt då individuella faktorer gavs ringa betydelse i ljuset av ideologiskt jämlikhetsperspektiv.

Dessutom är det ju avgörande i ljuset av vilken referensram de samhällseliga tillkortakommandena skulle analyseras och förstås. Psykiatri upplevdes i alla händelser som en i princip samhällsförändrande kraft med all den energi - och självkänsla - som det perspektivet gav.

Detta perspektiv togs också tillvara i etablerandet av alternativa mottagningar där ett klassperspektiv integrerades i förståelsen av uppkomsten av psykiatrisk symtomatologi hos den enskilda patienten. Patienten skulle förstå sin problematik också i ljuset av sin klasstillhörighet. Ett problem tycktes dock vara att detta egentligen krävde att patienten själv redan hade klasstillhörigheten som en manifest eller potentiell aspekt av sin identitet, annars handlade det mer om behandlarens insikt/tolkning.

Det samhällseliga perspektiv på psykiatri och det ansvar som detta medförde tycks helt ha bleknat bort. Visst finns faktorer som påverkar utvecklingen av psykiska symtom utöver de genetiska. De finns samlade som riskfaktorer. För barn och ungdomar blir föräldrars störningar riskfaktorer: missbruk, psykisk sjukdom, kriminalitet. Men dessa slår inte igenom om de inte medför att barnen far illa och deras behov negligeras. Utomfamiljära faktorer som mobbning, destruktiva skolmiljöer och destruktiv gängbildning tillkommer.

De övergripande faktorer i samhället som i sin tur kan bidra till dessa riskfaktorer ligger inte inom psykiatrins ansvarsområde, vilket är en sak. Men tycks heller inte ligga inom dess intresseområde. Därmed inte sagt att inte enskilda psykiatriker kan vara intresserade – och bekymrade. Det är ju inte så att övergripande samhällseliga faktorer inte skulle påverka psykiatri. Såväl psykiatriskt tänkande som organisation är "marinerade" i influensen från dessa faktorer – liksom patienternas liv och symtomatologi. Men finns ingen politisk kraft som kan ge tillräckligt med vind i seglen. Jag erinrar mig ett yttrande som ska ha tillskrivits Arnold Ljungdahl "understundom måste revolutionens fana bäras hoprullad".

Vi får väl vänta på att en sådan politisk kraft växer fram och vidgar perspektivet i den psykiatriska förståelsen av vilken värld vi lever i. Under tiden kan vi fokusera på hjärnan, den gillar att leka med sig själv. Det ger kanske mer just nu än att försöka skaka liv i ett övergripande samhällsperspektiv inom psykiatri. I en tidskrift av Svensk Psykiatri karaktär kommer alltid centrala teman att så småningom återkomma. Det får nog dröja innan temat Psykiatrins sociologi åter blir aktuellt, men man vet ju aldrig...

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

REVA och psykiatri

Egentligen skrev jag en text där jag försökte fundera på de olika politiska strömningar som passerat Sverige under de senaste 60 åren. Jag hade en bärande tanke som ungefär handlar om att de sokratiska målen; att lindra, trösta och kanske bota, kanske inte kan nås bättre oavsett vilket system som råder. Tanken att alla system når vissa patienter men inte alla, kanske stämmer. Kanske leder alla system på något sätt till synfälsbortfall eller skotom så att bara de perspektiv som ideologin framhäver syns. Från utsidan syns bristerna och från insidan syns styrkorna. Den text som jag nyss höll på med roterade kring just detta, när har patienterna fått bäst vård? Har patienter fått bättre vård under någon särskild period eller har olika grupper försummats vid olika tillfällen? Från storsjukhusen via sektorisering och socialpsykiatriska principer till den nuvarande "privatiseringsvågen" har man gjort på olika sätt, syftet har troligen i varje läge varit att göra gott för många.

Under mina år som vårdarbetare inom landstinget – från tiden som sjukvårdsbiträde som sextonåring till tiden då jag var medicinskt ansvarig chef för en psykiatrisk öppenvårdsavdelning – fanns det somligt som jag i efterhand kan se som stora problem kopplade till systemet. Det har framför allt handlat om den rigida byråkrati som reglerade vården. Efter landstingsåren har jag dels jobbat helt privat och dels varit anställd till viss del av en barnpsykiatrisk privat aktör. Jag har fått vara med om en strukturutveckling där ett litet företag vuxit och sett hur en allt större reglering krävts, i kraft av verksamhetens storlek.

Jag har sett fördelar i landstingsvården och jag har sett andra fördelar hos den privata vårdgivaren. Jag vet att somliga vanliga mottagningar fungerar fantastiskt väl och att andra faktiskt varit riktigt dåliga på ett eller flera sätt. Kanske tycker jag att landstingets vård vid en jämförelse är förloraren, fler patienter har fått vård hos den privata vårdgivaren, och de har också fått komma för ett första besök väldigt snabbt.

När nu flera mottagningar i Stockholmsområdet lagts ut för anbud har det kommit att politiseras på ett sätt som jag inte tror är verklighetsnära. Det är extremt osannolikt att patienterna kommer att få det sämre hos en vårdgivare som prioriterar snabb kontakt och noggrannhet. Självklart kommer somligt förloras men på det hela taget kan det inte bli sämre. Annorlunda, men inte med nödvändighet sämre. Jag avstår i den här diskussionen från den debatt om vinstperspektivet som också förs. Kvaliteten på vården är det viktigaste för våra patienter. Vilken vård som erbjuds och till vem, hur patienterna bemöts och respekteras, är och måste vara det viktigaste.

I takt med att samhället förändras kommer de sokratiska orden om tröst, lindring och bot tillämpas på olika sätt. Givet att verksamheter leds av personer som kan något om sjukvård kan man räkna med att vårdprinciper följs oavsett förvaltningsform. Riskkapitalfinansierade vårdbolag kan ha lägre kvalitetskrav eftersom avkastningskravet där kan vara mer uttalat. Men eftersom även landstingsdrivna mottagningar ibland haft stor mängd missnöjda patienter och ineffektiv vård, trots att inga vinstkrav funnits räcker inte ägandeformen som förklaring till kvalitetsfall. Det finns ett så väldigt stort behov av god vård som bedrivs på olika sätt eftersom vi människor är så olika. De ideologiska skiften som uppstår kommer ovillkorligen påverka. När förändringarna dyker upp blir man rädd att förlora det värdefulla som man själv byggt upp. Rädslan för förändringar känner vi ibland till som ett ångestsymtom som vi antar att man kommer åt om man exponeras för det man är rädd för.

Det här hade jag tänkt skriva om men numrets tema "psykiatrins sociologi" är dock mycket viktigare än så. Under den senaste tiden har polisen i Sverige fått ett nytt verktyg, REVA (rättssäkert och effektivt verkställighetsarbete) som är oerhörd i sin grovhet. Polisen i Sverige ges rätten att kontrollera identitet och passhandlingar hos alla människor som de antar kan vara i landet utan tillstånd. Detta för att "effektivt verkställa" avvisningar. Man gör det dessutom i anslutning till att personerna möter biljettkontroller i tunnelbanan, eller i andra sammanhang som skapar en situation där polisen utnyttjar möjligheten att göra identitetskontroll. Det är extremt konstigt att något sådant kan ske i Sverige och att det sker utan större debatt.

Psykiatrin har under lång tid periodvis mött patienter med skräck för att avvisas, ibland har skräcken lett till självmordshandlingar, ibland till annat. Nu vet jag att delar av läsekreten tänker att det ingår i förutsättningarna att människor som inte beviljas uppehållstillstånd måste godta detta och lämna landet fredligt. De invändningar som kan resas mot mitt resonemang kan ha olika färger, inte bara rent rasistiska och främlingsfientliga men även rasistiska och främlingsfientliga.

Med våra kunskaper om trauma, skräck och psykiska tillstånd är det fullt möjligt att förstå att den nuvarande principen är livsfarlig. Dels mobiliserar den en situation där "etniska svenskar" (för att tala med Reinfeldt) i trygghet kan vistas på samma perrong, i samma tunnelbanevagn och i samma rulltrappa som "dom andra" utan att behöva fästa något avseende vid "dom andra", som måste se sig om över axeln hela tiden. Det fjärmandet mellan Oss och Dom är extremt farligt för ett land. Principen gör också att de personer som ser tillräckligt utländska ut måste acceptera att bli särbehandlade, att en person som ser "felaktig" ut måste vänja sig vid att ha sitt pass i väskan. Historien är full med länder som praktiserat denna sorts aggressiva politik, skadorna är ovedersägliga.

Det kan inte passera okommenterat. När medborgare och icke-medborgare behandlas på det här sättet så skapar det en paranoid samhällssituation. Det är fullständigt oacceptabelt, eller vad säger ni? Jag tror det vore väldigt värdefullt om psykiaterkåren engagerar sig för denna fråga och bidrar i kören som försöker få politikerna att stoppa detta vansinne.

Jag tar återigen hjälp av Nelly Sachs som uttolkare av skräcken och som ger oss en annan uppmaning:

Kommer det någon
fjärranfrån
med ett tungomål
som kanhända riglar
ljuden
med stoets gnäggande
eller med koltrastungens
pipande
eller
också som en gnisslande såg
skärande sönder allt som är nära –
Kommer det någon
fjärranfrån
med hundens rörelseart
eller
kanske rättans
och det är vinter
så kläd honom varmt –
kan väl också hända
han har eld under sulan
(kanske han red
en meteor)
så förebrå honom inte
om din mattas brännhål skriar –
En främling bär alltid
sitt hemland på armen
likt ett föräldralöst barn
åt vilket han kanske
blott söker en grav.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Vad ska psykiatrin med kunskap om samhället till?

När jag tidigare undervisat om vad psykiatri är har jag ofta gjort liknelsen med en kamera, där man kan byta objektiv. Det är själva psykiatrins väsen, har jag sagt, att vi hela tiden vinner kunskap genom att röra oss mellan förståelsenivåerna, från det intracellulära, till det intrapsykiska, till det interpersonella, till familj, grupp och samhälle. Det är ett av skälen att arbeta i multiprofessionella team, där olika yrkesgrupper bidrar med sitt perspektiv i bedömningen.

Nyligen hände något som fick mig att undra om jag skulle kunna säga samma sak idag utan att känna mig fundamentalt oärlig. Inte för att jag ändrat ståndpunkt utan därför att klyftan mellan vad jag och många andra tycker att psykiatrin borde vara och vad den har utvecklats till har blivit för djup.

Det var i en konsultation kring ett enskilt patientärende med en hel personalgrupp. Vi hade tillsammans lagt pusslet kring patientens livshistoria, sociala stressorer, kulturella aspekter, aktuella symtombild och nätverksresurser. En rikt nyanserad bild hade vuxit fram. Då suckade en i personalen uppgivet:

- Vad ska vi göra med all den här informationen, vi arbetar ju i psykiatrin.

Något har hänt, det är vi nog många som konstaterat. Det handlar inte framförallt om en konflikt mellan mer biologiska kontra psykologiska, sociala aspekter på människans psyke. Det handlar kanske lika mycket om en omorganisering av vården i riktning mot produktivitetstänkande och fragmentering av helhetsbilden av patienten och hennes nätverk.

Synen på psykiatrins uppdrag tenderar att snävas in och kunskaper om samhälleliga förhållanden blir överflödiga. Det paradoxala är att samtidigt sker det en kunskapsutveckling på angelägna områden som tvärtom skulle kunna stärka insikten om att vi behöver det sociala perspektivet för vårt arbete.

Ny kunskap om psykos och migration

Ett sådant område är forskningen om psykos och migration. Sedan flera årtionden har studier i olika europeiska länder visat en ökad incidens för schizofreni och andra psykosor i invandrargrupper. I en metaanalys fann Cantor-Graae och Selten (1) en relativ risk på 2,7 att utveckla schizofreni bland första generationens invandrare och på 4,5 bland andra generationens invandrare.

Skillnaderna har inte gått att förklara med selektiv migration, biologiska faktorer som genetik, virusinfektioner, vitaminbrist eller förlossningsskador. Några forskare menar dock att droganvändning kan vara en faktor som bidrar till skillnaden (2).

Fynden har väckt debatten om psykosociala faktorer roll för att orsaka eller utlösa psykos. Samband har konstaterats med långvarig separation från föräldrarna i barndomen, social isolering, arbetslöshet och svikna förhoppningar på arbetsmarknaden (3-6).

Diskriminering har förts fram som en möjlig riskfaktor för psykos. Två studier har visat ökad risk för invandrare i London att utveckla psykos om de bodde i ett «vitare» område (7-8). Cantor-Graae och Selten (1) har fört fram teorin om «sociala nederlag» som utlösande eller orsaksfaktor till psykosinsjuknande.

Studierna visar på behovet av folkhälsoarbete för att motverka till exempel diskriminering. Men kan skillnaderna också vara mer direkt relaterade till vårdens bemötande?

Studier från Storbritannien och USA (9-11) har visat att etniska minoritetsgrupper med psykos får annorlunda psykiatrisk behandling än patienter från den vita majoritetsbefolkningen. Individer från minoritetsgrupper tvångsvårdas oftare, förs oftare till sjukhus av polis, får högre doser av medicin, färre stödsamtal och remitteras mindre ofta för psykoterapi.

Det är möjligt att sådana skillnader i vårdens omedelbara bemötande och behandling skulle kunna påverka hjälpsökandebeteende, och bidra till att invandrare söker vård först i ett senare, allvarigare stadium av sjukdomen.

Måste diagnosen kulturanpassas?

Andra forskare ifrågasätter den ökade incidensen och hävdar att fynden kan bero på feldiagnostik. I Nederländerna har forskare studerat marockanska patienter, en av de grupper där man i andra studier funnit ökad incidens av psykos. De fann att när de genomförde en kulturanpassad diagnostisk intervju försvann skillnaderna i incidens mellan grupperna i hög grad. Många fick diagnos depression med eller utan psykotiska drag istället (12-14).

Forskarna påpekar att i en del kulturer kan att höra röster eller se anhörigas ansikten vara vanligt och ej nödvändigtvis patologiskt. Det kan kopplas till emotionella problem och knytas till övernaturliga händelser. I delar av Afrika, Mellanöstern, Asien är det vanligt att gå in i trans i samband med ritualer och det anses öka benägenheten för dissociativa tillstånd. Ord för psykisk ohälsa kan saknas eller vara stigmatiserade på patientens modersmål.

Med andra ord, vi behöver intressera oss för och utforska sociala, kulturella och kontextuella faktorer för att kunna möta, bedöma och behandla patienten med psykos.

Ett sätt att göra det skulle kunna vara att följa DSM-IV:s rekommendationer om att förankra diagnoser i en kulturformulering, det vill säga att utforska personens kulturella identitet, språkliga uttryck för psykiskt lidande, sjukdomstolkningar och uppfattningar om vård och hjälpsökande beteende (15). Intervjuguiden för en sådan kulturformulering har tagits fram på olika språk, bland annat svenska (16). Det mesta tyder på att utforskandet av kulturella aspekter kommer att få en större plats i kommande DSM-5.

Det ska inte förstås som införandet av ännu en checklista bland alla dem psykiatrins vårdgivare har att välja bland, utan som ett sätt att återföra perspektivet på samhälle och kontext dit där det hör hemma – i det psykiatriska samtalet.

Ett ökat sådant intresse skulle vara till hjälp inte bara för personer med migrationsbakgrund, utan för alla våra patienter och för psykiatrins överlevnad som en tvärdisciplinär verksamhet.

Maria Sundvall
Överläkare
Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting

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

Psykiatri och samhälle

”Psykiatern - en samhällsaktör! Bli en bättre psykiater med samhällsperspektiv och kunskap om socialpsykiatriska metoder för att främja psykisk hälsa och träna dig i att delta i den offentliga debatten.”

Citatet är hämtat ut kursbeskrivningen för METIS-kursen Psykiatri och samhälle. Som examinationsuppgift får kursdeltagarna skriva en debattartikel. Vår redaktion har fått förmånen att ta del av några av dessa artiklar, och vi publicerar här två av dem, skrivna av Nikolaos Noussis och Isidora Bubak.

Vi hoppas kunna få publicera fler debattartiklar från kursdeltagarna i kommande nummer!

Tove Gunnarsson
Redaktör SP

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15 maj**

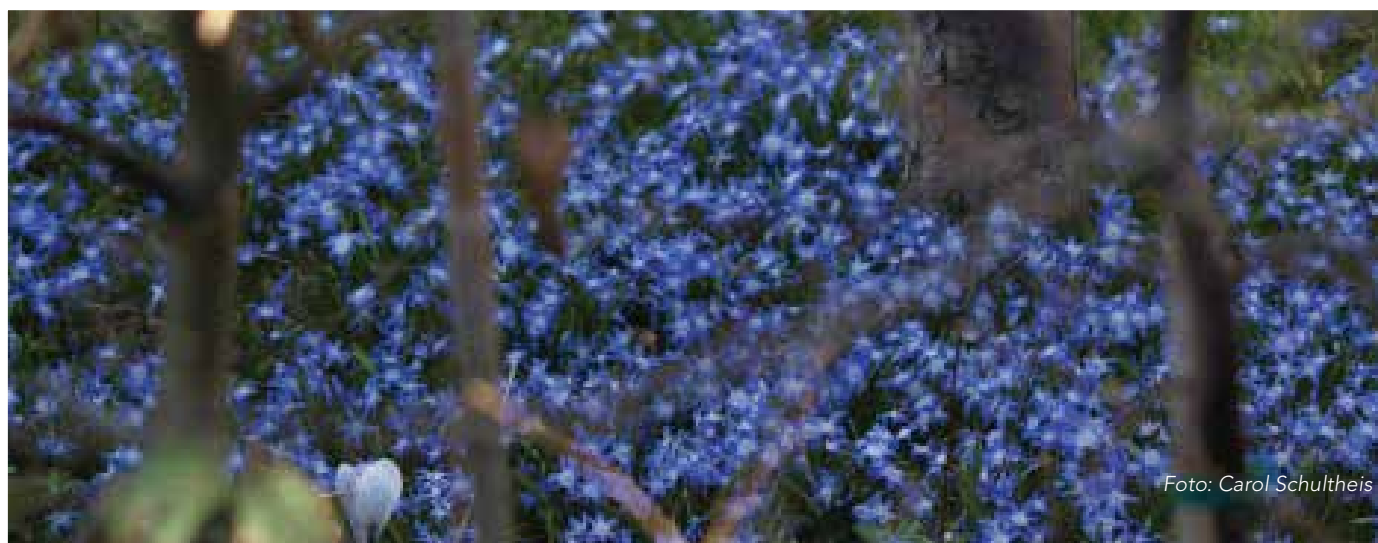


Foto: Carol Schultheis

Reformera från grunden!

Den 23 mars 2012 kunde man i Dagens Nyheter läsa oroande uppgifter om Socialtjänstens insatser i omhändertagandet av barn som far illa. ("Barn som utsatts för våld får dålig hjälp av Socialtjänsten" av Emma Löfgren). I artikeln presenterades Barnombudsmannens årsrapport, som detta år var fokuserad på att undersöka just barn och ungdomar som blivit utsatta för våld.

Barnombudsmannen, Fredrik Malmberg, beskriver i sin rapport barnens egna redogörelser om hjälpen de fick. Man har nämligen djupintervjuat 34 unga i åldrarna 7 till 26 år, om deras erfarenheter av de olika insatserna i samband med att de blivit utsatta för våld. Man har, med andra ord, i denna rapport anlitat ungdomarna som experter för att ta reda på vad som har fungerat för dem, när de behövde hjälp. Den alarmerande gemensamma nämnaren i deras berättelser var Socialtjänstens frånvaro. Barnombudsmannen föreslår, på basis av denna undersökning, radikala förändringar i Socialtjänstens arbete. I ljuset av det dystra betyg som Socialtjänsten fick av barnen själva, kan man inte annat än att oroa sig över hur hela systemet, inte minst anmälningshanteringen, ser ut idag. Vi har fått ökade krav på hälso- och sjukvården att sätta barnens behov i fokus och man har intensifierat arbetet kring omhändertagandet av barn till våra patienter. Min erfarenhet som ST-läkare gör att jag måste instämma med åsikten att även Socialtjänsten behöver ändra på en del i sitt arbetssätt. Alla barn har rätt till att växa upp i en trygg miljö. I Sverige har man lagstadgat denna grundläggande rättighet bland annat genom att uppmana att alla "som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden".

Denna möjlighet är reglerad i Socialtjänstlagen (2001:453) och dess kapitel 14 som handlar om anmälan om, och avhjälpande av missförhållanden m.m. Vidare; samtliga "myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdomar är skyldiga till att genast anmäla misstankar" om att barn far illa. Anmälningsplikt åligger en del andra myndigheter, och även anställda inom hälso- och sjukvården. Vad händer när vi har gjort anmälan? Hur får jag som anmälare bekräftelse att barnet i fråga får adekvat hjälp, och tas hand om på lämpligt sätt?

Hur kan man känna sig trygg att anmälan leder till att barnet får trygghet? Kommunikationen mellan den som anmäler och anställda inom Socialtjänsten är oftast enkelriktad. Detta lämnar stort utrymme för oro hos anmälaren, inte minst när man via media, får veta att utfallet av anmälan blir underkänt.

Svårt sjuka människor är också ibland föräldrar, eller på annat sätt ansvariga för barn. Som läkare är vi skyldiga att ta hand om såväl våra patienter, vars sjukdom ofta är själva anledning till anmälan, men även säkerställa att barn som berörs får hjälp. Man är tvungen att informera patienten i fråga att anmälan görs, och att förhoppningsvis kunna motivera detta genom att förklara att barnen kommer att få adekvat hjälp. Inkoppling av sociala myndigheter gör att många patienter upplever stor oro. Dessutom är allians mellan patienten och läkaren i dessa situationer svår att etablera. Denna anmälningsplikt är för de flesta en självklarhet trots att anmälan inte sällan är ett känsligt ämne i våra samtal med patienterna. Det som gör att man känner trygghet som anmälande läkare är att anmälan och dess effekt på barnens välbefinnande har önskad verkan. Med tanke på vad som framgick i Barnombudsmannens årsrapport blir denna uppgift mycket mer komplicerad och ångestframkallande. Tyvärr får varken jag eller andra anmälare någon form av information om Socialnämndens agerande i det anmälda ärendet. Om man själv försöker ta reda på detta, får man oftast vaga eller inga svar alls. Socialnämnden har tystnadsplikt, som vi inom hälso- och sjukvården är vana vid. Trots denna självklara förutsättning har man behov av att få information om hur barnen blev omhändertagna.

Sammanfattningsvis måste ansvariga politiker inom Socialdepartementet verka för ökad transparens mellan Socialtjänst och anmälande myndigheter/institutioner. Samarbetet mellan myndigheter som är skyldiga att anmäla enligt Socialtjänstlagen kap 14 och de som ansvarar för utförandet av denna, kan och bör förbättras, och sekretesslagen får inte vara till hinder. Granskning av insatser måste vara möjligt för att alla ska bli bättre på det som lagen avser, nämligen barnens bästa.

Isidora Bubak

ST läkare

Norra Stockholms Psykiatri

Patienter med schizofreni "slåss" för vård

Lördag morgon kl. 04.20 och det ringer på min journalsökare. Medicinjouren har fått in en patient med bröstsmärtor. Läkaren kan inte hitta något avvikande i undersökningen, men har noterat att patienten har en schizofreni som diagnos, dokumenterad sedan tidigare, med etablerad psykiatrisk kontakt. Hon ber mig om en psykiatrisk bedömning vad gäller patientens schizofreni och huruvida denne är stabil i dagsläget. Förutom att patienten har vanföreställningar på medicinakuten, finns det inget annat avvikande psykiatriskt i det läget. Hon är rädd att skicka hem honom och behöver en psykiatrisk bedömning.

Detta är en vanlig bild av hur patienter med schizofreni blir behandlade inom den somatiska vården. Patienter som söker för allt från smärtor till infektioner och skador. Patienter som söker för något helt annat än deras schizofreni. Patienter som dock blir påmindare varenda gång de söker på sjukhus, att de måste bli bedömda av en psykiater för att en psykisk stabilitet kan verifieras. Hur ofta blir patienter med epilepsi bedömda av en neurolog när de söker för bröstsmärtor? Beställs det EEG efter att de har sökt för svullna underben? Likaså för alla somatiska patienter med kronisk sjukdom och inget aktuellt skov i den.

Självklart förekommer det patienter med schizofreni som söker medicinakuten för en somatisk åkomma men framstår så psykotiska och stökiga att psykiatrisk konsultation är nödvändig och även vårdintyg innan det.

Schizofreni är en allvarlig psykiatrisk sjukdom som har en kronisk karaktär där symtomen oftast är fullt definierbara och synliga. Dessa patienter kan ha vanföreställningar pågående, hallucinationer och paranoidea tankar dagligen. Har de en etablerad psykiatrisk kontakt med adekvat medicinering och behandling kan dessa patienter även arbeta under anpassade former, ha fritid och även söka vård för somatisk orsak. De är inte inlagda på psykiatrisk slutenvård konstant och behöver inte leva med rädslan att bli bedömda och inlagda på tvångsvård ifall de vägrar undersökningen och inläggningen. Vi pratar alltså om patienter som är stabila i sin sjukdom med kvarstående psykotiska symtom, som använder sin medicinering regelbundet och har kontinuerlig psykiatrisk uppföljning.

Faran med detta diskriminerande bemötande är att denna grupp av patienter inte lika ofta söker vård för sina somatiska besvär. Osäkerhet, om inte okunskap av personal inom de somatiska specialiteterna, leder till ökad stress och ångest hos dessa patienter. Något som i sin tur triggar igång psykotiska symtom och affekter. Vilket, i de flesta fall, slutar med en psykiatrisk konsultation som skulle kunna undvikas. Jag kan inte annat än hoppas att dessa patienter får likvärdig somatisk vård som icke schizofrena patienter, ändå finns det en del patienter som inte upplever det så. Jag har inga tillgängliga data på detta argument, varför jag låter det rinna ut i sanden med förhoppningen att en läkare följer Hippokrates visa råd. En sammanfattande blick över den psykiatriska journalen ger den information man behöver för att utesluta en akut försämring i schizofreni. Är patienten i sitt habitualtillstånd enligt senaste dokumenterade läkarbesöket? Tar patienten sina mediciner? Har patienten uteblivit från sina besök från psykiatriska öppenvården? Dessa är enkla frågor som måste ingå i den generella anamnesen innan man per automatik och i osäkerhetens anda, lyfter på luren och ber om en psykiatrisk bedömning. Patienten känner förtroende, blir inte lika tillbakadragen och kommer med stor sannolikhet att söka återigen utan rädsla för ny granskning och betygsättning av dennes sjukdom.

Det handlar alltså inte om insatser och resurser som psykiatrin inte vill hjälpa till med. Tvärtom, på grund av dessa fördomar samt okunskap kring schizofreni, ställer psykiatrin alltid upp med bedömningar för att i första hand hjälpa den enskilda patienten, och i andra hand för att lugna ner den jourhavande medicinjouren.

Söndag kväll, kl. 23.10, sökaren ringer. Infektionsjouren undrar om psykiatrin kan ta över en patient som behandlas med intravenös antibiotika för epidural abscess. "Vad är anledningen till överföringen " undrar jag, för att få svaret: "Ja, han har en schizofreni diagnos, och ... patienterna blir lite rädda för honom..." Patienten vårdas dock för en helt annan orsak. Men detta är en helt annan fråga. Eller kanske är det inte det. Var det inte fördomar vi pratade om?

Nikolaos Noussis
T.f. överläkare
Psykiatri Sydväst, Stockholm

Annons

Miljötänk



"Du är vad du äter" sägs det. Efter en tids arbete i den psykiatriska öppenvården är det lätt att lägga till att "du har var du bor". Det är lite tillspetsat, men man märker relativt snart att vissa bostadsområden är klart överrepresenterade i mottagningens statistik. Psykiatriska adresser kallade jag det och rättades prompt av en av mottagningens psykologer. Socioekonomiska adresser är en mer korrekt beskrivning. Varför ansamlas den psykiska ohälsan i utsatta områden? Är det den torftiga miljön som får folk att må dåligt? Dogge Doggelito i Latin Kings sa att allting i Stockholmsförorten Alby helt enkelt var ett snäpp sämre. Eller är det den psykiska ohälsan som gör att personen inte kommer till sin rätt i arbetslivet och därmed tvingas bo i ett billigare, och därmed socioekonomiskt mer utsatt, område?

Den etiologiska pendeln svänger hela tiden mellan arv och miljö i psykiatri. Det är i regel inte någons fel att en patient fått sin psykiska sjukdom. Den bästa av uppväxter kan dock främja den psykiska hälsan. I en liten finsk studie av adoptivbarn till biologiska mödrar med schizofreni skyddade en harmonisk uppväxtmiljö mot utveckling av schizofreni. Hur det än är med etiologin till psykisk sjukdom stämmer det som min ST-handledare Kaj Forslund sa: "Det blir så mycket bättre för patienterna om de har någon som tycker om dem".

En av de lyckligaste människor jag träffat mötte jag på en mottagning i Liverpool. Ynglingen hade en lindrig utvecklingsstörning och var patient på neurologen på grund av en svårkuperad epilepsi. Han var nöjd med tillvaron och sken av stolthet över att vara bäst, "the top dog", i sin särskoleklass. Jag och mina neurologkollegor böjde oss av vördnad inför modern som var med på mottagningsbesöket. Det var tydligt hur väl hon tagit hand om sin son, som var älskad och sedd.

Det är dock inte bara barndomen som formar oss i livet. Avgörande för livsprognosen är också hur väl vi lyckas med att hitta en plats i tillvaron där vi kan fungera genom att vara som vi är. Regissören Ingmar Bergman hade ångest och fasa som trogna följeslagare under sin livresa, och han brukade tala om sina demoner. Under sitt brottande med det svåra med att vara människa värkte han fram klassiska filmer som än idag ses över hela världen. I en öppen hjärtig intervju sa Bergman på sitt karakteristiskt drastiska sätt att han skulle ha varit en psykiater, om det inte varit för att han fick ägna sig åt film. Nu gick Bergman visserligen hos en psykiater, åtminstone under en tid. Han berättade gärna om den gången han frågade sin psykiater om denne någonsin botat någon. Svaret rymde ett helt yrkesliv: "Bota är ett stort ord, Ingmar". Vi kan likväl inspireras av Bergman och mången annan konstnärssjäl som brottats med demoner. För det är inte som patient i psykiatri vi minns Ingmar Bergman, utan som en av våra största kulturpersonligheter.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



Specialistrollen i en komplex vardag

Foto: Carol Schultheis

Inför satsningen på ett nationellt fortbildningsprogram för specialister i psykiatri, KUL-projektet (Kontinuerligt Utvecklande Lärande), hölls under Riksstämman 2012 två kortare pilotkurser. Här följer en rapport från den ena kursen.

Jag övervann mitt motstånd att flyga och deltog i pilotkursen i samband med Riksstämman.

Du som anmäler dig kommer att känna igen dig i situationen: Du sitter där som ende psykiater i en behandlingsplaneringsgrupp med några sjuksköterskor, psykologer, en enhetschef och ett par behandlingsassistenter. Många remisser och ärenden väntar – och mycket få behandlare tycks ha lediga tider till förfogande!

Några ärenden klaras med lätthet, konsensus enligt välbeprövad svensk modell uppstår även vid mer komplicerade bedömningar,

Mensedan börjar det gunga och gnissla i diskussionen, "Något skaver och tonläget blir högt" som man säger nuförtiden. Ja - det visar sig att det råder ett flertal vitt skilda åsikter om hur ett ärende ska tas om hand.

Synpunkter framförs med viss vasshet och påtaglig irritation och där argumenten ibland förorenas av åsikter om läkarens

person och position.

Att det dessutom var sent på eftermiddagen, barnhämtning väntade någon, och att vissa började vädra "systemfel" eller gamla oföretter av blandad natur, gjorde inte specialistens roll lättare att hantera.

Filmklipp varvades med gruppdiskussioner, beroende på våra olika sätt att föreslå lösningar visades sen nya fakta.

Som ibland ställde saker på sin ända eller på sin spets och kunde leda till att man omprövade sin bedömning.

Hursomhelst -

- att sitta ner med kollegor
- vägledas av en både följsam och drivande kursledare
- att få leva sig in i hur man själv skulle ha agerat och argumenterat i sammanhanget
- var mycket givande
- det överträffade mina högt ställda förväntningar
- och dessutom: det var KUL.

Hans Ericson
Överläkare/Studierektor
Sundsvall



Foto: Carol Schultheis



Foto: Carol Schultheis

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



Mer pengar till psykisk ohälsa?

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Nya överenskommelser, skarpare prestationskrav och en stor mängd utvecklingsarbeten finns för psykiatriområdet i år liksom tidigare år. Vad blir resultatet och är det enbart av godo eller finns det negativa bieffekter?

Det finns en ny överenskommelse för 2013 mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting för att stimulera utvecklingen inom området psykisk ohälsa. Grundtanken är den samma som förra året och försöker på samma sätt hålla ihop alla satsningarna inom området. I årets överenskommelse är det mer pengar till målrelaterade prestationsersättningar och förhållandevis mindre till utvecklingsarbete. Detta med tanken att kommuner och landsting själva vet vad som behöver utvecklas. Även i år är det två grupper som överenskommelsen fokuserar på och det är insatser till barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa och den andra gruppen är personer med allvarlig eller komplicerad psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Liksom förra året finns två grundkrav som kommuner och landsting först måste leva upp till för att överhuvudtaget kunna få några prestationsmedel.

Grundkrav

För det första ska det i länet finnas överenskommelser om samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning. Av överenskommelserna ska framgå vilka målgrupper som omfattas, gemensamma mål för landstingens och kommunernas verksamheter, rutiner för samarbete kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar och hur individuella planer ska upprättas, ansvarsfördelningen på områden där gemensamma insatser krävs samt former för hur tvister mellan parterna ska lösas. Överenskommelserna ska ha följts upp under året och handlingsplaner upprättats för att utveckla samverkan. Organisationer som företräder patienter, brukare och närstående ska ha getts möjlighet att lämna synpunkter.

För det andra ska landstinget och kommunerna i länet tillhandahålla webbaserad information, eller motsvarande, där det beskrivs var i landstinget och kommunerna barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp.

Prestationsmål barn och unga

Tillgänglighet till specialistinsatser för psykisk ohälsa. Kraven är samma som förra året det vill säga att barn och unga får komma till första besök inom 30 dagar och att de efter beslut får komma till fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. De landsting som lyckas får dela på 180 miljoner.

Samverkan. Landsting och kommuner ska ange hur många samordnade individuella planer som har upprättats för barn och unga. Kommunerna delar på 100 miljoner och landstingen på 50 miljoner om de lyckas.

Prestationsmål personer med omfattande behov

Registrering i åtta psykiatriska kvalitetsregister: Rättspsykiatri, ECT, Bipolär, PsykosR, Riksät, BUSA (ADHD), SBR och LAROS (missbruk). Målet är att 50 % av patienterna ska vara med i registren. Inriktningen är att på sikt ha resultat för patienterna som mål så en ytterligare prestation är att av de patienter som är registrerade i Bipolär och PsykosR ska 50 % av patienterna ha fått en årlig uppföljning av sina läkemedel av läkare. De landsting som lyckas med detta delar på 100 miljoner.

För kommunerna är prestationen att ha gjort inventeringar av personer med psykiska funktionsnedsättningar och gjort en analys av hur väl behovet av boende och sysselsättning är tillgodosett. Där finns 150 miljoner för kommunerna att dela på.

Hur gick det med förra årets överenskommelse?

Två län klarade inte grundkraven och fick inga pengar. Prestationerna kring kvalitetsregister var svåra att klara på grund av tekniska problem men lösningen blev att de 19 landsting som klarat grundkraven delade på pengarna. 208 kommuner fick del av några pengar. Det pågick också en mängd utvecklingsarbeten med syfte att stödja utvecklingen i kommuner och landsting. Många landsting deltar på olika sätt. I februari lämnades en redogörelse till Socialdepartementet över aktiviteterna 2012. Det är slående hur mycket som pågår.

Mer information om nya överenskommelsen, om förra årets överenskommelse och om utvecklingsarbetet finns på www.skl.se/psykiskhalsa.

Är det bra med överenskommelser?

Det är viktigt att vi kritiskt granskar resultaten av alla överenskommelser och allt utvecklingsarbete. Vi måste ständigt ifrågasätta konstruktionerna och hålla ögonen på eventuella negativa bieffekter. Den nya myndigheten för Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att följa upp satsningen. Resultatet av den uppföljningen blir först i efterhand och det är viktigt att de som ser eller inte ser effekterna i verksamheterna är aktiva under pågående satsningar.

En av de stora riskerna med statliga satsningar är att landsting och kommuner då slår sig till ro, backar med egna resursförstärkningar eller gör verksamheterna beroende av stimulansmedlen. Regeringens förhoppning är ju att landstingen ska möta upp med motsvarande satsningar inom området men det kommer många signaler om motsatsen.

En annan fara är hela konstruktionen med prestationsbaserade medel. Den kommun eller det landsting som har bra med resurser har förstås lättare att klara prestationerna och få nya pengar medan den som blir utan riskerar att vara i ett sämre läge inför nästa prestation och återigen bli utan pengar.

Det är ett system som kan riskera att förstärka skillnaderna mellan rika och fattiga.

Fördelarna med satsningarna är att det blivit fokus på området. Så fort det finns pengar med ger det ett ökat intresse. Tillfälliga stimulans- eller utvecklingspengar kan möjliggöra innovativt utvecklingsarbete som är svårt att göra inom de trånga ramar som finns idag.

Pengar är kraftfulla incitament på gott och ont. Vi måste hjälpas åt att ta vara på fördelarna och motverka nackdelarna.

Ing-Marie Wieselgren
Projektchef
Avd för vård och omsorg

Sveriges kommuner och Landsting



Kom och lyssna på
Bystmeierkoncernen
vid minglet på SPK 2013

SP vill rekommendera alla deltagarna vid årets konferens att stanna på minglet efter första dagens föreläsningar. Vi kommer få glädjen att lyssna till Bystmeierkoncernen som spelar valda delar ur föreställningen **"Psykologi enligt Lou Reed"**

Bystmeierkoncernen är ett band skapat av redaktionsmedlemmen Daniel Frydman och föreställningen är gjord baserad på hans föreläsningar om suicidprevention.



Rörelse och interaktion Om grundmotorik, stress och självreglering

Christina Bader Johansson och
Gunilla Elmgren Frykberg
Studentlitteratur, Lund 2012

Kroppen är inte bara hjärna

I livets begynnelse är vi alla "bara" kropp. Med ett ännu så länge utvecklat psyke förnimmer vi visserligen i viss mån vår omgivning, men framför allt skeenden i kroppen. Då den mentala utvecklingen fortskrider finns en risk "tappa" kroppen i meningen att ha en nyanserad tillgång till en balanserad upplevelse av sin kropp i vid mening. Kroppskännedom ska inte förväxlas med kroppskontroll, eller träning som body building. Kroppen, så när som på hjärnan, förefaller försummad i psykiatri och i stor utsträckning också inom evidensbaserad psykoterapi, även om drag av inriktning på kroppen sedan länge funnits inom andra psykoterapiinriktningar som dansterapi, gestaltterapi och kroppsorierad psykoterapi och också inom tredje vågens kognitiva beteendeterapi.

Den yrkesgrupp som "stått kroppen närmast" i en psykiatrisk terapeutisk kontext är sjukgymnasterna. Jag minns från mina vikariat inom vuxenpsykiatri på Långbro i slutet av 60-talet att patienter med svåra kroniska psykiatriska störningar, även psykos, ibland skickades till sjukgymnasten när alla andra tillgängliga behandlingar hade uttömts, ibland med påtagliga förbättringar som följd.

Rörelse, känsla och intuition

Christina Bader Johansson och Gunilla Elmgren Frykberg, båda legitimerade sjukgymnaster med psykoterapeutisk respektive vetenskaplig påbyggnad utvecklar i boken "Rörelse och interaktion. Om grundmotorik, stress och självreglering" en vetenskapligt väl underbyggd referensram som klargör rörelsens/motorikens centrala roll i vårt sätt att förstå och vara i världen. Hjärnans basala psykomotoriska funktioner och kognitiva/affektiva aspekter ligger förborgande i de rörelser som ligger i vårt beteende. Varje motorisk aktivitet färgas av en grundton baserad på medvetna och omedvetna affekter, processer i vilka lägre delar av hjärnan och det vegetativa nervsystemet är involverade – (inte bara mellanhjärnan). Kroppsligt intuitivt upplevande, tex "magkänsla" bidrar till beslutsprocesser när den medvetna kognitiva kunskapsprocessen inte genererat tillräckligt faktiskt beslutsunderlag.

Författarna gör ett brett anslag med utgångspunkter i kvantfysik, tankar om medvetandet, systemteori, och socialpsykologi. De ger en väl uppdaterad neurobiologisk

översikt med fokus på flöden i hjärnans funktionella system, framför allt de som hanterar affekt/rörelse och sensomotorisk integration på olika nivåer i nervsystemet.

Utgångspunkten är ett systemteoretiskt synsätt på motorisk kontroll vilket bland annat innebär att involverade funktionella system i nätverket samverkar i återkopplingsprocesser där varje nivå kan interagera med övriga.

Kroppen speglar psyket och tvärt om

Ett avsnitt som väcker intresse handlar om stress, trauma, dissociation och mänsklig evolution. I kapitlet om kroppsjaget, kroppsbild, resurser och identitet utvecklas synpunkter av kliniskt värde, tex för bedömning av förutsättningar för olika former av psykoterapi. Såväl kroppsjag: medveten och omedveten uppfattning av sig själv, sin kropp och sitt förhållande till omvärlden, som kroppsbild: mental projektion av kroppen, kan vara påtagligt påverkad vid såväl kroppsliga som psykiska störningar.

Den kroppsliga avspeglingen av den mentala integrationsnivån kan röja sig i förmågan att stå stadigt utan att vara rigid i rörelser runt kroppens längdaxel, synkronisering av andning och rörelse i kroppen, adekvat muskeltonus i förhållande till kroppspositionen, god utfyllnad av muskulaturen utan knutor, förmåga att spontant fokusera på olika kroppsdelar under undersökningen och förmåga att reflektera över de fynd som undersökningen ger. Förmågan till integrering av sensoriska intryck är väsentlig, oroliga och aggressiva barn har visat sig bli tryggare med grovmotoriska övningar.

Författarna menar att enbart en medveten kognitiv och beteendemedicinsk behandling ofta är otillräcklig vid tidig traumatisering, i vilka ett relationstrauma är en integrerad del – "den som skulle ta hand om mig, skydda mig och trösta mig fanns inte där". I affektuttrycken, inte minst de som är relaterade till traumat, finns en ansats till en rörelse som kan frysas i muskelspänningar om affektuttrycket hämmas t.ex. av rädsla – eller skam. Här blir en kroppsorierad förståelse central.

Andning och känslor

Den del i boken där en genomgång av rörelseanalys och facilitering av grundmotorik görs, är av störst värde för fysioterapeuters arbete inom somatiken, men avsnittet om arbete med andning har klar bäring även på psykiatriska patienters problematik.

Brister i synkronisering av buk- och bröstandning har koppling till tillgången till känslor.

I avsnittet om kommunikation inom fysioterapi och psykoterapi görs en genomgång av grundläggande aspekter på verbalt och icke-verbalt samspel. Författarna beskriver också regelverket för hur ett psykoterapeutiskt arbete som inkluderar kroppslig beröring bör gå till. De redogör också för ett kroppssorienterat psykoterapeutiskt arbete med känslor, bland annat sorg och ilska. Författarna går in tämligen detaljerat i processen att föra utvecklingen från mer eller mindre medveten obearbetad ilska till ett konstruktivt ägande av den egna kraftfullheten. Detta arbete kräver, vilket författarna också poängterar, att terapeuten både behärskar de terapeutiska teknikerna/timingen och kan bedöma patientens kapacitet för ett sådant arbete.

Risken för svårhanterliga regressioner med affektgenombrott är annars påtaglig.

Boken som helhet riktar sig till sjukgymnaster och kroppssorienterade psykoterapeuter, men de flesta avsnitt är som nämnts relevanta för var och en som arbetar inom de psykiatriska och psykoterapeutiska områdena. Språket är stringent, formuleringar och referenser fyller högt ställda krav, vissa avsnitt kräver goda förkunskaper. Framställningen illustreras med överskådliga bilder och flödesscheman. Dessutom presenteras klagörande kliniska vinjetter.

Enligt min uppfattning täcker vissa avsnitt i boken en brist i den traditionella psykiatriska/psykoterapeutiska helhetsbilden av individen. De biologiska aspekterna har blivit synonyma med neuroanatomi, -fysiologi och -kemi. Här kompletterar författarna med det motoriska rörelseperspektivet och dess koppling till neuroaspekter, affekter och icke-verbala uttryck.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Annons



Ord och ny-ord i början av 2013

En hel del av intresse har tilldragit sig på sistone. Språkrådet har accepterat ordet "ogooglebar". Vi inom psykiatri får se till att centrala begrepp inom vårt område beskrivs så väl att de blir "googlebara".

Har också fått lära mig ett för mig nytt begrepp, "skofetischist". Tas det upp i DSM-V??

Ett annat missbrukat och löjligt ord är "kränkt". Man kan suga på det och böja: kränkt, kränkare, kränktast. Eller ska man säga "mest kränkt"? Vem inom den svenska psykiatri är "kränktast"? Skicka tävlingsförslag till Redaktionskommittén!!

Svensk psykiatri har vunnit flera klara segrar. Även om infektionsläkaren Sven Britton skrev ett föga överlagt inlägg i DN om psykiatri, har han sedan bett om ursäkt och förstått att han delvis hade fel. Dessutom vill han helt klart värna om de psykiatriska patienterna, tack för det. "Brittons pudel", kanske?

Att man i Läkartidningen för en tid sedan skevt citerade en viktig enkät från SLUP, Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri, var svårare att förlåta. Desto roligare var att tre modiga och framåt yngre läkare under utbildning inom psykiatri, och som representerar styrelsen i SLUP – Hanna Edberg, Jonas Eriksson och Isak Sundberg – lyckades få in ett genmäle och debattinlägg i LT Debatt (47/2012). Jag njöt verkligen av den nya artikeltiteln: "Med vind i seglen mot ljusnande horisont". All heder åt dem.

Det är inte acceptabelt när slarvig rubriksättning, vare sig i Läkartidningen eller någon annanstans, helt förvränger innebörden i en seriös studie. Jag accepterar inte när sådant kallas "journalistisk frihet".

Så har kritik mot Vetenskapsakademins (KVA) s.k. expertgrupp i psykiatri framförts till de ansvariga för vad de skrev och sade 2011 i sitt s.k. "reformprogram för psykiatri". Även om syftet säkert var gott, anser jag att vi kunde kräva en mer seriös och uppdaterad insats om KVA, grundad 1739, inte ska förstöra sitt rykte. Få se om något kan hända. Inom psykiatri får vi inte låta okunniga sätta sig på oss, varifrån de än kommer. Vi måste värna om våra patienter och vår yrkes stolthet, både vad gäller sjukvård, undervisning och avancerad forskning.

"Professorskollegiet" i psykiatri under ledning av Lennart Wetterberg och Hans Ågren har inventerat svenska doktorsavhandlingar med direkt relevans inom psykiatri under perioden 1858-2012. Summan blev hela 879 (SIC!) doktorsavhandlingar! Men mycket bokfördes under andra rubriker än "psykiatri", så resultatet måste analyseras noga. Ska publiceras. Några frågor har sänts ut till landets professorer och universitetslektorer i psykiatri, om vilken forskning inom psykiatri de särskilt lyft fram. Ska sammanställas och redovisas.

I Lancet har publicerats en fantastisk studie om DALY som Lena Flyckt lyft fram. Och svenska psykiatrer i samverkan med ledande epidemiologer har gjort en lika utsökt studie över sambandet mellan psykisk sjukdom och kreativitet, Simon Kyaga, Mikael Landén, Marcus Boman, Christina M. Hultman, Niklas Långström, Paul Lichtenstein: Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study. J Psych Res 2013; 47(1): 83-90. Läs och njut!

Roligt är att Nils Uddenberg givit ut en bok "Linné och mentalsjukdomarna", Atlantis 2012. Vid ett symposium i Riksdagshuset om "Linnés apostlar" påpekades nyligen att Carl von Linné inte bara var en lysande botanist – han var i olika perioder både utövande läkare och medicinsk lärare och undervisade om mentala sjukdomar.

I Läkartidningen har man av outgrundlig anledning vädjat om en debatt om missbrukarvården, utan att precisera vad som skulle debatteras. Det har sedan föreslagits att man som svar skulle tillämpa "barmhärtig tystnad". Genmälen har likväl införts i LT 2/2013, men debattören skrev helt fräckt i sin replik i nr 3/2013: "Kan man lita på vetenskapen på dessa områden? Jag gör det inte". Debattören tycks leva kvar i en förgången förvetenskaplig tid när det räckte med att en gammal överläkare slängde ur sig generaliseringar och insinuerade ogrundade påståenden om vad som var sanning. Skrämmande.

Höstens möte mellan styrelsen i Psykiatriska Föreningen och landets professorer i psykiatri och beroendeforskning i november blev som vanligt konstruktivt och vänligt. Tänk så mycket vi skulle behöva diskutera, om tiden bara räckte till. Viljan finns helt klart.

Mycket glädjande är att Sällskapet Riksdagsledamöter och Forskare (Rifo) beslutat att man i anslutning till sitt årsmöte den 20 mars 2013 planerar ett seminarium med temat: "Forskning inom psykiatri. Kan vi förbättra befolkningens psykiska hälsa?" där bl.a. Finn Bengtsson, Danuta Wasserman och Britta Alin Åkerman ska medverka. I begreppet "bl.a." ingår faktiskt jag.

Efter alla dessa "galor" och kongresser känns det angeläget med paralleller. Vilka ska utses till de klarast lysande "stjärnorna" inom svensk psykiatri 2013? Bästa psykiatriska slutenvårds klinik: Nominerade är (fanfar)... Bästa psykiatriska KBT-vård är... Bästa psykoterapeut med analytisk bakgrund är... Nominerade är... Bästa psykiater i norr... Och i söder... Nominerade är... Bästa kurator, bästa kliniska psykolog, bästa chefsjuksköterska inom psykiatri... bästa sjukvårdsdirektör... klokaste sjukvårdspolitiker... Bäste mentalskötare. Nominerade är... Förslag?! Vi måste modernisera och poppa upp språkbruket inom psykiatrin och berätta om hur mycket fantastiskt fint arbete som faktiskt utförs! Utan att ömsesidigt och direkt klia varandra på ryggen som "kulturskribenter" eller filmmakare gör – vi är bättre på saklig distans!

Jag ska aldrig glömma den manlige chefssjuksköterska inom tung psykiatri som klädd i enkla arbetskläder stod på knä i korridoren och inventerade avdelningens akutväska. Han körde också motorcykel, han tog sin papparoll på allvar, förutom att han var en lysande organisatör.

Vid ett seminarium med Rifo i Riksdagshuset i Stockholm den 23 januari var politiker och forskare totalt sams om landets alkoholpolitik, baserad på aktuell evidens.

Vår oförtröttliga ordförande Lise-Lotte började det nya året med en debattartikel i SvD. Ja, vi ska värna om bästa möjliga professionalitet såväl inom psykiatri som inom psykologi.

En etiopier, f.d. gatubarn, som fick hjälp att gå i skolan och nu är färdig tandläkare, har yttrat: "To be softhearted is a gift of God". Men det krävs också råstyrka inom psykiatrin för att hävda våra revir.

Ulf Rydberg

**Professor emeritus, klinisk alkohol- och narkotikaforskning
Karolinska Institutet**



Foto: Carol Schultheis

Suicidprevention – en tvärvetenskaplig angelägenhet

Repliker till Anders Almingefeldts debattinlägg
i nr 4/2012, sidan 20:
Det råder idag en hysteri kring självmord.

Nollvisionen för självmord handlar inte om ett påbud, utan är ett inriktningsmål för att påkalla uppmärksamhet kring problematiken hos såväl politiker och anslagsgivare, som hos professionen och allmänheten. Nollvisionen ökar medvetenheten och sätter igång parallella aktiviteter inom suicidprevention. Visionen ger signaler till vården att se till att det finns adekvata, uppdaterade kunskaper hos den vårdande personalen samt att rutiner för att identifiera riskfaktorer och stödinsatser efterföljs. Nollvisionen ökar inte skammen kring självmord. Hos allmänheten minskar fördomar och tabuering av psykiska sjukdomar och självmord om psykisk sjukdom vardagliggörs, och om det sprids en insikt om att självmord kan förebyggas.

Att från denna bakgrund hoppa till slutsatsen att de som arbetar för nollvisionen tar sig rätten att säga att alla skall leva oavsett livssituation och hälsotillstånd, som AA gör gällande, är en olycklig missuppfattning. Nollvisionen snuddar vid ett etiskt dilemma: Det etiska kravet på att göra gott, lindra lidande och att rädda liv och å andra sidan att samtidigt ha respekt för en människas rätt att själv bestämma över sitt liv. Hit hör även frågan om eutanasi. Det är sant att det trots ansträngningar från vården och anhörigas engagemang ändå finns personer som väljer självmord som den enda och sista utvägen. Det är deras rätt, och ingenting skamligt. Den mänskliga faktorn gör att dödsfall i trafiken alltid kommer att ske, trots nollvisionen kring olyckor i trafiken. AA skriver själv att man "givetvis aldrig ska ge upp om ett liv", och man frågar sig om han vid möte med en självmordsnära person inte själv väljer att ge bästa möjliga vård och stöd för att personen skall överleva, trots risken att personen ändå till slut kanske väljer döden.

Det är uppenbart att AA och vi, som talar för nollvisionen, har samma målsättning att minska antalet självmord och att arbeta preventivt och tidigt upptäcka personer i psykosocial misär och med psykisk ohälsa och sjukdom för att kunna sätta in motåtgärder. Tyvärr kan en persons livssituation inte alltid förändras vare sig på kort eller på lång sikt, men deras psykiska sjukdom kan behandlas. Omkring 90 % av dem som suiciderat har haft en psykisk sjukdom eller varit missbrukare vid dödstillfället. Utfallet av behandlingen, vare sig den är farmakologisk eller någon form av psykoterapi, är i stor utsträckning beroende av att patienten medverkar.

Ett positivt utfall förbättrar patientens livskvalitet väsentligt och stärker hennes förmåga att hantera sin situation. Detta bör vi inom hälso- och sjukvården arbeta för.

Följaktligen är det av utomordentlig betydelse

- Att vårdpersonal inom hälso- och sjukvården utbildas i suicidologi, i synnerhet inom primärvård, psykiatri och socialvård
- Att vården tilldelas de resurser som behövs
- Att man gör systematiska lokala och nationella kartläggningar av var stödinsatser behöver sättas in
- Att samarbetet med dem som kan arbeta preventivt utökas inom exempelvis distriktsläkarvård, socialtjänst och skolan för att tidigt upptäcka sårbara personer

Tvångsvård är inget som nollvisionen förordar. Tvångsvård i självmordshotande situationer handlar om att vinna tid; tid för att börja behandling och att sätta in åtgärder riktade mot bakomliggande faktorer. Slutenvård för den självmordsnära är ibland något som anhöriga till någon som gjort ett flertal självmordsförsök efterfrågar, för att själva få tid till återhämtning. Slutenvård erbjuder ökad trygghet, men ändå utförs årligen ett flertal självmord i Sverige av ineliggande patienter. Det är viktigt att påpeka att självmord inom vården kan ske trots korrekt behandling och utan att misstag har begåtts. I februari 2006 infördes kravet att enligt Lex Maria anmäla alla självmord under pågående vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt. Syftet var dels att verksamhetsansvariga skulle kunna identifiera eventuella bristande rutiner, som kan ha bidragit till händelsen, dels för att få ett lokalt, regionalt och nationellt perspektiv och kunskap om omständigheterna kring självmorden. Bestämmelsen kommer under 2013 att ersättas med nya föreskrifter, där vårdgivaren endast skall anmäla självmord som man bedömer har berott på misstag i vården till Socialstyrelsen. Vi anser att det är viktigt att Socialstyrelsen, tillsammans med professionen, hittar ett konstruktivt sätt som möjliggör att Socialstyrelsen även fortsättningsvis har tillgång till samtliga data om självmord, så att det blir möjligt att på ett systematiskt sätt kunna kartlägga självmord i vården. Sammanställningar av dödsfall inom vården ger oss

kunskap om risksituationer och riskfaktorer som är specifika för Sverige och även vilka utbildningsinsatser och andra insatser som behövs i vården.

NASP har i sitt underlag till Socialstyrelsens och Statens Folkhälsoinstituts *Förslag till nationellt program för suicidprevention* skrivit att det finns argument både för och emot benämningarna "suicid" respektive "själv mord". Begreppet suicid finns inte förankrat hos allmänheten, som ofta till en början även skyggar för ordet själv mord. Å andra sidan upplever allmänheten uttrycket suicid och böjningar därav som alltför kliniskt och ett sätt för vårdpersonalen att distansera sig. NASP använder sig av båda uttryckssätten därför att en rak och tydlig kommunikation är viktig i det suicidpreventiva arbetet.

Om man misstänker och oroar sig för att en person har själv mordstankar måste man ta sin oro på allvar och utan rädsla våga fråga. Det är en allmänt spridd myt att man kan väcka idén om själv mord genom att tala om själv mord. Kan någon representant för vården verkligen ställa den frågan, halvhjärtat, pliktskyldigast och med gullig välmening som AA påstår? Om så är fallet har utbildningen i suicidologi allvarligt brustit på denna enhet. Att få tala om sina tankar för en person som visar sig trygg, ansikte mot ansikte med en själv mordskris, kan vara början till en läkningsprocess för den själv mordsnära.

Det finns en tydlig koppling mellan en människas levnadsvillkor och själv mord, och för att förstå själv mord och själv mordsbeteende måste vi ta hänsyn till medicinska, psykosociala och kulturella faktorer. Vi behöver ett tvärvetenskapligt samarbete och att forskare inom olika discipliner samverkar och utvecklar projekt där angelägna frågeställningar och faktorer kan studeras i relation till varandra. Att ondgöra sig över psykiatris engagemang i suicidprevention och kalla intresset hysteriskt eller att påskina att psykiatrin saknar medkänsla för de trasiga livsöden som präglar de själv mordsnära, och pådyvlar dem hopp som det inte finns förutsättningar för, det är inte ett fruktbart suicidpreventivt förhållningssätt.

Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi, ordförande i European Psychiatric Association (EPA), chef för NASP

Rigmor Stain

Docent, redaktör för NASPs Nyhetsbrev

Båda vid Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP); Karolinska Institutet och Stockholms Läns sjukvårdsområde

Hysteriskt?

Anders Almingefeldt (AA) skriver i förra numret av Svensk Psykiatri ("Det råder idag en hysteri kring själv mord") att nollvisionen gällande själv mord kan få negativa följder genom okänslig, halvhjärtad utfrågning om själv mordstankar när vården möter en desperat människa. AA framhåller att det kan finnas tröst i tanken på att ta sitt liv och att människan i slutänden har rätt att besluta om sitt eget liv, och han förklarar för oss: "Livet är svårt helt enkelt".

Alltför många träffar vi inte

Det kan vara bra att påminna sig om att bara ungefär hälften av de som begår själv mord någon gång haft kontakt med psykiatrisk vård (N&K Psykologilexikon/Psykologiguiden.se). Dessa nämns inte i AA:s inlägg men här finns kanske de som helt enkelt "bestämt sig" och planerat sitt själv mord så att någon "räddning" inte finns tillgänglig. Det verkar som om den rätt att bestämma om sitt liv som AA framhåller redan tillämpas av ett stort antal människor i vårt land varje år.

Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva

Titeln på Ann Heberleins bok fångar nog en hel del om många av dem vi möter i psykiatrin.

Som Herman Holm och Nils-Eric Sahlin skriver i den artikel AA stöder sig på (LT 17/2009) har majoriteten av dessa människor en psykisk sjukdom och/eller missbruk. De som har ett sjukdomstillstånd bör få hjälp med behandling, så att de senare kan ta förnyad ställning till frågan om liv eller död. AA har alldeles rätt i att vi måste ha en respektfull och lyssnande attityd, men ibland kan ett resolut ingripande vara nödvändigt för att möjliggöra det fortsatta samtalet i ett senare skede.

Ingen människa är en ö

Jag vill också påminna om att många som söker med själv mordstankar har familj och nätverk som ofta vet och kontaktar vården i sin oro; ibland övertalar de den drabbade att söka hjälp. Vi ska naturligtvis inte, som AA skriver, göra "ofog" med att påtala patientens ansvar gentemot de anhöriga. Min erfarenhet från många års arbete med ungdomar och unga vuxna i psykiatrin handlar snarare om vikten av att omfamna de anhörigas oro; stötta dem i att härbärgera den ångest som, naturligt nog, väcks då deras närmaste uttrycker själv mordstankar.

Nollvisionen – no big deal?

Både Holm, Sahlin och AA menar att nollvisionen får omfattande skadeverkningar i form av stigmatisering, om detta har jag ingen aning, inte heller i vilken utsträckning den leder till ökat tvång och styrning inom psykiatrin. "Vision" betyder enligt Svenska Akademiens ordlista syn, uppenbarelse, framtidssyn. Nollvision borde väl även kunna innefatta det som AA så klokt skriver: skapa ett samhälle som erbjuder värdiga och meningsfulla sammanhang för alla. I psykiatrin tror jag i alla fall ingen nollvision behövs för att förhindra självmord; den viljan till prevention finns där ändå utan att man behöver styras av sådana påbud.

Neil Cleland

**Överläkare, PhD, specialist i allmän psykiatri
Enheten för unga med psykos/bipolär sjukdom
BUP-kliniken, Stockholm**

Nollvisionen är en policyinnovation

Isin debattartikel *Det råder i dag en hysteri kring självmord* i nr 4 av Svensk Psykiatri 2012 ifrågasätter psykologen Anders Almingefeldt nollvisionen för suicid och uttrycker förståelse för att vissa människors livsomständigheter gör att självmord är ett rimligt alternativ, trots att hög suicidalitet nästan alltid minskar med tid och god vård. Men psykiatrer och annan vårdpersonal får i samtal med suicidala personer aldrig tro att självmord kan vara ett bra val, hur svår livssituation patienten än har. En sådan inställning kan vara direkt livsfarlig. I stället måste vi medvetet förbättra vår förståelse av suicidalitet och våra arbetsmetoder.

"Jag frågade henne varför hon nu har bestämt sig för att leva. Hon såg lite skamsen ut och svarade: Jag går till platsen där jag brukar försöka ta livet av mig, men när jag står där ser jag min kontaktperson framför mig och hon har ett så vackert leende, så då låter jag bli." (Ullakarin Nyberg, intervju med ung kvinna).

Anders Almingefeldt, AA, har gjort många intressanta observationer. Samtidigt väcker texten ett stråk av vemod. Hur kan ett så stort engagemang utmynna i en så uppgiven hållning? Författaren verkar vara plågsamt medveten om det stora och smärtsamma problem som den patologiska suicidaliteten utgör och den brist på beprövade behandlingsmetoder som fortfarande råder. Men detta beror inte på nollvisionen, som bara sätter fingret på problemen. I stället beror det på avsaknaden av en genomtänkt teori och metod i vården av suicidala patienter. Låt oss därför börja med att fråga oss:

Vad innebär nollvisionen?

Trafiken. Trots införandet av systemteorin under 1980-talet låg antalet döda i trafiken fortfarande högt med 550 döda år 1995. När Claes Tingvall på Trafikverket det året formulerade nollvisionen för trafikdödsfall kallades han in till sin chef, Per-Anders Örtendahl, som förehöll honom det orimliga i denna vision. Trots hårt motstånd antogs dock visionen av riksdagen 1997 och fungerar nu inom EU, FN och hälften av USA:s stater. Därför fick Claes Tingvall, numera *Mr Zero*, i maj 2012 resa till New York och motta *Prince Michael International Road Safety Award*. Nollvisionen enar mångfalden av aktörer mot ett gemensamt mål och skapar entusiasm i trafiksäkerhetsarbetet, vilket tydligt demonstrerades på MHF:s årliga trafiksäkerhetskonferens i Tylösand i september 2012.



Foto: Shutterstock Dora Zett

I sin doktorsavhandling drar Mats-Åke Belin följande slutsats: Nollvisionen är en policyinnovation, framför allt genom det nya sättet att definiera problemen och genom att flytta ansvaret från individen till systemutformarna, Liljas 2012. Nollvisionen är således just en vision, en idé som inspirerar och samordnar trafiksäkerhetsarbetet. Detta måste skiljas från de konkreta delmål som också finns inom trafiksäkerhetsarbetet.

Nollvisionen hade dock varit enbart förvirrande om inte forskare som W. Haddon, D. Dörner, J. Reason, och i Sverige E. Hollnagel, J. Rasmussen och I. Svedung skapat en teoretisk förståelse för *olyckor som systemfel*, Beskow 2012, och därmed lagt en bättre grund för en metodisk olycksfallsprevention. Delar av denna teoretiska kunskap kan också berika suicidpreventionen.

Hälso- och sjukvården. Systemtänkandet genomsyrar nu också synen på negativa händelser i patientvården, Vincent 2010. Detta fick sitt praktiska genombrott i Sverige genom den patientsäkerhetslag (2010:659) som gäller från 1:e januari 2011. Många av tankarna i den Nationella satsningen för ökad patientsäkerhet, 2011, är relevanta för att utveckla suicidpreventionen.

Nollvisionen för suicid introducerades av Maria Larsson i folkhälsopropositionen (2007-2008:110 sid 107): "Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv." Denna nollvision möttes av lika hårt motstånd som när Claes Tingvall formulerade sin vision. Inom psykiatrin är många medvetna om behovet av att nalkas och öka förståelsen för suicidproblemen. Nollvisionen har dock ofta uppfattats som en teoretisk konstruktion utan förankring i verkligheten och inte som en hjälp för att med gemensamma krafter ta sig an ett eftersatt och komplext område.

En vanlig invändning mot nollvisionen är att det är skillnad på bilar och människor. Vid ett oreflekterat påseende verkar detta helt riktigt. Skillnaden mellan förare och psykiatriska patienter är redan betydligt mindre, liksom skillnaden mellan de organisationer som utvecklar och driver trafiksäkerhet, patientsäkerhet och suicidprevention. Naturligtvis kan inte metoderna från trafikverket direkt överföras till psykiatrin. I stället handlar det om att låta sig inspireras till egen kreativitet.

Låt oss först stanna en stund vid AAs argument innan vi försöker skissa en väg mot en fördjupad teoretisk förståelse av suicidalitet.

"Nollvisionen inget önskvärt ideal"

Enligt AA råder ingen tvekan om att alla "måste verka i den riktningen att människor inte hamnar i så utsatta situationer att självmordet upplevs som enda utväg". Här ansluter han sig således helt till nollvisionen som den formulerades av folkhälsoministern och som vi också omfattar. I detta avsnitt diskuterar han emellertid något helt annat, nämligen nollvisionen som ett "realiserat ideal". Det är mot denna utopi som han riktar sin förintande kritik. Men den har ingenting med oss som skriver dessa rader att göra och inte heller med nollvisionen.

I grunden baseras kritiken på ett vanligt tankefel, nämligen oförmågan att skilja mellan vision och praktisk verklighet. AA påpekar att "visioner ofta bara (vår kursiv) har sin betydelse som något eftersträvänsvärt." Den drivande kraften i en nollvision som policy har gått honom förbi. I fortsättningen argumenterar han inte utifrån en vision utan utifrån ett praktiskt mål, som absolut skall genomföras. Detta leder honom fram till en olycklig dikotomi. Antingen är människor "dömda att fortsätta leva ett liv som bara var en lång plåga" eller förutsätter man att "världen är paradisk". Detta kan vi lämna därhän eftersom det bygger på en missuppfattning av visionen.

Mot slutet av detta avsnitt konstaterar AA: "För att kunna säga ja måste man på allvar kunna säga nej", vilket på ett riktigt sätt utvecklas på de följande raderna. Ja, livet kräver ett aktivt val för att kunna levas fullt ut. För att komma fram till vad som gör livet värt att leva bör samtalen om existentiella frågor, d v s frågor om liv, kropp, sexualitet, suicid och död, föras oftare. Dock är det inte, som AA skriver, Edens lustgård eller en paradisk värld som gör livet värt att leva för de flesta av oss. Istället handlar livets mening om gemenskap, möten, bekräftelse, tröst och annat som det faktiskt är möjligt att uppnå trots livets ofullkomligheter och plåga. Om vi som möter suicidnära människor släpper den förhoppningen och enbart ägnar oss åt diagnostik, dokumentation och mekaniska suicidriskbedömningar blir det naturligtvis svårt att ge hopp om att förändring är möjlig.

"Att leva är ingen skyldighet"

Även i detta avsnitt finns det många riktiga iakttagelser och kloka tankar. De rör mötet mellan vårdpersonal och suicidala patienter. Att fråga "halvhjärtat och pliktskyldigast" om patienten har självmordstankar är inte bra; det kan t.o.m öka suicidrisken. "Detta givetvis om inte frågan är en inledning till ett allvarligt menat försök att förstå vad som får just den människan att inte vilja leva." Alldeles riktigt. Om, som författaren skriver, bemötandet av desperata människor präglas av förnumstighet, självgod respektlöshet, skuldbeläggande och tvång att leva ett miserabelt och ovärdigt liv kan man nog utgå från att suicidrisken ökar ytterligare.

Empatin, att förstå och känna med personens lidande, är en bra början. Men det är lika nödvändigt att terapeuten står fast i sin strävan att rädda liv och inte i sin empati bejakar och förstärker patientens destruktiva intentioner. Det finns många skäl för detta. På ett för henne själv totalt överraskande sätt får många akut suicidala personer kontakt med kroppens vilja att leva. Detta kan ske omedelbart före eller efter själva suicidhandlingen. Vidare kan en persons situation verka fullständigt låst för både henne själv och för terapeuten. Trots detta hittar de allra flesta i liknande situationer andra lösningar än självmord, ja många tänker inte ens på självmord som en möjlighet. Att aktivt bekräfta patientens suicidönskan berövar henne dessa möjligheter till liv. En mildare form av samma terapeutiska destruktivitet är att, ofta omedvetet och med intentionen att visa förståelse, signalera till patienten att man tycker att hennes situation – och förresten även hon själv – är helt hopplös. "I din situation skulle jag inte heller vilja leva". Ett bekräftande av patientens uppgivenhet kan bli direkt livsfarlig och om terapeuten/psykiatern inte förstår dessa grundläggande principer inom suicidpreventionen kan han eller hon definitivt göra mer skada än nytta för sina patienter.

På väg mot en teoretisk grund för suicidprevention

Det vi möter hos vårdpersonal som arbetar med suicidnära patienter är vanligen det motsatta, dvs. engagemang, en vilja att förstå patientens perspektiv och en önskan att bidra till att livet blir en smula mer uthärdligt. Det finns förvisso problem i omhändertagandet av suicidala patienter, men dessa problem beror inte på en "hysteri" som bottnar i nollvisionen, utan på att nollvisionen tydliggör att psykiatrin saknar en genomtänkt teori för att förstå suicidalitet och evidensprövade arbetssätt för att hjälpa människor att hitta andra vägar ur sitt lidande. Detta är allvarligt eftersom professionalitet bör vara baserad på teori och evidens. Suicidalitetens psykologi är emellertid ett stort och till stor del utforskat område. Brister i rationella och väl fungerande metoder leder lätt till ökad formalisering och ökat våld, exempelvis "att alltid fråga kring självmordstankar oavsett nyttan". Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 behandlar t.ex. noggrant formella och juridiska aspekter på självmordsprevention men saknar helt specifika synpunkter på hur just dessa personer med deras mycket speciella problem skall bemötas psykologiskt. Dessa brister bidrar till den förvirring och förtvivlan vi psykiater och andra behandlare kan känna inför suicidproblemen. Samtidigt kan det vara första steget till radikala förbättringar.

Några av världens främsta suicidforskare har angivit färdriktningen. De samlades för att försöka förstå varför framstegen inom suicidpreventionen uteblev. De enades om att den psykiatriska vården ofta inte tar tillräcklig hänsyn till den subjektiva erfarenheten hos patienter som gör suicidförsök och att suicidriskbedömningarna ofta är mer fokuserade på klinikernas än på patienternas behov.

Gruppens slutsats blev att bedömare skulle vara mer medvetna om de suicidala patienternas inre erfarenheter av psykisk smärta och förlust av självrespekt, Michel 2002, övers. JB.

Färdvägen är således att på ett djupare sätt försöka förstå patientens inre erfarenhet av psykisk plåga och förlust av självrespekt. Till detta ansluter sig AA. Men människors berättelser av vad som sker inom dem räcker inte. Det behövs också en teoretisk ram för denna förståelse. Här väntar oss ett stort teoretiskt arbete. En grund finns emellertid redan inom kognitiv psykoterapi och systemteori.

Den psykiatriska sjukdomsmodellen är utmärkt för att diagnostisera och behandla psykisk sjukdom. Men suicidalitet är ingen sjukdom utan en kognitiv oförmåga att hantera en mångfald negativa konsekvenser av en psykisk sjukdom och/eller andra livsproblem. Till sist uppfyller de patientens hela värld och leder till utmattning. Att tänka på suicid är en annan typ av process än övriga depressiva symtom, Williams 2006. Det är en kognitiv process som syftar till att lösa problem och behandlingen skall utformas därefter. Kroppen vill leva, men hjärnan vet inte hur den skall klara av det. Detta motsäger inte det faktum att diagnostik och behandling av depression och annan psykisk sjukdom är och förblir en hörnsten i suicidpreventionen.

Det finns nu början till en redan fullt användbar teoribildning för hur suicidalitet uppkommer och vidmakthålls. I korthet innebär den att det är normalt och ibland till och med nyttigt att tänka på självmord men att sådana tankar kan övergå i livsfarlig patologi. Genom ältande och bildseende (imaging) förverkligas längtan att fly genom att konstruera en mer eller mindre medveten suicidal plan eller modus. Utlöst av även banala triggers kan denna plötsligt explodera i en livshotande suicidhandling. Det är denna plötslighet som gör att man kan tala om psykiska olycksfall, sannolikt påskyndade av en snabbt stigande ångestnivå, Beskow oa 2013, för utbildning se www.suicidprev.com.

Slutsatser

Genom sin artikel har AA givit uttryck för den förtvivlan inför självmordsproblemen som inte sällan finns inom psykiatrin. Därmed håller han debatten levande, vilket är en bra sak. Även om många av hans observationer är riktiga är hans slutsatser dock felaktiga. Problemet är inte nollvisionen utan en brist på kunskap och redskap specifikt utformade och lämpliga för att psykologiskt möta personer med patologisk suicidalitet. Nollvisionen medvetandegör allvarliga brister. Det är smärtsamt men icke desto mindre förutsättningen för en bättre verklighetsanpassning och därför på sikt nyttig både för psykiatrin och suicidpreventionen.

Trots AAs goda vilja och engagemang blir hans inlägg ett stöd för det tabubeläggande som finns runt suicid och den utbredda rädsla som ofta leder till att vi undviker samtal om självmord och därmed överger dem som bäst behöver vårt stöd. Vi är många som har insett att det finns konstruktiva sätt att arbeta med suicidprevention och vår förhoppning är att vi kan förenas i en gemensam strävan mot att utarbeta och sprida fungerande behandlingsmetoder som förebygger självmord.

Jan Beskow

Professor, vice ordförande i Suicidprevention i Väst, Göteborg



Fotograf Lennart Nilsson Atelje Marie Göteborg

Ullakarin Nyberg,

Med.dr., överläkare, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm



Fotograf Svante Nyberg

**Alfred Skogberg, journalist och författare till boken
När någon tar sitt liv - tragedierna vi kan förhindra**



Fotograf Anna Ohlin

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

Till Anders Almingefeldt

Hej, tack för ditt bidrag till förra numret av SP! Det var ett väldigt viktigt inlägg, som alltid. Det är en glädje att få ta del av dina frågeställningar, de brukar ge så mycket nya tankar på olika sätt. Ibland håller man med dig, ibland inte. Ofta kan man se olika perspektiv och kunna tänka olika saker om det du skriver. Men den här gången tror jag du har fel i själva frågeställningen. Du skriver att det råder en hysteri kring självmord. Du har flera argument kring självmordsfrågan och jag uppfattar att du på ett rimligt sätt tar ställning för enskilda människors integritet.

Jag tänkte bara plocka några delar ur ditt resonemang och försöka beskriva vad jag tycker är fel med dem. Det mest felaktiga är det sätt du kopplar samman begreppet "nollvision" med en tillvaro där "människor var dömda att fortsätta leva ett liv...". Jag kan förstå den här kopplingen men den är påtagligt skev. Idén eller visionen om att inga självmord skulle behöva begås är ju på inget sätt formulerad som att döma människor till ett evigt lidande. Om man ser det så blir det ju självklart att det går att ogilla visionen.

Döden är i de allra flesta fall en sorglig händelse. Man förlorar kontakten med de människor man haft med att göra, om man haft kontakter. Man förlorar möjligheten att göra något alls, till exempel få det bättre. Till och med hoppet om förändring förlorar man möjligheten att känna, när man dör. För alla efterlevande finns minnet av den som dog kvar, oavsett hur relationen såg ut. Naturligtvis finns det personer som inte känner hopp, eller som känner förtvivlan, livsleda eller något annat som gör att önskan att leva kvar är svagare. Vi kommer alltid dö förr eller senare, på det ena eller det andra sättet. Även självmord ingår förstås i de sätt på vilka en människa kan dö. Men Anders, när du talar om att nollvisionen skulle vara en dålig sak för den implicerar att vi ska "döma folk till livet" så är det å ena sidan antagligen en överdriven retorisk figur från din sida men framför allt så är det att ha missförstått motivet med den där visionen.

Ingen kommer förstås att kunna döma någon till livet, det är omöjligt. Om inte annat av det enkla skälet att vi är programmerade för att dö nån gång. Men det vi kan göra, är att försöka hjälpa den vi träffar till att försöka hitta sin livsmotivation. Själva poängen med nollvisionen som strukturmål går att översätta till följande: Varje gång jag träffar en person som säger att hen inte vill leva så är målet att försöka förändra den tanken.

Och sen, Anders, finns det ju också en pragmatisk invändning mot begreppet. Jag tänker på det faktum att vi inte kommer kunna hindra alla suicidala personer från att ta sina liv.

En nollvision kunde ju då göra att hela yrkeskåren känner sig dålig eller kritiserad de gånger då det inte gick. Om man då, av något skäl sa att nollvisionen är en dålig sak för att den får personal att må dåligt, har man nog fått något om bakfoten. I det enskilda ärendet går det inte att avstå. Man kan förstå en persons motiv till att inte vilja leva. Men om man förstår varför någon vill ta sitt liv vore det fel att säga "ok, ta ditt liv, det går ändå inte att rädda". Tvärtom, när en person inte kan känna hopp kan behandlaren göra stor nytta med sitt vikarierande hopp.

Sen var det det där med tvångsvård, på den punkten vet jag inte hur du tänker. Är hög risk för självmord så linjärt förenat med tvångsvård där du jobbar? Akut livräddande insatser kan vara nödvändiga, som hjärt-lungräddning när någon får hjärtstopp eller tvångsvis inskrivning på en psykiatrisk klinik för en akut suicidal patient. Man jobbar ju mot patientens samtycke i det ögonblicket och det gör man enbart på vitalindikation. Lagen om psykiatriskt tvång har dessutom syftet att gynna frivillig vård så tvångsvårdens plats i sammanhanget är endast liten, kortvarig och en nödåtgärd. Man skulle kunna dra det så långt som att säga att förutom i det akuta läget så blir tvångsvård i den här sortens sammanhang ett bevis för att samarbetet havererat. Om det då är patienten som inte samarbetar eller om det är vården som inte samarbetar med patienten, det kan vara olika. Men jag är ganska säker på att din tanke om tvångsvård som konsekvens av ett suicidpreventivt tänkande är riktigt bakvänt. När du säger att tvångets bortrövande av patientens autonomi kan driva en självmordshandling i sig så är det nog alltför sant. Det sorgliga blir att du tror att de två momenten – suicidprevention och tvångsvård – hänger ihop. Gör de det inom en verksamhet så är det fel på verksamheten, inte på målet.

Två saker till vill jag säga till dig. En av dem är att det upprör mig att se dig också blanda in läkarassisterade självmord bland dina argument. Här blir det mer personligt för min del. Om det skulle ingå i det möjliga för mig som läkare så vet jag inte om jag vill vara läkare. Om ett argument mot tanken att minska självmorden eller nå målet noll självmord är att det skulle omöjliggöra läkarassisterade självmord så gör det snarare nollvisionen än viktigare, som ett argument mot att omänskliggöra läkarprofessionen!

Anders, nu kommer jag till slutet av mitt brev. Jag tänkte berätta något fint för dig. För några år sedan hade Aftonbladet en artikelserie där de granskade psykiatrin på olika sätt. När det handlade om självmord fick jag berätta om det arbete med utbildning om suicidprevention som jag ägnat mig åt under några år, och jag var också med vid en chatt som AB anordnade. Många skrev in och frågade saker, mycket relevanta saker som ofta kretsade kring dina frågor.

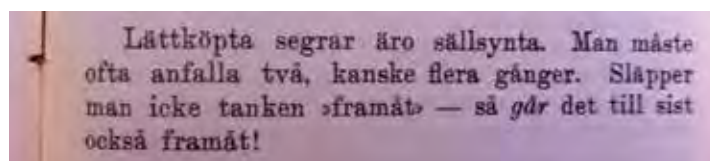
Efter chattens slut fanns ett forum dit inlägg skickades och en person beskrev hur han velat ta livet av sig och hans läkare ungefär sagt följande: "Jag kan inte hindra dig från att ta ditt liv, jag kommer inte tvinga in dig på sjukhus av såna skäl. Men innan du tar livet av dig skulle jag vilja be dig om att du skriver ner alla skäl du har till att inte leva och tar med den listan hit, så får vi diskutera det du skrivit." Personen beskrev hur denna uppmaning känts respektfull och hur den lett till ett årslångt samtal kring hans livsmotivation och att han till slut upptäckt att han inte längre hade en längtan efter att dö. Doktorn förhöll sig till patienten som Scheherazade förhöll sig till sultanen i ramhistorien i Tusen och en natt. Genom att uppleva den andres intresse och tolerera det, kom patienten att ha fått hjälp. Det kallar jag aktiv suicidprevention.

Så Anders, återigen tackar jag dig för att du bidrar till en levande diskussion om olika ämnen. När det gäller frågan om självmordsprevention anser jag alltså att du har dragit grundläggande felaktiga slutsatser. Patienter blir inte traumatiserade av att vi som arbetar med psykiatrisk vård också frågar dem om deras tankar på liv och död. Om vi gör det utifrån manualiserade metoder som vi använder på ett mekaniskt sätt, tja då blir det tokigt. Men används SCID på ett såntoreflekterande sätt, eller Y-BOCS eller MADRS eller vilken skala som helst för den delen, då blir ju ändå informationen ganska usel. Den kliniska bedömningen grundar sig aldrig enbart på ett formulär, n'est-ce pas?

Med önskan om en fortsatt levande debatt!

Allt gott, hälsningar

Daniel Frydman, psykiater och redaktionsmedlem



ur instruktionsbok för soldater från 1927

Annons

Klinisk psykiatrisk forskning

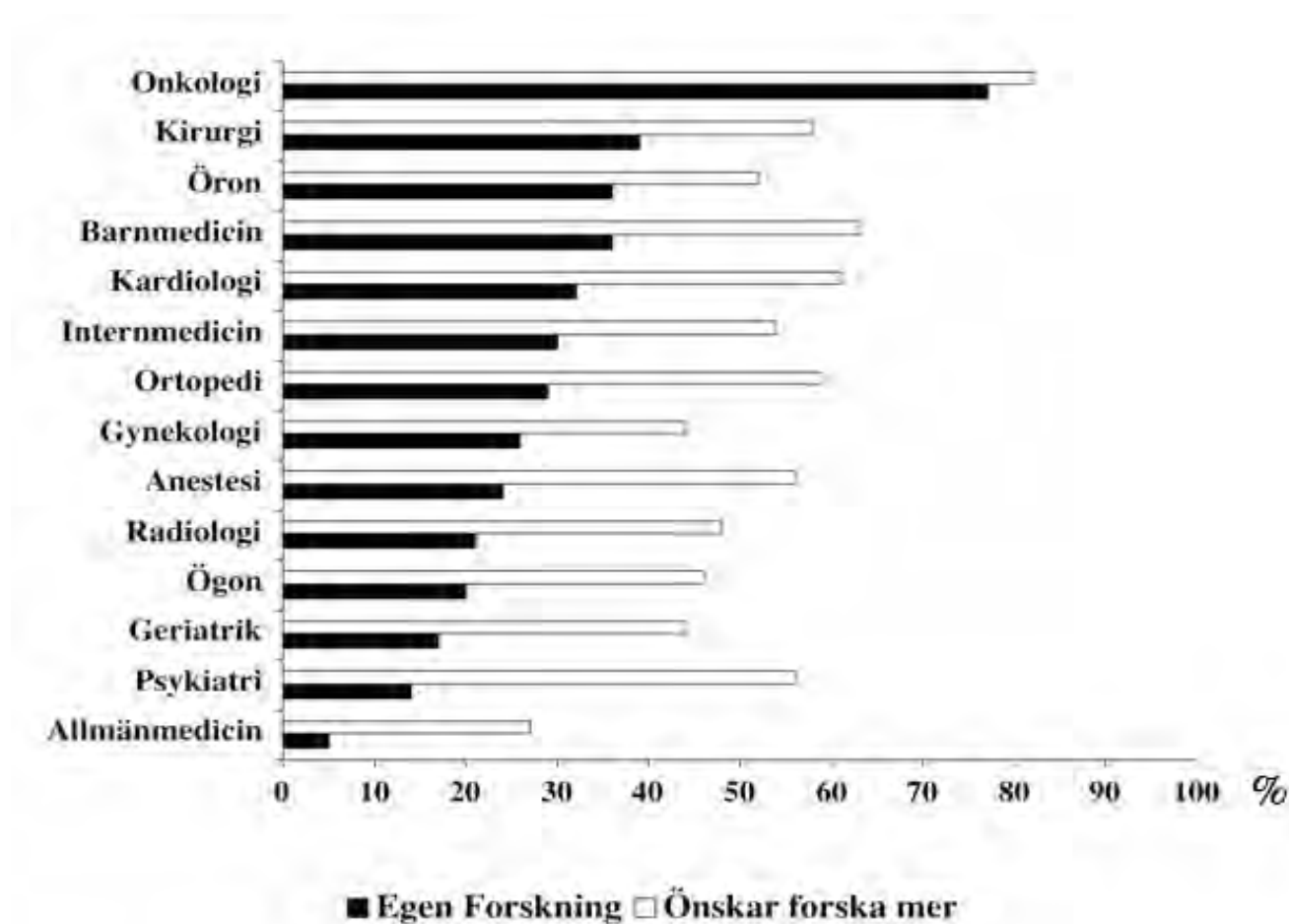
I augusti 2011 publicerade Kungliga Vetenskapsakademin ett Reformprogram för svensk psykiatrforskning (1). En arbetsgrupp inom akademien hade då funnit att den svenska forskningen kring psykiska sjukdomar är eftersatt, vilket gör att även utbildning och vård blir lidande. Man hävdade att kraftfulla åtgärder krävs för att återställa svensk psykiatri till den nivå den en gång hade. Lars Jacobsson har senare i Läkartidningen (2) på ett förtjänstfullt sätt diskuterat situationen och föreslagit en rad kraftfulla åtgärder för att förbättra situationen, inkluderande en betydande ekonomisk satsning under en 10-årsperiod, en förstärkning av alla universitetsinstitutioner vad gäller doktorander, en återgång till en situation då landets professorer åter skulle vara chefer på universitetsklinikerna, en starkare knytning av övriga akademiska lärare till klinikerna samt inrättandet av tjänster för icke-läkare på de psykiatriska institutionerna.

Nu bedrivs det på landets universitetskliniker högkvalitativ och viktig psykiatrisk forskning, men det är ett mycket litet antal personer som är universitetsanställda och som har forskning och undervisning som sin primära uppgift. Det är ute i landet, på de psykiatriska klinikerna, som de kliniska frågeställningarna finns och där intresset och nyfikenheten väcks. Det är också här de stora patientmaterialen finns.

I det aktuella läget kan det då vara spännande att försöka förstå hur landets psykiatrer upplever sin situation vad gäller klinisk forskning. En sådan möjlighet finns via den Läkarenkät som genomfördes 2010 och som presenterades mer i detalj av Eva Bejerot och medarbetare i Läkartidningen (3).

Pågående klinisk forskning

I Läkarenkät 2010 framgår att 14 % av svenska psykiatrer har pågående egen forskning. Det är en mycket låg andel. Endast Allmänmedicin har en lägre andel läkare som har pågående egen forskning (Fig. 1).



Samtidigt önskar 56 % av läkarna inom psykiatrin forska mer. Det är således som Lars Jacobsson (2) skriver att det finns en nyfikenhet inom professionen. De kliniska frågeställningarna finns och det finns en vilja att söka svar på frågorna.

Forskning och utveckling.

Det kan ibland vara svårt att dra gränsen mellan forskning, utveckling och kvalitetssäkringsarbete, s.k. FoU-verksamhet. Detta aktualiseras ofta i de Etiska prövningsnämnderna. Här har den centrala Etikprövningsnämnden intagit en pragmatisk hållning. Om de sökande själva bedömer att det rör sig om forskning och om man önskar publicera sina resultat i en internationell vetenskaplig tidskrift så skall det prövas som forskning. Det skulle ju då kunna vara så att det pågår ett livligt utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete i svensk psykiatri även om man inte direkt vill karakterisera det som forskning. Så är dock inte fallet. Visserligen deltar 50 % av läkarna inom psykiatrin i någon grad i verksamhetsutveckling men, förutom inom Allmänmedicin, så är det en lägre andel än i någon annan medicinsk specialitet (Fig. 2).



Varför skall vi då bedriva forskning i den kliniska verkligheten?

Det finns en viktig etisk aspekt. I en St. Görans-föreläsning 25 september 1974 diskuterade vår första docent i medicinsk etik, Clarence Blomquist, det oetiska i att inte forska (4). En av de viktiga aspekterna som Clarence Blomquist lyfte fram var att om man inte bedriver klinisk forskning så får man aldrig svar på frågan om den aktuella behandlingen är effektiv och man riskerar då att fortsätta med en ineffektiv behandling som i sin tur hindrar att annan effektiv terapi sätts in.

Det finns även internationella etiska konventioner som ger tyngd till att det är en etisk plikt att forska. I Madriddeklarationen som finns tillgänglig på Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida står i punkt 2:

Madriddeklarationen

2. Psykiatern är skyldig att vara förtrogen med den vetenskapliga utvecklingen inom specialiteten och att förmedla aktuell kunskap till andra. Forskningskompetenta psykiatrer skall sträva efter att flytta fram psykiatris vetenskapliga positioner.

Förutom att många läkare inom vår specialitet har en inneboende nyfikenhet och en inneboende vilja att förstå mer om psykisk sjukdom och våra behandlingars effektivitet och begränsningar, så är det således en etisk plikt att bidra till att flytta fram vår specialitets vetenskapliga positioner.

Vad är det som hindrar psykiater att forska mer?

I Läkarenkät 2010 framgår en rad saker som är viktiga eller avgörande hinder för dem som inte bedriver egen forskning men som skulle vilja forska mer (Tab. 1).

Tab. 1 Hinder som är viktiga eller avgörande för att inte forska mer. Läkare som inte bedriver egen forskning men som skulle vilja forska mer:

1. Saknas utrymme för forskning i tjänsten	68%
2. Byråkrati kring forskningsanslag, ALF-medel mm	53%
3. Brist på handledare	49%
4. Arbetsplatsen saknar anknytning till forskningsorganisation (universitet, FoU-enhet)	47%
5. Tillhör inte de "rätta" nätverken	47%
6. Svagt intresse från ledning/huvudman	46%
7. Omstruktureringar och organisationsförändringar	34%
8. Låg värdering av forskningsmeriter	29%

Det enskilt viktigaste skälet att man inte bedriver forskning är att det saknas utrymme för forskning i tjänsten. Det här är något märkligt för det finns juridiska skäl för att verksamhetscheferna i större utsträckning skulle tillse att det finns forskningsutrymme inom ramen för läkartjänsterna. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står:

Forskning

26 b § Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Vidare står det om kvalitetssäkring:

Kvalitetssäkring

31 § Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Givetvis sköts också dessa uppgifter på många håll på ett alldeles utmärkt sätt. Det finns FoU-anslag att söka och på många håll finns mycket välfungerande FoU-enheter som bedriver viktig klinisk psykiatrisk forskning. Men detta är naturligtvis till begränsad glädje om det inte finns utrymme för forskning inom den egna tjänsten. Det är ju också tyvärr så att läkarna inom psykiatri i allt mindre utsträckning styr över och planerar sin egen arbetstid (3).

Bland övriga skäl som nämns som viktiga hinder för att bedriva egen forskning finns byråkrati kring forskningsanslag, ALF-medel mm., brist på handledare, att arbetsplatsen saknar anknytning till en forskningsorganisation, att man inte tillhör de "rätta" nätverken och svagt intresse från ledning/huvudman.

Ett problem i sammanhanget skulle kunna vara att psykiatri avviker från andra medicinska specialiteter i ett viktigt avseende. Det är bara 51% som uppger att de har en läkare som närmsta chef medan det i läkarkåren som helhet är 67 % som har en läkare som chef. Inom t.ex. internmedicin är det 85 % som har en läkare som chef. Det är också endast 52 % som helt och fullt har förtroende för chefens kompetens inom det egna ämnesområdet. Nu behöver det inte vara avgörande om chefen är läkare eller har annan profession men det är oklart i vilken utsträckning de icke-läkare som är chefer har egen forskningskompetens eller egen forskningserfarenhet. Det är möjligt att det vore av värde att belysa de frågorna i en separat Läkarenkät bland Svenska Psykiatriska Föreningens medlemmar.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det således en liten andel av landets läkare inom psykiatri som har egen pågående forskning. Vidare är det, åtminstone jämfört med andra medicinska specialiteter, ganska få som aktivt deltar i verksamhetsutveckling. Detta trots att det finns starka etiska skäl och etiska rekommendationer att bidra till att flytta fram vår specialitets vetenskapliga positioner.

Det viktigaste skälet som lyfts fram av dem som skulle vilja forska mer som inte har egen pågående forskning är att det saknas utrymme för forskning i tjänsten. Detta är beklagligt då det inom Hälso- och sjukvårdslagen finns stöd för huvudmannens ansvar för forskning och kvalitetsutveckling. Det är också bekymmersamt att nästan varannan läkare upplever svagt intresse för forskning från ledning/huvudman. Det är också ett problem att endast 52 % av svenska psykiatrer har förtroende för chefens kompetens inom det egna ämnesområdet.

Några skäl som lyfts fram är också brist på handledare, att arbetsplatsen saknar anknytning till forskningsorganisation samt att man inte tillhör de "rätta" nätverken. Här har Svenska Psykiatriska Föreningen en viktig uppgift att fylla genom att hjälpa till att förbättra kontakterna och knytningen mellan de psykiatriska klinikerna och de akademiska enheterna. Ett utmärkt forum kan vara de årligen återkommande Svenska Psykiatrikongresserna.

**Lars von Knorring, Professor emeritus, Uppsala universitet
Professor/Överläkare, Psykiatriskt forskningscenter, Örebro
E-mail: Lars.von_Knorring@neuro.uu.se
Susanne Bejerot, Docent, Karolinska institutet, Stockholm**

Acknowledgement:

Data kommer från forskningsprojektet "Läkares arbetsvillkor – arbetstider, arbetsorganisation, återhämtning och kunskapsutveckling", projektledare Eva Bejerot, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Finansiärer för projektet var AFA Försäkring, VINNOVA och Sveriges läkarförbund. Data som används i föreliggande artikel har hämtats från en sökbar databas på Internet, <http://data.pifokus.se>.

Referenser

1. Kungliga Vetenskapsakademien. Reformprogram för svensk psykiatrforskning. KVA, Stockholm, 2011.
2. Jacobsson Lars. Kommentar till Vetenskapsakademiens rapport: Staten bör satsa 300 miljoner på klinisk psykiatrisk forskning. Läkartidningen 2012, nr 6, sid 264-5
3. Bejerot Eva, Aronsson Gunnar, Hasselbladh Hans, Bejerot Susanne. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. Läkartidningen 2011, nr 50, sid 2652-6
4. Blomquist Clarence: Det oetiska i att inte forska. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 1975, vol. 29, nr 1, sid 47-59



Deadline för bidrag till
nästa nummer: 15 maj

Annons

SLUP erövrar Norrlands huvudstad

Ett gnistrande vintervitt snölandskap välkomnade landets ST-läkare i psykiatri till årets nationella ST-konferens på Södra Berget i Sundsvall. Konferensen anordnas årligen av SLUP (Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri) för alla landets ST-läkare inom de olika psykiatriska specialiteterna. 2013 års konferens lockade glädjande nog ett rekordstort antal deltagare, mer än 154 stycken var anmälda i år och konferensen var fullbokad redan i december. På 240 meters höjd över havet och med en storslagen utsikt över Sundsvall bjöds deltagarna på tre dagars fullspäckat konferensprogram på temat "Persona non grata – personlighetens plats i psykiatri". Det komplexa och spännande temat, den vackra konferensorten och den unika möjligheten att träffas, nätverka och umgås med ST-kollegor kan troligen förklara det stora intresset. Medelpads Idrottsgala pågick samtidigt på Södra Berget, vilket å ena sidan begränsade möjligheterna att ta in fler deltagare än de föranmälda, men å andra sidan gav en extra krydda åt galamiddagen på torsdagskvällen...



SLUP hälsar välkomna

Lisa Ekselius var konferensens premiärtalare, och redogjorde på ett målande sätt för synen på personligheten genom tiderna.

Hon fick snart sällskap av Jörgen Herlofson, som poängterade det flyktiga i begreppet personlighetsdiagnostik och istället tillsammans med auditoriet resonerade kring psykiaterns egen personlighet som ett redskap i det differentialdiagnostiska arbetet. Mycket uppskattat!

Bland övriga föreläsare som bidrog med spännande perspektiv inom ämnet kan nämnas Bo Söderpalm, P-A Rydelius, Simon Cervenka, Lars Albinsson, Björn Wrangsjö och ett antal andra uppskattade personer. Ulf Åsgård och Niklas



Johan Cullberg och Ulf Åsgård



SLUP's ordförande Hanna Edberg

Långström hade en gemensam genomgång av och diskussion kring fallet Breivik, delvis med fokus på personlighetsmässiga variabler, men även en diskussion kring psykiatrisk diagnostik, rättspsykiatriska utredningar och begreppet "allvarlig psykisk störning". Debatten gick het efteråt och hade säkerligen kunnat pågå långt in på aftonen, om inte galamiddagen hade kommit emellan.

Under middagen fick deltagarna möjlighet att diskutera de olika aspekterna



Lisa Ekselius preminärtalar på temat personlighet

av personlighet med varandra, men även sjunga tillsammans, under tiden de serverades bland annat hummergelécannelloni och kalvytterfilé.

Sundsvallsbaserade sångerskan Linnea Kibe (m.fl.) bjöd dessutom på ytterligare musik och underhållning under middagen. Ett annat inslag som påhejades ivrigt av konferensdeltagarna var att flera av föreläsarna, som var på plats under galamiddagen, passade på att bidra med spontana trevliga tal under kvällen. Väldigt roligt och uppskattat!

Vi i SLUP är mycket nöjda med konferensen som helhet och tycker att det blev ett lyckat arrangemang, inte minst med tanke på de många positiva omdömen som vi redan fått från deltagare och föreläsare. Vi har märkt av ett ökande intresse för att delta såväl från konferensdeltagare som från föreläsare, vilket är oerhört roligt och motiverande för oss!



Nöjda SLUP:are



Fullsatt sal

I utvärderingarna framkom att deltagarna gav konferensen helhetsbetyget 5,2 av 6 och 5,5 av 6 skulle rekommendera utbildningen till en kollega i samma situation.

Vi vill tacka alla som deltog och som möjliggjorde att 2013 års ST-konferens blev den kanske mest uppskattade hittills. Vi kommer självklart göra vårt yttersta för att få till ett minst lika bra arrangemang även 2014.

Väl mött nästa år!

**Hanna Edberg
Sigrid Storetvedt
SLUP**

Foto: Sara Öster och Hanna Edberg



Ludvig Igras tunna hinna

Det är dags att vi försöker anstränga oss att se att saker och ting faktiskt hänger ihop och när vi gör det slipper vi den fragmenterade och oftast kortvariga vrede över sakernas tillstånd som kan sluta i uppgivenhet eller, i värsta fall, det missnöje som griper efter järnrör.
Greider, G.:

"Vi ser rum för rum - inte den lutande byggnaden."
Metro 2013-01-08.

Fotograf: Fredrik Persson, Expo

Psykoanalytikern Ludvig Igra stod mitt uppe i sin praktiska verksamhet, när han gick bort för 10 år sedan. Igra var född i Polen 1945 i en judisk familj, som överlevt Förintelsen och han kom sedan att växa upp i Sverige. Det var här fick han sin utbildning och det var här han blev författare till en rad böcker om livsvilja och destruktivitet.

Detta är Europa, detta är nu

Dagens Europa visar på drag som liknar 1930-talets med ekonomisk kris, lågkonjunktur, arbetslöshet, växande klyftor och ökad främlingsfientlighet. Vi läser att förintelseöverlevande runt om i Europa återigen fruktar för sin säkerhet. Att akademiker inte längre vågar uttala sig under sina riktiga namn. Att det har blivit hårdare tag mot så kallade papperslösa. Mitt i Sverige finns regioner där arbetslöshet, bidragsberoende och betalningsproblem närmar sig Greklands eller Spaniens nivåer. Men flertalet av oss blundar gärna för både vithetens privilegier och den diskriminering som icke-vita svenskar utsätts för. Asylgruppen i Malmö har märkt en ökning av att cyklister och tågresenärer "med utländskt utseende" stoppas och kontrolleras av polis fast det är emot reglerna. Asylsökande ungdomar grips på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, där de går på behandling för pågående stress

Professor Svante Nordin vid Institutionen för idé- och lärdoms historia, Lunds Universitet -"Kulturanatomen" kallad, tidigare Anatomiska Institutionen, där för övrigt

artikelförfattaren en gång påbörjade sina medicinstudier - har i sin prisbelönta encyklopedi över 1900-talets filosofiska historia pekat på hur framstegstro på ett ögonblick kunde ersättas av brutalt vansinne. Han menar att det är en illusion att tro att det inte kan upprepas igen och vill varna för de ökande våldstendenserna och främlingsfientligheten i dagens Europa. En av författaren Carl-Henning Wijkmarks senare romaner, "Den svarta väggen" är en dystopi, alltså en starkt negativ framtidsvision, en anti-utopi, som samtidigt är en intensiv samtidskritik.

Berättarjaget ser sig inte längre som en person, mera som en levnad, en livresa, "... tycker jag kan livet utantill, men accepterar äntligen att jag inte förstår texten." Han tycker sig se hur förljugenheten under andra världskriget, med undagömda hemligheter och svassande för fascistiska regimer, har återuppstått i form av nya, radikala högerströmningar i Sverige, "Glömskans land". Då fanns också en skräck för utlänningar:

– Det är en hysteri. Jag ser ju själv utländsk ut. Rätt som det är står en hemvärnsgubbe framför dig och kräver leg. 'Inte värre än i snabbköpet' sägs det. I själva verket är det inrikespasset som är tillbaka. Man skyller på utländska ligor och kaukasier - talar ogärna om ryssar - men det är större än så. Det är hela avskärningsandan.

– Risken att bli utlämnad till Gestapo vars utsända i Stockholm man länge fjäskat för. Utlämnad till tortyr och död; sånt hände i Sverige.

– Det finns en gammal symbios mellan media och myndigheter. En själv censur om du så vill. Nästan alla journalister accepterar det, de andra motas undan. Jag har accepterat det, men jag börjar få nog.

– Människorna verkar ha gett upp, rör sig som i sömnen. Trötta, otäta själar. Man träffas och äter en bit och sitter och hoppas. Så går man hem till sig. Rovdjuren slåss om bytet som om det inte fanns något folk. Politikerna, bossarna, ryssoligarkerna, hemmaoligarkerna (och) det borgerliga akvariet där man genom flit och anpassning till snäva gränser uppnådde det bekväma liv som var det enda man kunde uppnå... Skenaktivitet.

När Åsa Linderborg på Aftonbladet bestämde sig för att hösten 2012 granska högerextremistiska internetsajter som Axpilat, Fria Tider och Nordfront var reaktionerna blixtnabba: "Ni hotar yttrandefriheten!" "Nackskott!.." Linderborg upplevde sig kartlagd. Hon lär sig ta olika vägar till och från jobbet, får säkerhetsfönster och säkerhetslarm. Hon vill inte göra sig märkvärdig, är ju ingen Salman Rushdie eller Roberto Saviani, men i alla fall... Skrattar först, blir därefter förbannad. Sen kommer gråten. Och skammen. Känslan att vara förföljd är ångestskapande: "Nån vill skada oss. Nån kan skada familjen..." Linderborg skriver att stöveltrampet hörs tydligt på "hatsajterna". Det här handlar inte om att några journalister inte klarar av att bli påhoppade: Värre är vardagsrasismen. Att det plötsligt blivit okej att tycka illa om invandrare. Den förnedrande sexistiska jargongen! Frågan är hur långt *toleransen för intoleransen* bör gå? Risken är att det till slut uppstår en sorts själv censur.

Man orkar helt enkelt inte hålla på att försvara sig mot idiotierna. Istället väljer man andra ämnen att skriva om... Tidigare politiska redaktören på Aftonbladet Helle Klein har påpekat att du aldrig behöver se den du debatterar med i ögonen i de sociala medierna. Du kan vara helt anonym. På bara några sekunder kan du sprida lögn och hat. Så förråas det offentliga samtalet och meningsmotståndarna blir inte längre människor: "I klickandets kultur frodas åsikter utan ansvar." Formellt kan ett straff bli strängare om motivet bakom brottet är att kränka en person för till exempel sexuell läggning, religion eller hudfärg, men det är svårt att komma åt övertrampen rättsligt. Juridiska experter menar att så kallade hatbrott inte är någon brottsrubricering utan egentligen bara en straffskärpningsregel.

Forskaren Lisa Bjurwald, som sitter i redaktionen på tidskriften Expo, har redovisat hur rasismen vinner mark runtom i Europa. EU- och demokratiminister Birgitta Ohlsson är oroad för högerextrema framgångar i EU-valet. Italien har efter Mussolini-diktaturens fall gått från ett land grundat på antifascism till ett land där fascisterna återigen syns öppet

på gatorna och sitter i parlamentet. I Tyskland mobiliserar nynazister i tysthet och i Ungern har det nyfascistiska Jobbik tagit väljarna med storm. Utvecklingen i Danmark, Frankrike, Nederländerna och Schweiz visar också att det går att vinna framgång genom främlingsfientlighet och kränkningar av de grundläggande fri- och rättigheterna. Genom att göra människor till syndabockar och få stor uppmärksamhet i media lyckas Sverigedemokraterna locka missnöjda väljare. Enligt en rapport som finska Hanaholmens kulturcentrum har gjort tillsammans med svenska stiftelsen Expo har det rasistiskt motiverade våldet ökat också i Finland.

Bland annat har Finska motståndsrörelsen utfört attacker mot såväl Prideparaden som invandrare och politiker. Rapporten visar även att den svenska och den finska extremhögern har ett tätt samarbete. Internationella Röda Korset har uppmärksammat att dagens ekonomiska kris ökar risken för revolter i Sydeuropa liknande dem vi nyligen sett i Nordafrika. Högerpopulistiska och nyfascistiska partier som Gyllene gryning i Grekland vinner poäng på att distribuera mat och skydd till "etniska greker". I Spanien finns liknande tendenser och trenden riskerar att spridas som en löpeld. Som motåtgärd har ett antal europeiska länders Röda Korsverksamheter börjat med matutdelning i de egna länderna, *något som inte har förekommit sedan Andra världskriget!* Svensken Sture Linnér gjorde vid den tiden modiga insatser som Rödakorsdelegat i Grekland, men det är en annan historia.

Den tunna hinnan

Den alltför hastigt bortgångne Ludvig Igra, som med sina föräldrar flytt undan nazismens härjningar, hade kommit fram till att omsorg och grymhet har ett gemensamt ursprung i människans psykiska konstitution - som en tunn hinna, där det destruktiva och det livsbefrämjande möts och skiljs åt. *Båda möjligheterna finns inom en och samma person.*

Igra skriver att det som är okänt kan uppfattas som hotande, som den skrämda alltför lätt fyller med egna fördomsfulla föreställningar. Resonemanget syftar inte bara på synen på "främlingen" utan inbegriper också den svage, den som är fattig, den som är sjuk eller bara gammal. Sociologer som Zygmunt Bauman menar att idag nästan alla tekniska landvinningar drivs fram av ekonomiska intressen utan sociala hänsyn.

Det handlar om något som är inbäddat i en större samhällsmaskin som lika obönhörligt som en naturlag ser till att allt fler människor görs överflödiga och skrivs av, dumpas och hänvisas till att kämpa för blotta överlevnaden. Den italienska författaren Chiara Valerio har samtidigt framhållit att särskilt den unga generationen upplever en förvirring. Arbetets och rättigheternas gränser har blivit utsuddade, visst, men, som hon skriver, *den stora förändringen är känslomässig*: De uteblivna positiva lösningarna har kommit att ersättas av förbannelser, vrede och besvikelse.

Själsliga sår, som har uppkommit tidigt, tenderar att följa med in i vuxenlivet och så småningom bli en del av självbilden. Psykoanalytikern Marta Cullberg Weston talar om människans kanske känsligaste punkt, säkerhetsängesten, en ångest, som kan bli särskilt uttalad när människors identitet upplevs som hotad, eller som Ludvig Igra hävdade: Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet kan leda till att vi väljer totalitära tänkesätt och därmed utesluter andra människor från rätten till gemenskap. En sådan utveckling kan också bidra till förlust av empati och till den enskilde medborgarens själsliga brutalisering (Igra använder uttrycket *karaktärsperversion*). Det handlar inte om intelligens, men vi är rädda för komplexitet och vi vill ha entydiga svar. Det totalitära ger då en skenbar säkerhet och den andre blir en fiende.

En särskilt fränstötande aspekt är hur sexualiteten blir en del i det repressiva beteendet. Ludvig Igra ville påminna om att denna typ av våld nästan alltid är förknippat med sexuellt skändande. Han menar att det rör sig om omedvetna fantasier, som hämtar sin näring ur den infantila sadistiska föreställningsvärlden, där lusten att solka ner och plåga är stark. I sadismens väsen ligger att förödmjuka och ta absolut och oinskränkt kontroll över en levande varelse, ett djur eller en människa, och att tvinga den andre att lida utan att vara i stånd att försvara sig. Igra lyfter fram att i vår kultur den manliga sexualiteten lättare än den kvinnliga låter sig genomsyras av sadistiska uttrycksformer. Den manliga sexualiteten riskerar härigenom att bli till en del av perversionens dynamik och föreställningsvärld.

Idéerna är väl inte alldeles nya. Efter Weimarrepubliken, när Hitler och nazisterna tog makten, var debatten om "den fascistiska människan" och samhällsklimatet livlig. I vårt land reagerade författaren och sedermera nobelpristagaren Per Lagerkvist snabbare än de flesta. Problemet med ondskan inom människan som följde honom genom åren nådde en höjdpunkt genom romanen "Bödeln", som kom ut 1933. Litteraturforskaren, professor Håkan Möller, Institutionen för litteratur, idéhistoria & religion vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs Universitet, har framhållit att i "Bödeln" har två tidsplan ställts samman: medeltid och samtid. I bokens senare del exponeras nutidsmänniskan, som hos Lagerkvist får spegla krisen i samtiden - förhållandet av våldet, ytligheten, intoleransen och rashatet.

Udden var dubbelriktad mot underhållningskulturen och de politiskt lättleda massorna. I "Den knutna näven" från 1934 beskrev Lagerkvist en resa till Aten och Delfi, där konfrontationen mellan det klassiska och en orolig samtid drev på hans aktioner i humanismens tjänst. Det gällde att skapa en andlig mobilisering mot nazismen och förbereda en svensk motståndsrörelse. När kriget kom stod Lagerkvist på Gestapos dödslistor. Andra som författarna Harry Martinsson och Johannes Edfelt och kretsen kring den så kallade Tisdagsklubben var också trogna sina ideal under dessa år, trots att de stämplades som säkerhetsrisker

- trakasserades, förhöordes och registrerades. Den stridbare tidningsmannen i Göteborg Torgny Segerstedt inte att förglömma. Bland våra medicinska kollegor fanns delade meningar beträffande Hitlertyskland - alltifrån entusiasm och avvaktande hållning till kritik och distans. Det framgår av en ny studie av medicinshistorikern Nils Hansson i Lund.

Hade tyskarna blivit galna, hade de verkligen blivit galna allihop? Den som vill veta något om detta rekommenderas filosofiprofessorn Harald Ofstads bok om föraktet för svaghet och nazistisk människosyn. Man kan också ta del av enskilda personers vittnesmål. Författaren och nobelpristagaren Thomas Mann skrev att "barbariet som förr kom utifrån är numera folkens eget verk". Mann kände först fasa, sen mest förakt och förbittring inför "det vämjeliga vansinnet." Han såg nazisterna som gemena typer, som med förryckta skamlösa medel ville nå sitt mål: absolut, okritiserbart herravälde. Dagboken blev då en tröst och en hjälp i en kaotisk tid. Journalisten Sebastian Haffners viktiga "En tysk mans historia" blev en berättelse om Tysklands historia som en del av den egna biografien. Han beskriver förloppet som en förrädisk glidande process som förvandlade kritiker till cyniker och till medlöpare. Det allt grövre språkbruket kunde ses som uttryck för "en brutal dumhet, som trampade varje anständig sanning under fötterna" (Th. Mann). Frikåerna som växte snabbt i antal var från början ifråga om åsikter, beteende och kampstil helt enkelt detsamma som de kommande nazistiska stormtrupperna. Tyvärr medverkade många forskare aktivt till politiseringen, nationaliseringen och nazifieringen. Den moderna suggestionstekniken underlättade likriktningen. Det var plakat och demonstrationståg, massmöten, marscher, fester (ja, faktiskt) och allt oftare skottlossning. Men man kände att fredstiden gick mot sitt slut, och sedan?

Ja, hur kunde det gå som det gick? Orsaken till sympatierna för Hitler och den nazistiska ideologin anges ha varit det ökade missnöjet i den svaga Weimardemokratin. Det var i grunden en djup ekonomisk kris som påminner om dagens. För att betala av statsskulden tilläts ekonomin nästan att kollapsa. Ideliga "nödförordningar" sänkte och åter sänkte lönerna, pensionerna och understöden. Paradoxalt nog var det för att skydda systemet som åtgärderna vidtogs, men arbetslösheten och problemen med ekonomin väckte också rädsla.

Det var då lätt att gripa till förenklade lösningar. "Också våldet förenklar och gör egentligen allt rättsförfarande onödigt" (Th. Mann). Haffner förmodade att kanske var det just för att alla var så säkra på att det inte kunde gå så - och litade så fullt och fast på det - och inte företog någonting för att *förhindra* att det blev som det blev. De som vägrade att acceptera sakernas tillstånd hade en svår situation framför sig med dagliga förolämpningar och förödmjukelser. Stressen och spänningen gav upphov till plötsliga raseriutbrott.

För en del var den psykiska påfrestningen så stor att det fick direkt fysiska konsekvenser som hjärtattacker, kräkningar och magkramp. Det verkade till och med som om man kunde få appendicit (!) av psykiska orsaker. Den opolitiska Haffner fick höra att han kunde uppfattas som ett latent hot mot staten, "åtminstone om han opponerade sig offentligt". En av hans bekanta var läkare och bara försvann. Denne hade publicerat artiklar och organiserat en framgångsrik socialmedicinskt inriktad verksamhet i sitt distrikt - en arbetarstadsdel. Det var känt att han stod till vänster och han hade stått på nazisternas första lista...

Ett fåtal gjorde trots allt motstånd. Vår psykiaterkollega Albert Boerman var som ung medicinstudent i sitt hemland Holland aktiv i motståndsrörelsen innan han efter kriget utvandrade till Sverige. Rödakorsaren Sture Linnér har berättat hur han genom tillfälligheternas spel under ett besök drogs in i den underjordiska "Vita Rosen" vid Münchens universitet. Studentskan och senare läkaren Marie-Luise Jahn var också med i rörelsen. Jahn har beskrivit för DN-journalisten Thomas Lerner hur hon hade blivit alltmer kritisk: "Jag började se och höra det som verkligen hände; ville ta ansvar för mitt liv, inte följa nazisternas dekret." Det gick för en tid, men sedan var det bara att packa väskorna... En av dem som flydde var också den kontroversielle österrikiske Freudlärjungen Wilhelm Reich, som skrev boken "*Die Massenpsychologie des Faschismus*" (numera också i engelsk översättning).

"Fascistiska" auktoritära metoder, nationellt betonade, började kring 1930 avlösa de gamla klassiska formerna av demokrati. Idealfascisten var en ung man, som hade "viljans kraft och fallenhet för våld", skriver journalisten och historikern Henrik Arnstad. Reich definierade fascism främst psykologiskt som "the basic emotional attitude of the suppressed man of our authoritarian civilization and the sum total of the irrational reactions of the average human character." Vid sidan av Reich har psykoanalytikern och humanisten Erich Fromm haft stort genomslag. Det var Fromm som myntade begreppet "social karaktär" för att förstå hur kulturen påverkade individernas karaktärsstruktur och han har fäst uppmärksamheten på olika former av mänsklig destruktivitet. Utifrån sina kliniska erfarenheter hade han kommit att studera fenomenet med likgiltigheten för livet i en alltmer mekaniserad värld, "där människor förvandlas till objekt och lever en osäker tillvaro, som präglas av likgiltighet för andra och kanske till och med som ett hat mot själva livet..."

Psykiater och professor i religionspsykologi vid Uppsala Universitet Owe Wikström, som har forskat inom området individ - kultur, talar liksom Fromm om flykten från friheten och en längtan efter entydiga svar. Han menar att när till synes alla värden faller, traditioner upplöses och få idéer längre har självklarhetens styrka, uppträder ett slags ideologiskt vacuum, "en relativismens yrsel eller en mångfaldens svindel", där "dömd till frihet", "liberalisering" och "alienation" är olika benämningar, beroende på politisk

och filosofisk hemvist. De starka ideologiska och auktoritära (fundamentalistiska) grupperingarna med tydlig struktur erbjuder en social trygghet och en klar identitet, som kan utöva en stark dragningskraft, men som också är indikatorer på en social splittring, som underminerar samhällets sammanhållning.

Kanske hade den engelske filosofen Hobbes rätt, som hävdade *homo homini Lupus* (människan är en varg för människan)? Rör det sig om slumrande, omedvetna, irrationella, "arkaiska", impulser och drifter, som finns inom varje människa? Vi vet att nästan vem som helst kan bete sig grymt och brutalt. Faktum är att den mesta forskningen tyder på att vi alla skulle kunna vara potentiella torterare och massmördare. Det räcker att någon säger till oss att trycka på knappen, skruva upp strömmen, lägga an mot de oskyldiga, samt ger oss ett gott skäl till att dådet bör utföras... En del fastnar i en slags hämndspiraler. Hos de riktigt brutala finns paranoia eller narcissistiska personlighetsdrag. Anders Behring Breivik används i Lisa Bjurwalds senaste studie "Skrivbordskrigarna" som exempel på en typ av person och våldsverkare som ett öppet samhälle aldrig kan komma åt, den ensamme, som i hög grad radikaliserats på sin kammare i sina paranoia konspirationsteorier. Hotet handlar inte bara om hudfärg eller religion utan består av allt som motarbetar mänskliga rättigheter som yttrandefriheten, ickevåldsprincipen och kvinnors lika värde. Hon ställer frågor om självradikalisering via internet och hur det skapas virtuella lynchstämmningar: "*Hur hittar vi nästa Breivik bland tiotusentals skrivbordskrigare.*" Det är alldeles för lätt att starta en mobb på nätet med den nya tekniken. Fenomenet drabbar inte bara enskilda - hotet mot journalister och politiker är ett hot mot själva demokratin. Tendensen att ge sig på främst kvinnliga journalister tycks dessutom snabbt ha förvärrats. Journalisten Katarina Mazetti har utsatts för grova hatmejl efter en krönika i *lca* (1). Hon har också trakasserats på telefon och har i hemmet utsatts för bankningar på dörrar och fönster - d.v.s. samma metod med en mobb som hotar och skrämmar folk som nazisterna använde i början. Det är svårt att förstå varför inte då fler känner oro. Fascismen lever på irrationalitet och sociala konflikter som inget parlament förmår lösa och Sverige börjar bli fullt av sådana motsättningar.

Att motverka likgiltigheten

"Den tunna hinnan" blev Ludvig Igras genombrott. Med sin metafor ville han påminna om hur nära varandra det destruktiva och det livsbefrämjande befinner sig inom människan. Och han ville med handledning och med böcker framhålla att *i närheten finns en potential*, som kan underlätta rörelsen mot det positiva och livsbejakande. Ofta är känslan av att vara hotad och det defensiva våldet inte baserat på realiteter utan på inbillning. I ett samtal med journalisten Robert Dahlström uppehöll sig Igra vid allas vårt personliga ansvar för våra handlingar (också som passiv åskådare) och vikten av dialog: