

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2011

Tema: *Förbjudna känslor*

kärlek

hat

rädsla

osäkerhet



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*
- 5** SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta
Ledare. *Lasse Eriksson*
- 10** Kalendarium
- 21** Tigers krönika
Mikael Tiger
- 23** Kommande temanummer
- 30** 10 frågor till.....
Möt Hanna Edberg, Ordf. SLUP
- 37** Professorsrutan: Mästare, gesäll, rollmodell
Ulf Rydberg
- 49** Bokrecension: Det Femte barne, Doris
Lessing *Hanna Edberg*
- 51** Professorsrutan: Poul Bjerre - förgrundsfigur
på sin tid. *Ulf Rydberg*

Aktuell information:

- 12** Gör stor patientnytta utan större egen
ansträngning. *Dan Gothefors*
- 12** Internationell uppmärksamhet för SPFs
kliniska riktlinjer.
Dan Gothefors
- 16** Så minns vi Brita Mannerheim
Personalen på Tonårsbyrån
- 28** Det senaste från METIS: nya pengar till nya
utmaningar. *Raffaella Björck*
- 57** Cullbergstipendiet

Kommande möten:

- 8** Kallelse SPF's årsmöte
- 32** SPK 2012
- 67** Riksstämman 2012

Tema:

- 9** Hur jag lärde mig förstå att mina känslor
har med behandlingen att göra
Daniel Frydman
- 14** Var tar känslorna vägen inom sjukvården
Björn Wrangsjö
- 24** Gnäll och maktlöshet och utveckling
Björn Wrangsjö
- 44** Narcissism på gott och ont. *Daniel
Frydman*
- 57** Om fetischism. *Hanna Edberg*

Psykiatrins historia

- 47** En resa genom den svenska psykiatrins
historia, del 5. *Karin Enzell*

Rapporter från möten och resor

- 17** Rehabiliteringsgarantin
Astrid Lindstrand
- 35** World Mental Health Day 2011
Isak Sundberg
- 42** Bok & Biblioteksmässan. *Stina Djurberg*
- 54** Årlig skola för ca 200 ryska yngre psykiatrer
i Suzdal - svenskt bidrag i år. *Jerker
Hanson, PA Rydelius, Isak Sundberg, Elena
Zadorina*

Från Föreningen för konsultationspsykiatri

- 18** Konsultationspsykiatri goes north
Calle Sjöström

Debatt och diskussion:

- 27** Enkät visar att patienter med bipolär
sjukdom vill jobba i större utsträckning!
Anders Berntsson
- 39** Apatiska barn idag. *Torgny Gustavsson*
- 60** Transpersonella upplevelser hos
barnafödande kvinnor. *Kersti Wistrand*
- 62** Har vi psykiatriska synpunkter på
Livsuppehållande åtgärder? *Arne Stenstedt*
- 65** RPRS-s Real Psychiatrist/Psychologist Rating
Scale - self evaluation. *Anders Almingefeldt*

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



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

(ps-frydman@bahnhof.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/dundanim - Bakgrundsbild
Design, Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Leda och tristess och rädsla...

... och självförakt och maktlöshet.

Känslor som vi inte vill visa att vi känner inför patienter, medarbetare, familj. Vi belyser dem i detta nummer, och ger även några förslag på hur man kan hantera dem. Och så slänger vi in litet fetischism som extra krydda. Ämnet är dock långt ifrån uttömt och vi lär få anledning att återkomma.

Livsstil

Det ska vi ta itu med i nästa nummer. En Googlesökning på ordet ger drygt 20 miljoner träffar så det måste finnas mycket att skriva om. Enligt Wikipedia skapades begreppet 1929 av psykologen Alfred Adler och betyder helt enkelt "en människas sätt att leva". Som läkare associerar man väl i första hand till sådant som mat, motion, sömn, alkohol, tobak och droger.

Men det finns fler infallsvinklar för en psykiater:

Vilka sorts livsstilar ger upphov till psykiskt lidande? Och vilka sorts livsstilar kan det psykiska lidandet i sin tur försvåra? Hur lever vi själva - vi ger våra patienter råd men hur pass bra är vi på att leva som vi lär?

Det och mycket mer kan Du skriva om!

Även detta år hoppas vi i redaktionen att de förestående helgerna ger er alla möjlighet till återhämtning och gott om tid till författande.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

"Den ljusnande framtid är vår..."

Den sången kanske inte alla förknippar med denna årstid men jag har tänkt mycket på den de senaste dagarna. Visst ljusnar det snart? Mindre än en månad kvar till vintersolståndet!! Sedan vänder det igen. Det är fantastiskt och nästan värt det de tunga månaderna när det är så mörkt. Själv har jag dessutom lagt in en vecka i soligare trakter i slutet på februari och sedan är det; vips – vår!

Något annat som glädjer mig mycket är den ytterligare satsning regeringen gjort på 8,5 miljoner där 3 miljoner skall användas redan i år och resterande medel 2012 för att:

- anpassa det kursmaterial som tagits fram inom ramen för det så kallade METIS-projektet (Mer Teori i Specialisttjänstgöring) till ett fortbildningsprogram för specialister i psykiatri
- utveckla en landsgemensam stomme till psykoterapiutbildning för läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare) i psykiatri, samt
- se över behovet av, och möjligheterna till, att komplettera befintliga specialistkompetenskurser för ST-läkare inom barn och ungdomspsykiatri så att dessa fullt ut uppfyller målen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Det blir som tidigare; luls som disponerar medlen. Vi i SPF hoppas på ett fortsatt gott samarbete.

Något annat som får mig att se ljus på tillvaron är den stundande Riksstämman. Jag är så nyfiken på hur det kommer att gå! När ni läser detta har den redan ägt rum och vi har fått ett kvitto på hur årets stora satsning på ett attraktivt program fallit ut. SPF:s intention är att under alla omständigheter göra samma satsning nästa år. Vi behöver två tillfällen per år med bra, kvalitetssäkrat utbildningsinnehåll.

Och sedan är det snart Svenska Psykiatrikongressen. Stommen i programmet är klart och om möjligt ännu bättre än tidigare år. När den går av stapeln är det vår!

Men mest tindrar jag just nu för att det snart är jul. Jag tycker det är en så fin högtid, njuter av alla trevliga förberedelser och lejer bort eller struntar i de andra. Men pepparkakor och lite hemmagjort julgodis gör att det doftar gott. Julpyssel ihop med min bror och svägerska (barnpsykiater) och de "barn" vi kan skrapa ihop är; (suck) ..."alldeles underbart..." för att



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Maria Starrsjö

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfeldt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors

(gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson

(redaktoren@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)

citera Askungen på julaftonens höjdpunkt "Kalla Anka". Och sedan mellandagarna med långa promenader, goda böcker och nya spela eller pussel. Kanske ett biobesök? Men sedan två år tillbaka finns ytterligare en faktor som bidrar så mycket, barnbarn. Nu, när de är två resp. ett år gamla, skall vi binda fast granen i en krok i taket som vi gjorde när våra egna tre (födda med 2 år och 1 månad emellan) var små.

Som ni hör hoppas jag på en vilsam och fin jul. Jag hoppas ni alla får det. Med vårt yrke behöver vi "pyssla om" oss själva. Skall vi ha hopp och glädje att ge till människor som tappat det behöver vi värna oss själva på fritiden.

En del av er träffar jag på Riksstämman; andra först till SPK. Men till er alla, från oss alla i styrelsen; "En riktigt god jul!"

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Är du normal lille vän?

I radioprogrammet "God Morgon världen" 13:e november hade man ett inlägg om diagnoser inom psykiatri i allmänt och barnpsykiatri i synnerlighet. Karin Johannisson, professor i idé- och lärdoms historia, menar att det blivit en inflation i diagnossättning som hon kallar "diagnosshopping". Detta kan leda till att man devalverar diagnoserna och riskerar att diagnoserna inte tas på allvar. Ett exempel på detta är Boulevardteatern som nu har en föreställning, "Alla har ADHD" där man skämtar med diagnossättningen inom psykiatri.

I programmet intervjuades också Allen Frances, amerikansk pensionerad psykiatriprofessor som var ordförande för arbetet med DSM-4. Han är kritisk mot DSM-systemet och speciellt nya DSM-5. Han är bland annat kritisk till att det är alltför lätt att få diagnoserna autism, ADHD och bipolär sjukdom hos barn och unga. Han menar att det uppstått en falsk epidemi av dessa tillstånd vilket leder till att för många barn får medicinering som är onödig. Han oroar sig nu för att nya epidemier kan utbryta då man i DSM-5 får en diagnos av barn med häftiga vredeutbrott samt diagnosen "risk för psykos". Det kan leda till att barn i högre utsträckning kommer att behandlas med antipsykotiska läkemedel vilket i sin tur kan ge allvarliga biverkningar med bland annat övervikt. Han betonar dock att man inte skall kasta ut barnet med badvattnet, DSM-manualen har sitt värde och en del barn behöver medicinering.

Detta kritiska synsätt på diagnossättningen är tankeväckande och viktigt att diskutera inom barnpsykiatri. Samtidigt som det dominerande synsättet inom barnpsykiatri har varit att barn mår dåligt på grund av miljöfaktorer, ofta problem i familjen. Det har inte varit lätt för läkare att bli hörda när man fört fram att barnen kan ha en egen biologisk störning. För allmänheten liksom för personal inom barnpsykiatri har det ibland varit svårt att tänka att barn kan ha en psykiatrisk sjukdom.

Vi har också fortfarande mycket av "vänta och se, det växer bort", man inte vill se att barnet t.ex. visar tecken på autism. Värdefull tid går då förlorad när barnet kunde få bra behandling och träning. Läs t.ex. Jenny Lexheds bok "Det räcker inte med kärlek" där hon beskriver sin kamp för att få förståelse och behandling för sin son som har autism. Hur skall vi praktiserande barnpsykiatriker få ihop dessa två synsätt i vårt vardagliga arbete?

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI'S 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: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Hakan 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)

Att vi alltför lättvindigt sätter diagnoser kontra att vi inte vill se att barn har psykiatrisk störning. Det är inte lätt. När man som läkare möter patienter på mottagningen eller avdelningen har man ofta provat flera behandlingar utan att lyckas. När en ung person lider av t.ex. depression och har behandlats med icke medicinsk behandling och inte blivit bättre då är det viktigt att hon eller han ges möjlighet till behandling med antidepressiva mediciner. Eller att barn som på grund av koncentrationssvårigheter ständigt misslyckas i skolan kan få hjälp av centralstimulerande medicinering. När man gång på gång sett vilken positiv förändring som kan ske vid medicinering så känns det viktigt att hävda det biologiska perspektivet samtidigt som vi noga måste överväga olika aspekter när vi diagnostiserar barnet.

Att barn kan visa tecken på psykiatrisk störning till följd av miljöfaktorer är ju klart. De apatiska barnen var och är ett sådant exempel. De uppvisade tydliga tecken på allvarlig psykiatrisk störning men var detta en diagnos i sig eller ett tillstånd som utlöstes av att familjen fick besked om avvísning? Bakom tillståndet kunde man hitta traumatiska händelser i hemlandet eller under flykten. Trots behandling riktade mot dessa trauman så kunde man sällan häva apatin. Den hävdades först när familjen fick stanna i Sverige. Regeringens och myndigheters oförmåga att hjälpa dessa barn lastades över på sjukvården och då framförallt barnpsykiatri som förväntades att bota dem. Detta är ett bra exempel på att man psykiatriserar eller medikaliserar ett problem som beror på andra orsaker. Därmed inte sagt att inte barnpsykiatri spelade en viktig roll i att trösta, stödja och uppehålla liv och hopp hos dessa barn.

Tyvärr börjar nu barn att åter bli apatiska när de får avvísingsbeslut som inte kan överklagas. Låt oss hoppas på att myndigheter och regering nu tar sitt ansvar. Se artikel i denna tidning.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Olika men ändå lika

Har i egenskap av tidigare ordförande för SRPF blivit ombedd att som "gästskribent" skriva några rader på vår ledarplats.

Sitter i baren (bäst internet där) på Macedonia Palace i Thessaloniki där ICNP2011 håller på att avslutas. Hade kanske väntat mig att mötet i någon mån skulle påverkas av den ekonomiska krisen men bortsett från en del galghumoristiska inpass från de grekiska föreläsarna har det inte märkts mycket i kongressens "skyddade verkstad". Har i stället blivit imponerad av en rad spännande symposier och entusiastiska föreläsare.

Särskilt intressant var det symposium som arrangerades av den rättspsykiatriska sektionen av den grekiska psykiatriska föreningen. Sektionen har endast funnits sedan 2005 men att döma av entusiasmen är man på god väg framåt. Programmet spände över en mer filosofisk betraktelse över synen på psykisk sjukdom, lagar och straff i det antika Grekland, över en undersökning av personalens kunskaper och attityder till tvångsvård till en spännande undersökning över psykisk sjuklighet hos fängelsepopulationen vid två stora fängelser. Man fick också veta att det första riktiga rättspsykiatriska teamet med läkare, psykologer och kurator nu fungerade och var förutom kliniskt verksamma också forskningsaktiva och fungerade som konsulter vid fängelset.

Vad jag tycker är mest slående är hur likartade problemen är även om våra förutsättningar kan vara mycket olika. De "rättspsykiatriska" patienterna finns alltid och skapar samma problem och möjligheter.

När jag nu får chansen att skriva på ledarplats igen kan jag inte låta bli att ta upp en av mina favoritfrågor. Vi måste slå vakt om rätten att få använda de nya dyrare läkemedlen när vi ser att det gynnar våra patienter! Även med en avancerad modern farmakologi är läkemedelskostnaderna en mycket liten andel av vårdkostnaderna – men så lätt att mäta och skjuta in sig på för byråkrater som inte behöver möta patienterna och deras anhöriga.

Låt oss tala om biverkningar och livskvalitet och slå vakt om våra patienters rätt att få den bästa farmakologiska behandlingen.



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Internationell sekreterare: Per Lindqvist
(per.lindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist
(sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner

Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson

Ledamot: Klas Attrell

Ledamot: Harald Nilsson

Ledamot: Per-Axel Karlsson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Låta oss tala om att det inte bara handlar om att bemästra symtom och kontrollera beteende utan att sikta på remission och återhämtning. Flera flitigt använda läkemedel har gått av eller går snart av patenten och kan förskrivas billigt som generika. Det är väl då rimligt att denna besparing inte går till något "svart hål" utan kan möjliggöra användningen av nya preparat som förbättrar livskvalitet och adherence.

Lasse Eriksson

Vice ordförande SRPF



SVENSKA **2012** BUP KONGRESSEN

PRAKTIKBASERAD EVIDENS
EVIDENSBASERAD PRAKTIK

Stockholm 23-24 april 2012

BUP-divisionen i Stockholm inbjuder i samarbete med Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) till två innehållsrika dagar.

Temat för kongressen är
Evidensbaserad praktik - Praktikbaserad evidens

Kongressen kommer att kretsa kring de riktlinjer för bedömning och behandling som arbetats fram i Stockholm, men också innehålla presentationer av många andra aktuella projekt och studier. Både svenska och internationella ledande föreläsare är inbjudna. Utöver plenarföreläsningar arrangeras flera pass med parallella seminarier att välja mellan.

Mer information på kongressens hemsida:
www.conferencemanager.dk/SvenskaBUPkongressen2012



Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 15 mars 2012 klockan 17:00

Plats: Filmstaden Bergakungen, Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan
www.svenskpsykiatri.se

Hur jag lärde mig förstå att mina känslor har med behandlingen att göra

Det händer att jag blir uttråkad ibland. Det är fel uttryckt, det är inte uttråkad jag känner faktiskt. Det jag känner är en stämning som vissa patienter ibland kommunicerar, på det sätt som känslor kommuniceras. Känslorna sänds ju inte medvetet och upplevs inte alltid medvetet. Eller så upplevs de medvetet men inte som känslor som kommer från en annan människa. Nu ska jag berätta vad jag menar:

Mitt första vikariat efter läkarexamen var på en psykiatrisk avdelning. Jag hade ingen klinisk erfarenhet av psykiatri, mitt intresse var stort och jag var nyfiken på det mesta. Men så hände det som jag tänkte var det värsta av allt, jag tyckte somliga patienter var "tråkiga" eller "sövande". Det var en förfärande känsla jag drabbades av, inte själva sövningskänslan eller tråkkänslan men skammen som följde på känslan. Jag kände mig som en dålig doktor, till och med en dålig människa, eftersom jag blev sådär ointresserad av somliga patienter. Alla människor är viktiga och värda intresse, det har alltid varit en grundläggande inställning, att allt skall vara värt intresse. Så upplevelsen av mitt egna sjunkande intresse blev som ett tecken på min dålighet. Det gick rätt in, när jag var med om det med flera patienter, och också kände igen tröttheten och den minskade motivationen. Som att jag blev fullständigt tömd på energi och allt egentligen var ganska värdelöst. Jag närmade mig ett läge där jag hade föredragit att inte träffa vissa patienter, för att det kändes så jobbigt.

Med hjälp av min kloka överläkare som frågade vad patienterna som jag blivit så trött och ointresserad av att träffa led av, gick det upp för mig att dom alla hade depressioner. Och tänkte att depression är ett jobbigt tillstånd att behandla, att jag inte kunde förstå hur man kunde tycka det var intressant att jobba med sånt. Fortfarande fanns känslan kvar: jag måste vara en rent värdelös människa som nog gjorde psykiatrin störst nytta genom att lämna specialiteten. Så kan det vara, vad vet man. Men den insikt jag fått om att vissa patienter väckte reaktionerna, förde vidare. Inte nog med att det var så tråkigt och att jag blev så trött. Dessutom, tänkte jag, som på nybörjarens vis, höll på att lära in diagnoskriterierna, uppfyllde jag ju i de stämningar som dök upp, symtomkriterierna för egentlig depression. Inte tidskriteriet för det gick fort över.

Det är fantastiskt med läroprocesser, när man får gott stöd i att försöka iakttäta det som händer.

Det kanske tog några månader tills jag fattat vad som hände och hur det verkade gå till. Under den tiden hann jag bli van vid att de deprimerade patienterna ofta väckte den här reaktionen hos mig. Jag började fråga patienterna om den sortens känslor som jag själv kände av och fick ofta beskrivningar som jag då kände igen. Det blev väldigt roligt och under denna tid gick jag från att tänka att det var tråkigt att jobba med deprimerade personer, till att bli än mer nyfiken på att det jag märkte hos mig själv så påtagligt var en avspeglning av patientens känslor och upplevelser. Föga förvånande försvann både min skamkänsla och min trötthet. De ersattes av en nyfikenhet, både på patientens historia och mående och på hur jag själv uppenbarligen kunde vara så sensitiv för signalerna som patienten skickade.

Som fortsättning på lärandet märkte jag att den här tröttheten som jag beskriver, ibland också dök upp inför patienter som inte hade uttalade depressiva symtom. Jag började då pröva hur patienterna svarade på frågor kring depressivitet och upptäckte att det hände mer än sällan att jag fick bekräftande svar på frågorna. När jag insåg detta och började systematisera mina egna reaktioner blev det ännu roligare med psykiatrin.

Inom det psykoanalytiska språkbruket talar man om motöverföring och projektiv identifikation. Den projektiva identifikationen kan sägas dyka upp som en *främmande* känsla i ens egen kropp eller person, som man inte känner igen hos sig själv. Att människor kommunicerar med varandra på många olika sätt är känt. Talet, minspelet, kroppshållningen, allt sådant som syns och är observerbart. Men de allra flesta kan också känna igen att man kan uppleva en stämning i ett rum man kommer in i, utan att egentligen veta vad som står på. Min tillfälliga depressiva känsla är ett bra exempel, jag var egentligen inte deprimerad men upplevde allt som hörde depressionen till. På motsvarande sätt har jag märkt att jag blir "på hugget" på ett särskilt sätt, när jag möter en person som har psykotiska grejer för sig.

Det är svårt att lära sig att känna igen när det händer med en, det går ofta hastigt till. Man måste aktivt öva sig på att växla uppmärksamheten mellan patientens och ens egna reaktioner. Man måste också öva sig på att känna igen när man reagerar på sätt som känns *jagfrämmande* så man vet att det kanske är något som har med den andre att göra.

Om jag haft otur hade jag kunnat nöja mig med att fokusera på andra patientgrupper än depressionspatienter men istället fick jag glädjen att dra nytta av reaktionen. Det anmärkningsvärda är att jag tyckte att det var en förbjuden känsla, känslan av trötthet och uttråknad. När jag förstätt känslans informationsvärde förvandlades den till en bundsförvant. Den har bidragit till att skärpa min diagnostiska skärpa och även till att begripliggöra vad "klinisk blick" kanske är. Förhoppningsvis leder allt detta också till bättre behandling men eftersom jag inte vet hur man skulle lägga upp en kontrollerad studie för att få svar på den frågan, får det anses vara en färdighet vars evidensstyrka är svårsmärbar.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Tryckfelsnisse...

... var framme och härjade redan i innehållsförteckningen i förra numret.

Artikeln av Pia Östryd angavs felaktigt till sid 64. Den fanns på sid 71.

Artikeln av Alexander Wilczek påstods finnas på sid 35, i själva verket kunde den läsas på sid 68.

Vi ber om ursäkt!

Redaktionen

Kalendarium

3-6 mars 2012

20th European Congress of Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.epa-congress.org/

14-16 mars 2012

Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

23-24 april 2012

Svenska BUP-kongressen
Stockholm
www.conferencemanager.dk/
SvenskaBUPkongressen2012

25-27 april 2012

53rd Annual Meeting of the Scandinavian
College of NeuroPsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark
www.scnp.dk/

5-9 maj 2012

165th APA Annual Meeting
Philadelphia, USA
[www.psych.org/MainMenu/
EducationCareerDevelopment/Meetings.aspx](http://www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/Meetings.aspx)

3-7 juni 2012

28th CINP World Congress of
Neuropsychopharmacology
Stockholm
<http://cinp2012.com/>

5-8 juni 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
Tromsø, Norge
www.ncp2012.org

13-17 oktober 2012

25th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Wien, Österrike
<http://conference.ecnp.nl/emc.asp?pagelId=1903>

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



*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

Under 2010 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 110 miljoner kronor.¹ Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal. Om du vid all nyinsättning föreskriver Lamotrigin Actavis samt byter befintliga patienter som står på Lamictal till Lamotrigin Actavis så finns det en besparingspotential för läkemedel i Sverige på 55 miljoner kronor på årsbasis med nuvarande priser.²

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpackningssortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. Lamotrigin Actavis har brytningstillstånd för dosdispensering och finns även i praktiska endosförpackningar för kliniker och vårdavdelningar.

*Låt inte kostnaderna segla iväg – skriv **Lamotrigin Actavis** på receptet nästa gång!*

Ref: 1. IMS Health, kostnad per expidierad DDD 2010. 2. TVL september 2011.

Lamotrigin Actavis (lamotrigin) RX F. Tablett, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg och dispergerbar tablett, 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Indikation Epilepsi.** *Vuxna och ungdomar från 13 år:* Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. *Barn och ungdomar från 2–12 år:* Tilläggsbehandling av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. **Bipolär sjukdom.** *Vuxna från 18 år:* Prevention av depressiva episoder hos patient med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin Actavis är inte indicerat för akut behandling av maniska och depressiva tillstånd. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med anti epileptika för flera indikationer. Informationen baseras på produktresuméer daterade 2011-05-10. För dosering och aktuellt pris se www.fass.se

**actavis**
think smart medicine

Gör stor patientnytta utan större egen ansträngning!

Arbetar du på en psykiatrisk klinik som ännu inte har implementerat de kliniska riktlinjerna "Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom"?

Det var inte bra.

Läs här hur du kan göra en viktig insats utan större ansträngning för dig själv!

De kliniska riktlinjerna publicerades på SPF:s hemsida januari 2010 och är ett resultat av ett konsensusarbete med 7 inblandade specialistföreningar. Riktlinjerna är konkret utformade och bör vara lätta att inkorporera i ett lokalt vårdprogram. Som del i en implementeringsplan har fem förslag till vetenskapligt arbete under ST i psykiatri utformats, fem förslag som alla berör implementering av riktlinjerna.

Finns det en ST-läkare på din klinik som behöver göra ett vetenskapligt arbete under sin ST-tid? Tipsa den personen om att kontakta dan.gothefors@dll.se för att få ta del av förslagen till vetenskapligt arbete!

Dan Gothefors
SPF:s styrelse



Internationell uppmärksamhet för SPF:s kliniska riktlinjer!

Personer med bipolärt syndrom och schizofreni uppvisar i högre grad än befolkningen i övrigt metabola avvikelser – övervikt, diabetes eller rubbning av blodfetter – samt en ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Bidragande kan vara ohälsosamma levnadsvanor såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning. Även patientens medicinering kan bidra då de antipsykotiska preparaten kan inducera eller förvärra metabol rubbning. Viktuppgång och annan metabol störning under pågående antipsykotisk medicinering kan motverkas.

På SPF:s initiativ har sju svenska specialistföreningar i samverkan (1) formulerat kliniska riktlinjer – "Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom" (2) som presenterades i januari 2010. Riktlinjerna har därefter även publicerats i vetenskaplig tidskrift. I augustinumret av British Journal of Psychiatry redovisas en systematisk genomgång av samtliga kliniska riktlinjer på området som publicerats åren 2000 – 2010 (3). Enligt författarna kan fyra riktlinjer rekommenderas för kliniskt bruk, däribland de svenska.

Du kan bli den person som driver implementeringen av dessa riktlinjer på din klinik!

Vill du samråda om implementering är du välkommen att kontakta dan.gothefors@dll.se.

Dan Gothefors
SPF:s styrelse

Referenser

1. Svenska Psykiatriska Föreningen
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
Svensk Förening för Allmänmedicin
Svensk Förening för Diabetologi
Svensk Internmedicinsk Förening
Svenska Cardiologföreningen
Svensk Förening för Obesitasforskning
2. www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer.html
3. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. M. De Hert, D. Vancampfort, C. U. Correll, V. Mercken, J. Peuskens, K. Sweers, R. van Winkel and A. J. Mitchell *Br J Psychiatry* 2011, 199:99-105.

Transmedica är specialist i rekrytering av psykiatriker
-och bidrar till att öka kvaliteten av psykiatribehandling i Skandinavien



Fördelar med att arbeta från Transmedica:

- Anpassa vikariatet i förhållande till dina behov som specialistläkare
- Fördelaktiga ersättningsvillkor
- Attraktivt bonusupplägg
- Möjlighet att anställas på expertanställning i Danmark med låg skatt som följd
- Anställning i Norge, Danmark och Sverige
- Hjälp med revisor och deklaration

För mer information se: www.transmedica.dk

Transmedica är ett danskt bolag med 20 års erfarenhet att leverera läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal till hälso- och sjukvården i Skandinavien.

Transmedica A/S, Vesterbrogade 6D, 6,
København V, +45 33 33 76 13



TRANSMEDICA

VI HJÆLPER DIG MED AT HJÆLPE ANDRE





Vart tar känslorna vägen inom sjukvården

några tankar och misstankar

Sjukvård och känslor

Frågan kan vid första påseendet verka besynnerlig. Sjukvård handlar väl om sjukdomar, inte om känslor? På en nivå är det sant. Men på en annan nivå handlar sjukvård i högsta grad om känslor, sjukdom väcker känslor. Somatiska sjukdomar väcker känslor, såväl inom den sjuke som inom vederbörandes nätverk. Vissa somatiska sjukdomar är stressrelaterade och stress handlar i stor utsträckning om känslor eller affektreglering om man vill välja en mer teknisk term. Psykiatriska sjukdomar handlar i högsta grad om känslor. Antingen kan problem med affektregleringen vara en del av dynamiken bakom symtomen som vid personlighetsstörningar eller neuroser, eller en följd av symptomatologin. Bland dessa känslor går det att återfinna ett lidande hos patienten, i familjen/nätverket. Läkarens insats är av tradition nära förknippad med bemötande och delande av dessa känslor. De etiska formuleringar som tillskrivs Hippokrates "sällan bota, ofta lindra, alltid trösta" handlar i högsta grad om känslor och hantering av dessa.

Hippokrates och trösten

Det förefaller mig som om Hippokrates formuleringar faktiskt förutsätter att doktorn tar sig an såväl sjukdomen som lidandet såväl inom psykiatri som inom somatiken. Kan inte sjukdomen botas kan kanske lidandet lindras såväl somatiskt som psykologiskt. Lindring är ofta kopplad

till tröst. Kan det vara så att när möjligheten att bota och lindra på somatisk/farmakologisk väg har ökat, har fokus på tröstandet i samma grad avtagit för läkarnas del? Tröstande förutsätter empati. Jag kan inte trösta om jag inte låter mig beröras. Beredskapen att uppleva medkänsla tycks minska under medicinarutbildningen och åtminstone i storstäder tycks medkänslan i allmänhet avta, kanske sammanhängande med tendensen till att självförverkligande i ytlig mening är på frammarsch.

Håller det på att bli en förskjutning så att läkaren tar hand om sjukdomen men mindre om lidandet, i meningen patientens smärtsamma känslor, oro för egen och andras del, ångest, skräck, känslor av hjälplöshet som sjukdomstecken kan väcka? Viljan att lindra den andres lidande är en grundbult i mellanmänsklig samvaro.

Det är nödvändigt för oss att ha en viss grad av kontroll över våra känslor, såväl vad gäller upplevelsen som uttrycken. Det gäller också känslor kring vår hälsa. Vi gör vårt bästa för att skona oss själva och andra vad gäller smärtsamma känslor – de stör vår vardagsfunktion och våra relationer, även om prat om sjukdomar av måttlig svårighetsgrad tycks ha ett visst underhållningsvärde.

Vi håller dock helst undan djupare och mer smärtsamma känslor så gott det går.

Dessa känslor kan behöva tid och tillit för att kunna komma till uttryck. Det gäller även för patienter hos doktorn. För att patienten ska våga sig på att dela, inte sina sjukdomstecken, utan också sitt lidande med doktorn krävs vissa självklarheter: ostressad tid, ostört rum, ostörd uppmärksamhet och vänligt intresse.

Delandet och bekräftandet av känslor/lidandet lindrar, någon förstår. Det skapar en bra arbetsrelation och en tillit som ökar verkningsgraden av övriga gjorda insatser genom positiva förväntningseffekter. Det ger en viss existentiell trygghet, någon som förstår följer mig en bit på vägen när det är riktigt svårt. SBU-rapporten från 2002 angående läkar-patientrelationen bekräftar detta.

Har läkar-patientrelationen en unik potential?

Men hur ser förutsättningarna inom sjukvården ut? Man prioriterar snabbheten i patientens väg till sjukvården – tillgängligheten. Om denna tillgänglighet ska öka, samtidigt som benägenheten att söka för allt mer ofarliga åkommor ökar, måste flödet genom sjukvårdsapparaten öka till exempel avspeglat i ökat antal besök per tidsenhet. Att detta kan påverka förutsättningarna för läkar-patientrelationen och kontakten med anhöriga är givet. Förmåga att lyssna in andras känslor avtar när man är stressad – vem vill delge sitt lidande och sina ängsliga frågor till någon som är för stressad för att orka lyssna och har för bråttom för att kunna dela känslor kring ett lidande? Läkarens tid har blivit allt mer dyrbar – är det då inte klokt att doktorn sköter sjukdomen och annan personal och anhöriga får hantera patientens lidande? Skulle doktorn vara bättre på att hantera patientens lidande än dessa andra? Kanske inte doktorn som person, men relationen till doktorn tycks ha vissa unika drag och förutsättningar att hantera patientskapets helhet.

Det har en särskild betydelse att få dela detta med sin doktor, den som är kunnig om ens sjukdom. Det betyder inte att doktorn är den mest betydelsefulla personen i patientens värld. Men läkaren tycks ha en unik roll i sjukdomsprocessen och tillfrisknandet. Det kan vara viktigt, inte bara att få beskriva sina symtom och besvär och få sin medicinska problematik belyst och behandlad. Det kan också handla om oro för återfall, om upplevelsen av att ligga andra till last och inte räcka till för andra, en känsla av att ha misslyckats med sitt liv, att uppleva vardagen som tung och delvis meningslös, att sakna och sörja det friska livet (utan att omedelbart få en depressionsskattningskala i handen). En bra relation till doktorn kan ha en unik bärighet vad gäller problemtyngheten.

Det gäller naturligtvis i lika mån för läkare inom somatiken och kanske där i än högre grad när det gäller livshotande sjukdomar. Har patienten fått tala med en doktor som lyssnat och om denna doktor finns med i bakgrunden framöver får anhöriga och övrig personal en ram som stöder deras insatser.



Kommer doktorn i framtiden att få inskränka sig till att sköta sjukdomen?

Men för att en läkare ska kunna erbjuda sin patient en sådan relation krävs som nämnts en bra arbetssituation vilket obesatta läkartjänster och stafettläkarsituationen inom psykiatri knappast erbjuder. Det är sannolikt klokt av en patient att vara sparsam med att tala med doktorn om sitt lidande under sådana förutsättningar. Det kan bli onödigt smärtsamt för båda parter. Om en patient inom psykiatri bara träffar en doktor vid ett enstaka tillfälle styr denna struktur rimligtvis utbytet. Man kan tala om sina symtom och sin medicin. Men lidandet är något annat. Det är inte i första hand de känslor som är involverade i de psykiatriska symtomen utan snarare känslor inför dessa känslor och symtom. Att tillämpa en helhetssyn behöver inte betyda att känna till alla aspekter om sin patients liv utan att i nuet, i mötet kunna omfatta hela sin patients symtom och problem samt de känslor de väcker. Om strukturen stöder en utveckling emot att doktorn sköter sjukdomen och annan personal ska "sköta" lidandet uppstår en ny läkarroll. Hur tillfredsställelse och funktionell är den för läkare och patienter? En patient med en svårskött och på sikt livshotande somatisk sjukdom behandlas på en klinik med låg läkarbemanning. Hon undrade över att hon aldrig fick träffa samma doktor och fick följande kommentar till svar. "När du kommer hit förväntar du dig väl inte att alltid få samma plats på parkeringen?" Varken patienten, doktorn eller Hippokrates kan vara nöjda med en sådan situation.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**

Så minns vi Brita Mannerheim

Barnpsykiatern och tonårsläkaren Brita Mannerheim föddes den 25 maj 1916 och avled den 2 oktober 2011.

Brita var Östergötlands läns förste och enda barnpsykiater under många år. Det gav henne en naturlig pondus i arbetet även om hon redan då hade en rätt avvikande uppfattning om orsakssambanden när det gäller psykiska problem. Barnpsykiatri byggdes i stort sett upp av beteendevetare. För dem var beteende, arv och miljö det som dominerade sjukhistorien. Men Brita ville aldrig bortse från kroppen och dess påverkan på själens hälsa – snart 50 år innan detta börjat diskuteras även inom psykiatri.

Från departement och riksdag pläderades för att den primärkommunala socialtjänsten som den då kallades skulle arbeta med missbrukare. Några decennier senare gjordes på två institutioner undersökningar av äldre missbrukare där det framgick att över 70 % hade en primärdiagnos inom psykiatri. Brita hade som rätt ofta en annan uppfattning än beslutsfattarna och lyckades övertyga landstinget om att starta en Tonårsbyrå där patienten skulle möta ett team av läkare, psykolog, kurator, sjuksköterska och fritidsledare, var och en med sin speciella kunskap och kompetens. Alla skulle bära privata kläder.

Tonårsbyrån lades ner en kort tid efter Britas pensionering. Den hindrade henne emellertid inte från att på ett kraftfullt sätt hävda sina huvudpersoners intressen. Sedan hon blev pensionär har hon använt sin kraft och sin kunskap för att föra vårdens och tonåringarnas talan. Ända in i nuet har hon följt debatter och artiklar i Läkartidningen och i många själv bidragit till tidningens innehåll.

Att tonåringarna i Sverige skulle ha rätten till en egen specialitet så som de har i många andra länder var för henne en självklarhet. En tonåring betraktar sig inte som barn och är det inte heller. Hans eller hennes problem saknar även relevans för vuxenpsykiatern. Alltså behövs tonårpsykiatri, det var för Brita en självklarhet och borde naturligtvis även vara det för beslutsfattarna.

Brita utarbetade formulär för att redovisa de frågor och svar som gavs vid undersökningstillfällena. Det formuläret pratade hon ofta om och det fick därför av maken Augustin namnet "Nationalblanketten". I den noterade hon en nolla när det inte fanns något anmärkningsvärt i svaret som också kunde benämnas "Utan anmärkning". Hon ansåg att de uppgifterna vara av utomordentlig betydelse – det var ofta viktigare att notera det som var friskt än det som var sjukt.

Många tonåringar och föräldrar gick därför med mycket lättare steg från kliniken än dit efter att ha fått klart för sig om de många nollornas betydelse.

Patienten i centrum! Han eller hon var i varje relation med Tonårsbyrån vår huvudperson, ett begrepp som många av oss även använt i våra senare roller. Det har varit av stort värde att verkligen utpeka patienten som den betydelsefullaste i det vi tillsammans åstadkom. För de patienter som skrivits in på dagavdelningen gjordes en undersökning efter tre år där man tog reda på två förhållanden, nämligen bostad och skola/arbete. En mera omfattande analys hade krävt för mycken tid och ansågs därmed omöjlig. Dessutom gav positiva uppgifter från referenterna skola/arbetsgivare eller socialförvaltning, föräldrar eller annan närstående en mycket klar indikation på att de problem som orsakat patientens inskrivning var överståndna. Den siffra som resultaten kretsade kring, 70 %, är alldeles enastående för undersökningar som använt hederliga tekniker för redovisningen.

Under åren har journaler från Tonårsbyråerna i Linköping och Norrköping samlats i Landstingets och Barnpsykiatriska klinikens arkiv. Det borde vara en guldgruva för forskningen. Bland annat finns kopior av förlossningsjournaler för flertalet av patienterna. Dessa journaler gav bland annat besked om torrförlossningar, navelsträngen om halsen etc., problem under förlossningen som kunde förorsakat skador. Våra patienter hade en stor överrepresentation av dessa diagnoser.

Alla som kände Brita vet att hon pratade gärna och mycket. Det hindrade emellertid inte att hon även hade förmåga att lyssna. För att ständigt påminna sig om lyssnandets värde hade hon ett foto av sin mammas öra på väggen över sitt skrivbord. Genom lyssnandet fick hon tillgång till den verklighet som patienten upplevde och den var sannerligen inte alltid den som skrivits i remissen. Därtill gav lyssnandet patienten insikt om betydelsen av sin egen sanning och de glädjeämnen och svårigheter som styrde hans/hennes värld.

Den behandling som Brita rekommenderat efter samråd med patienten kunde i en del fall från föräldrar, socialförvaltning eller skola anses otillräcklig eller av andra skäl inte vara godtagbar. Många tonåringar har i efterhand berättat om att Brita tagit strid för hans/hennes skull vilket i flera fall resulterat i att patienten med större allvar greppat sin situation – äntligen någon som trodde på och förstod förhållandet! En del av patienterna sjukskrevs helt naturligt under behandlingsperioden. Men ingen kunde räkna med att få ett intyg i handen för kommande vecka. Först efter veckans slut och om patienten följt de regler som satts upp lämnades intyget.

Ett enkelt och praktiskt bevis på hur man kan få en tonårings respekt och förmåga att samverka till en förändring är hanteringen av det barnpsykiatriska läkarintyg, som alltid skulle medfölja ansökan om intagning på dåtidens ungdomsvårdsskola, nutidens § 12-hem. Den undersökning som utförts av socialförvaltningen var oftast välgrundad och någon tvekan om intyget fanns sällan. Alltså fick tonåringen ett klart besked: "Det som skett gör att jag måste skriva ett intyg för intagning. Men det blir du själv som sänder det till socialförvaltningen. Jag lägger det i din journal och dina framtida göranden och låtanden avgör om det skall sändas iväg."

Vi som tillhörde Tonårsbyrån, patienter och personal upplevde en stark solidaritet från vår läkare eller vår chef. Hamnade vi en tvist stod Brita vid vår sida utan någon diskussion. Vårt förtroende för henne möttes med förtroende för oss, vilket gav den tryggheten i arbetet som säkert var en av orsakerna till byråns framgång i behandlingsarbetet.

En av Britas tankegångar för byråns verksamhet var att patienterna skulle kunna besöka oss utan att blottlägga hela sin stirriga själ. Sjuksköterskan hade en särskilt betydelsefull roll inte bara som terapeut utan även som behandlare av somatiska krämpor. Det var fullt accepterat att komma dit med en klämd tumme eller magont, få skavankerna omsedda och tordas återkomma med det som skavde i själen. En så enkel och så genial grundtanke!

Ingen av oss personal har senare haft en liknande anställning som den på Tonårsbyrån. Från första stund etablerades i gruppen en trygghet som gav oss möjlighet att verka i den anda som Brita skapade och vidmakthöll på vår arbetsplats. Den närhet och säkerhet som präglade vår grupp lever alltjämt kvar och det är utmärkande för oss att vi alltjämt ses med jämna mellanrum efter snart trettio år! Att också Brita funnits med visade sig inte minst genom att hon rätt ofta ringde och satte oss i arbete ända tills för omkring ett år sedan.

Tonårsbyrån var Brita Mannerheims livsverk som borde gett henne en doktorshatt tillsammans med hennes man Augustins. Hon var decennier före sin tid och har en plats bland Linköpings stora personligheter.

Brita vi saknar Dig.

Personal på Tonårsbyrån

En intervju med Brita Mannerheim publicerades i Svensk Psykiatri 2/2009 s. 44, och kan läsas på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Rehabiliteringsgarantin

Socialdepartementet framförde i höstas önskemål om att få rådgöra med Svenska Psykiatriska Föreningen kring rehabiliteringsgarantin och jag inbjöds som representant för föreningen till ett möte.

Rehabiliteringsgarantin har funnits sedan 2008 och kostar 1 miljard kr/år.

SKL betalar ut ersättning till vårdgivare som bedriver behandling enligt vårdgarantin.

Vårdgarantin riktar sig till patienter med lättare psykiska besvär i form av ångest och depression samt till patienter med smärta.

Syftet är att behandlingen ska leda till att patienterna kan återgå i arbete.

Vården för patienter med lättare psykiska besvär bedrivs framför allt inom primärvården och består av 8-12 KBT-behandlingar. Smärtpatienterna får hjälp via multimodala team bestående av sjukgymnast och kurator inom primärvård eller på smärtklinik.

Problemet har varit att patienterna blivit piggare men ej kunnat återgå i jobb.

Det har också visat sig att många patienter som fått ta del av vårdgarantin inte är sjukskrivna.

Socialdepartementet arbetar nu fortlöpande med att analysera hur vårdgarantin ska kunna förändras så att den bättre når sitt syfte, det vill säga att patienterna kan återgå i jobb.

En frågeställning är om patienterna skulle indelas i olika grupper beroende av besvärens svårighetsgrad och att de med svårare besvär skulle få fler behandlingar.

I sitt arbete hade Socialdepartementet en fortlöpande dialog med professionen kring olika frågeställningar.

Astrid Lindstrand

Skattmästare SPF

Överläkare, Norra Stockholms Psykiatri.

Konsultationspsykiatri goes north

FKP:s höstmöte i Luleå oktober 2011



Föreningen för Konsultationspsykiatri (FKP) har haft styrelsemöte i ett höstgult Luleå. Denna gång arrangerades mötet i form av en seminarieförmiddag om Konsultationspsykiatri inför Psykiatriska kliniken vid Sunderby sjukhus, med ett 20-tal specialister i psykiatri, ST-läkare och AT-läkare. Dessutom närvarade psykiatrins verksamhetschef och chefsöverläkare.

Programmet bestod av 5 seminariepunkter, där styrelsemedlemmarna höll i varsin del. Calle Sjöström från Rehabmedicin i Sandviken pratade om Psykiatriska aspekter av epilepsi, Pia Östryd från Linköping om Smärta och psykiatri. Guje Reimer från Akademiska sjukhuset drog ett patientfall om kroniskt smärttillstånd, och Anders Bergstedt från Sahlgrenska berättade om Konsultationspsykiatri på det stora sjukhuset, med bl.a. riksspecialiteter som transplantationsverksamhet och om Den akuta konsultpsykiatriska remissen.

Mötet var ett nytt sätt att finansiera FKP:s höstmöte, där Landstinget i Norrbotten bidrog till att göra mötet möjligt, och det föll väldigt väl ut. Planen är att förlägga 2012 års höstmöte på annan ort, med utbildningsinsats för psykiatri och primärvård. Nästa evenemang i FKP:s regi blir en halvdag på Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg i mars 2012.

Calle Sjöström
Specialist i allmän psykiatri
Rehabmedicin Sandviken
Föreningen för Konsultationspsykiatri
Foto: Anders Alm Ursula Werneke

Bäste medlem i Föreningen för Konsultationspsykiatri!

I enlighet med Svenska Psykiatriska Föreningens stadgar har Föreningen för Konsultationspsykiatri beslutat att från och med 2012 ta ut en medlemsavgift på 50:- /år. För medlemmar kommer beloppet att läggas på den ordinarie avgiften till SPF och inkluderas i beloppet på inbetalningstalongen. Om du ännu inte är medlem hälsas du välkommen med anmälan till: kanslisten@svenskpsykiatri.se.

Pia Östryd
Ordförande i Föreningen för Konsultationspsykiatri

SUICIDPREVENTION UR KOGNITIVT PERSPEKTIV

27–29 FEB. 19–20 APR. 29 AUG. 2012



Välkommen till en sexdagarskurs med professor Jan Beskow

Kursen vänder sig till i första hand psykiater, psykologer, psykoterapeuter och psykiatrisjuksköterskor. Vi håller till i våra lokaler på Mellangatan 1 i Göteborg. Vi träffas vid tre tillfällen 27–29 februari, 19–20 april och 29 augusti. Det finns med andra ord gott om tid för reflektion och att praktiskt använda de nya kunskaperna.

Kursen kostar 15 000 kronor och du anmäler dig senast den 10 februari till info@suicidprev.com eller på telefon 031-775 79 77. Läs mer på suicidprev.com

SUICIDPREVENTION I VÄST





Vad gör du när patienten inte svarar bra på sin antidepressiva behandling?

Många patienter som tar läkemedel mot depression får inte tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.¹ Genom att byta behandling till Cymbalta finns det en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat två eller fler antidepressiva läkemedel utan att ha fått tillräcklig effekt.¹

Målet; att du ska kunna erbjuda dina depressionspatienter full symtomfrihet.



Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Begränsningar i läkemedelsförmånen: Cymbalta ingår i förmåner för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Referens: 1. www.tlv.se. **Cymbalta**[®] 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetine). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravyt nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. **Datum för översyn av produktresumén:** 20091120. För ytterligare information och priser se www.fass.se. Rx. F. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se.



Psykiaterns förbjudna känsla



November står för dörren och ett ogenomträngligt grått töcken skymmer sikten. Det underkylda regnet gör huvudet till ett djupfryst torskblock. Novembers enda förtjänst är den att om man någon dag ser vissen ut behöver man inte förklara varför, det räcker med att uttala månadens namn för att folk ska förstå. November slår gärna följe med en av psykiatrins förbjudna känslor – Ledan.

För psykiatern handlar det dock inte om tristess i vanlig mening, eftersom man i yrket inte kan bli uttråkad, utan snarare risken att bli less på patienterna, i synnerhet den mindre grupp patienter som kan vara närmast provocerande dysfunktionella. Som ST-läkare jobbade jag med en kvinna som varit inskriven en längre tid inom slutenvården. Det frustrerande med denna patient var att hon var intelligent och insiktsfull, men ändå betedde sig så destruktivt när känslopåslag frikopplade hennes pannlober. När hon efter ett särskilt elakartat skov av självskadebeteende till sist fick frigång var bland det första hon gjorde att redan i trapphuset sätta eld på sig själv och sedan rusa tillbaka in på avdelningen för släckningsarbete. Den annars så kloke och omtänksamme sjuksköterskan muttrade i ett svagt ögonblick att om denna patient gjorde en ansats att hoppa ut genom fönstret skulle han vända ryggen till.

Det är dock inte bara de patienter som på detta vis bränner alla skepp som är en utmaning för oss att orka med, även patienterna som aldrig blir nöjda kostar på. Min ST-handledare och förebild sa att en av de svåra sakerna med allmänpsykiatrisk öppenvård var att hantera patienterna som fortfarande vid femte återbesöket tyckte att allt kändes hopplöst.

Hur vi står ut med de mer utmanande patientkonsultationerna blir en indikator på hur vi har det själva. När jag jobbade vid en allmänpsykiatrisk mottagning strävade jag efter att bara ha trevliga patienter dagen efter jag hade gått nattjour. Med bristfällig nattsömn och post jour-asteni fanns annars risken att mitt tålamod inte skulle räcka till för att de mera krävande mötena skulle bli så bra som jag önskade.

Min trevlige och synnerligen kompetente kollega berättade däremot att han efter en tids uppehåll för forskning känt ett riktigt sug efter det kliniska arbetet. Under ett extrapass på psykakuten hade han med fågelskådariver noterat: "Se där, en typisk borderlinepatient!"

I regel handlar det sällan om att patienterna vill vara besvärliga, regelrätt illvilja är sällsynt. Vi spelar trots allt i samma lag. Mestadels går patienternas beteende att förstå utifrån deras problematik. Det är exempelvis lite märkligt egentligen att uppröras över att emotionellt instabila patienter med närmast apokalyptisk separationsångest krisar när deras behandlare går på semester.

Även när vår förståelse inte är på topp behöver vi acceptera, kanske inte nödvändigtvis patienternas beteenden i sig, men väl risken för att patienterna ska bete sig dysfunktionellt. I början av min läkarbana slet jag för att en till synes välmående patient som lagts in på oklara grunder skulle kunna skrivas ut från avdelningen. Allt var riggat och boendestödet skulle möta upp patienten i hemmet. Problemet var att patienten inte delade min uppfattning att han var utskrivningsklar. Någon timme efter utskrivning ringer vårt mobila jourteam upp mig och konstaterar indignerat att patient X kontaktat dem, "och han är ju helt paranoid!" En stund senare var patienten åter inlagd. När jag frustrerad ringde och berättade detta för min överläkare, som jag sedan valde som handledare, yttrade han det som för mig kom att bli ett mantra för psykiatrisk acceptans: "Så gör de ibland, patienterna".

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



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

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2012

NUMMER 1 2012

Tema: Livsstil
Deadline 15 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2012

Tema: Registrera mera
Deadline 16 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2012

Tema: Var kommer barnen in?
Deadline 29 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2012

Tema: Ej bestämt
Deadline 14 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

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se



GNÄLL och maktlöshet och utveckling

Förbjudna känslor och förbjudet beteende

Inom sjukvården väcks känslor, patienternas, anhörigas och personalens. För patienternas del handlar symtom och problem ofta primärt om känslor inte minst vid personlighetsstörningar. Känslor väcks även om dessa inte är involverade i de psykiatriska kärnproblemen, till exempel sorg och oro för beteenden och upplevelser som man själv inte förstår.



Finns det känslor eller känslouttryck som är allmänt illa sedda inom såväl sjukvården i allmänhet som inom psykiatri förutom sådana som är kopplade till destruktivt eller självdestruktivt beteende? Gnäll! Den emotionella kvaliteten i gnället gör ofta att innehållet i den gnällandes budskap överskuggas av den irritation och lust till avvisande gnället väcker. Oavsett innehållet har man lust att säga SLUTA GNÄLL, MÄNNISKA!!

Om man är patient är man i någon mån förlåten för sitt gnäll - man har det ju troligen svårt på något sätt. Är man anhörig kan man också påräkna någon förståelse om än mindre än om man är patient. Om man är personal är omgivningens förståelse ofta högst obetydlig. Jag ämnar fortsättningsvis uppehålla mig vid detta sista faktum men tar en liten omväg.

Hantering av maktlöshet

De flesta människor som lider av somatiska eller psykiatriska symtom har ett behov av snabb och kompetent hjälp. Politikerna som påbjuder ramarna för tillgängligheten till denna hjälp har säkert lätt att själva som privatpersoner identifiera sig med detta behov och inser dessutom den politiska nödvändigheten av att möta detta behov. Men för att vinna väljarna måste man "bjuda över" sina politiska motståndare. Dessa båda faktorer, bland andra, tycks ha lett till att befolkningen förespeglas snabbare tillgänglighet och större valfrihet än vad vården har fått resurser att leverera.

Ingen politiker i ansvarig ställning tycks erkänna att det är så om inte bevisen är övertydliga. Bristen på passform mellan krav på prestation och resurser täcks över genom att de som har och tar sig tolkningsföreträdet konstaterar att det är vården det är fel på. Den är inte effektiv, organisationen är inte ändamålsenlig, cheferna är inte bra och personalen arbetar inte optimalt eller anstränger sig inte tillräckligt. Det sist nämnda formuleras kanske inte klart, men antyds ibland i undertexten. Naturligtvis finns det sjukvårdsenheter som kan effektiviseras med övervägande positiva konsekvenser. Men rationaliseringsmetaforen "pressa all luft ur systemet" har en logisk konsekvens när det gäller människor, nämligen att många som arbetar inom detta system får andnöd.

Vem orkar lyssna?

Personal som arbetar i direkt kontakt med patienterna tycks ofta inte känna igen sig i administratörers och politikers beskrivning av vårdens vardagsverklighet. Ibland känner de inte ens igen den egna verksamhetschefens eller enhetschefens beskrivning. En viss differens är naturlig med hänsyn till de olika observationsplattformarna. I en organisation med stort hierarkiskt djup är avstånd mellan "där nere" och "där uppe" stort. Behandlingspersonalen kan inte se "ända upp" och de högsta överordnade inte "ända ner". Resultatet är att man ofta diskvalificerar varandras bilder av "hur det är". Tolkningsföreträdet ligger dock högst upp i hierarkin. Tolkningen handlar om var källan till otillräckligheten finns.

Hotande upplevelser av otillräcklighet väcker maktlöshet som kan "transporteras" nedåt i makt- och beslutshierarkin mot behandlingspersonalen vilka dessutom affektivt kan smittas av sina patienters maktlöshet och drabbas då både uppifrån och nedifrån då de är längst ner i organisationens maktpyramid. Det är både smärtsamt och oroande när den bild man har av sin egen verklighet avisas, nedvärderas eller bagatelliseras av överordnade. Det tär på självkänslan och tilliten till den egna verklighetsuppfattningen, vilket kan minska arbetsmoralen och arbetsglädjen. Dessutom riskerar respekten för överordnade och solidariteten med organisationen att minska. Solidariteten med patienterna tycks dock vanligen vara intakt "in i det sista". Jag vill framhålla att jag resonerar om bekräftelse av den personliga, subjektiva, upplevelsen av arbetssituationen, inte om olika sätt att förklara denna upplevelse.

Gnällighet, arbetstillfredsställelse och utveckling

Gnälligheten har förstås en vidare kontext än den som skissats ovan, t.ex. upplevelse av gap mellan bekräftelse i form av lön och arbetets krav på energi och kompetens. Jag vill slutligen lägga till en aspekt som har med personlig utveckling i ett långtidsperspektiv att göra. I tjänsteproducerande företag som på grund av pressade krav på produktion börjar fungera efter en kortsynt "kvartalsvinstprincip" styrd av en övervägande syn på personalen som "produktionsenheter" som likt maskiner pressas på för höga varv och för lite service, kan "gnäll" motsvara gnissel i maskineriet.

I moderna företag som producerar tjänster och som är beroende av personal med hög kompetens som stannar länge i företaget för att tjänsterna ska få hög kvalitet är man vanligen mycket medveten om vikten av en god personalvård som innebär att man ser till hela individen och vederbörandes arbetstillfredsställelse. Kompetent personal inom psykiatri kan arbeta upp till fyra decennier inom verksamheten. Detta innebär att runt 60 000 timmar av vederbörandes liv tillbringas på arbetsplatsen. Arbetsplatsen blir en av de viktigaste arenorna för självförverkligande och personlig utveckling då de flesta av dygnets vakna timmar kanske tillbringas där i den sociala gemenskap som arbetskamrater och patienter utgör. Arbetet med patienterna är i sig ofta den viktigaste källan till tillfredsställelse och fördjupad personlig utveckling, men på sikt krävs något mer.

Möjligheterna att utveckla sig själv som människa kräver ett mycket bredare anslag än att "skickas på kurs" för att lära sig vad arbetsgivaren anser nödvändigt för att kunna svara mot administrativa eller behandlingstekniska behov som kan, men som inte nödvändigtvis behöver, sammanfalla med personalens egna behov och önskemål. Om det finns ett genuint intresse att stödja personalens egen observationsförmåga, uppfinningsrikedom och reflektion kan frön till nya synsätt och behandlingsmetoder växa fram. Detta innebär också en bekräftelse av den enskilda medarbetarens kompetens och ansträngningar. Men för att dessa egenskaper hos personalen ska bära frukt krävs tid för reflexion och utvecklande diskussion. Den universitetsbaserade forskningen har inte monopol på kunskaps- och metodutveckling även om de ofta får stå för den vetenskapliga evidensbaseringen.

Hur blir man gnällig?

Låt oss återvända till gnället. Hur går det till när man blir gnällig? Gnällighet är enligt mitt förmenande ett uttryck dels att man känner sig försatt i ett visst underläge, dels att man försöker hålla tillbaka ett missnöje och en aggressivitet som trots allt skiner igenom. Detta kan vara resultatet av en process där man har försökt framföra den egna upplevelsen av missförhållanden eller påfrestningar vid ett eller flera tillfällen men inte upplevt sig lyssnad på, respekterad och bekräftad, vilket gett upphov till en känsla av maktlöshet. Det handlar om att få rätten till sin egen upplevelse bekräftad, inte om att den lyssnande ska ha samma uppfattning eller acceptera att genomföra eventuella förslag till förändring. Får man inte denna bekräftelse kan framförandet av erfarenheter mer och mer få en underton av gnällighet. Till slut kan gnälligheten ta över. Som den "gnällige" gör man fortsättningsvis ofrivilligt sin överordnade en viss tjänst även om man upplevs som ett plågoris. Tjänsten består i att man gör det betydligt lättare för vederbörande chef att hålla relevant kritik ifrån sig – den kan kategoriseras som ett uttryck för gnälligheten och inte mycket att fästa avseende vid. Som "gnällig" hamnar man i samma fack som de patienter som den norske sociologen Yngvar Lökken beskrev på sjuttioalet med begreppet Den diagnostiska kulturen. Patienternas klagomål på vården avfärdades som uttryck för deras mentala sjukdom.

Det är inte så lätt för en enhetschef att lyssna på anställdas upplevelse av sin arbetssituation om den pekar mot kritik och missförhållanden. Ofta har den anställda att hantera den maktlöshet som uppstår i glappet mellan krav och resurser. Om enhetschefen lyssnar på kritik och upplever den som befogad men erfarenhetsmässigt inte tror att det går att vare sig bli lyssnad på eller få gehör hos sin egen chef, blir det enhetschefen som blir sittande med "Svarte Petter" det vill säga känslan av maktlöshet. Om enhetschefen inte lyssnar får underställd personal fortsätta att bära denna känsla. Denna känsla ska (tillsammans med adekvat information i sakfrågan) ju helst "transporteras" till den nivå i systemet där det finns adekvata resurser för förändring.

Maktlöshet tycks mig vara en känsla som åtminstone delvis är en förbjuden känsla, mer förbjuden ju större gapet mellan krav, egna och andras, och resurser är. Om en tidigare "gnällig" underordnad slutar att framföra sina synpunkter är allt väl då? Kanske, kanske inte. Så länge en person i underordnad ställning fortsätter att framföra sina erfarenheter, "gnälligt" eller inte, avspeglar den att den underordnade ändå har en viss respekt för och tilltro till sin chef som person med viss makt. Upphör "gnället" kan det spegla en upplevelse av att vederbörande chef i praktiken är så vingklippt så att vederbörande inte längre är att räkna med annat än som en arbetsomständighet som måste hanteras.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**

Foto: Shutterstock/Patrick Breig



Vad gör du när patienten ser livet i gråskala?

Alternativ för de patienter som på grund av biverkningar inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat depressionsläkemedel.*

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminupptagshämmare (NDRI) som genom sin annorlunda verkningsmekanism har en antidepressiv effekt jämförbar med SSRI, men en biverkningsprofil utan serotonerga inslag.¹⁻⁸

Den unika verkningsmekanismens selektiva effekter gör att Voxra kan ges till patienter med en symtombild som tyder på dysfunktion i noradrenalin- och dopaminsystemen. Med Voxra kan du därigenom undvika residuallsymtom som trötthet och utmattnings och minska risken för biverkningar som viktuppgång och sexuell dysfunktion.¹⁻⁹

För patienter som på grund av biverkningar inte nått önskade behandlingsmål med SSRI eller annat inledande läkemedel, erbjuder Voxra ett effektivt alternativ vid behandling av egentlig depression.

Och en möjlighet till ett liv med fler nyanser.

**Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.*



GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00.
www.glaxosmithkline.se. info.produkt@gsk.com



Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. Indikation: Behandling av egentlig depression hos vuxna. Styrkor och förpackningar: Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. Dosering: 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. Kontraindikationer: Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2011-03-29. *Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Referenser: 1. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007;21(5): 461-7. 2. Voxra produktresumé GlaxoSmithKline www.fass.se. 3. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005;7:106-13. 4. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004;6:159-66. 5. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005;66:974-81. 6. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000;61:196-202. 7. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997;58:532-7. 8. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51:234-42. 9. Papakostas et al. European Psychiatry 2008;23:s205, abstract P0046.

Enkät visar att patienter med bipolär sjukdom vill jobba i högre utsträckning!

Läkartidningen publicerade nyligen en klinisk översiktsartikel rörande psykosociala insatser vid allvarlig psykisk sjukdom, främst schizofreni. Artikelns tog avstamp i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser som på uppdrag av regeringen publicerades av Socialstyrelsen i februari i år. Målet för dessa riktlinjer är att återintegrera personer med allvarlig psykisk sjukdom i samhället så att de kan leva ett så normalt liv som möjligt. I detta ingår att hitta lösningar för att kunna få en egen bostad och arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Mot bakgrund av de nya riktlinjerna är det intressant att beakta resultatet från en webbaserad enkätstudie som genomförts av läkemedelsbolaget Bristol-Myers Squibb i samarbete med hälsoportalen Netdoktor (1). Studien visar att 88 procent av de svarande, patienter med bipolär sjukdom, anser att de skulle må bra av att återvända till sitt arbete. Samtidigt visar studien att endast 37 procent av patienterna arbetar hel- eller deltid och att 59 procent anser att det är svårt att återvända till arbetet efter sjukskrivning. Det finns alltså en tydlig diskrepans mellan viljan att arbeta och i vilken grad man faktiskt arbetar. Anledningarna till detta är troligen flera. Oron för utanförskap är sannolikt en anledning. Detta ges också uttryck för i studien där 79 procent av de svarande uppger att man känner utanförskap. Flertalet patienter berättar inte heller för kollegor och arbetsgivare om sin sjukdom, i enkäten var det så många som 64 procent.

Troligen skulle många fler patienter med bipolär sjukdom kunna vara i arbete även om det ingår i sjukdomsbilden att till viss del ha en övertro på den egna förmågan. Detta skulle dock kräva en tydlig viljeinriktning från politiskt- och myndighetshåll. Patienter med bipolär sjukdom bör inte jagas tillbaka till arbete utan behöver med små stödinsatser lockas tillbaka till arbetsmarknaden. Detta är också något som betonas i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser där samordningen mellan psykiatri och socialtjänsten understryks för att patienten skall kunna återanpassas i samhället. Och det finns goda exempel på detta. I Värnamo startades på 1990-talet en "företagarring" där lokala företagare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och psykiatri hjälptes åt att hitta arbete åt patienter med psykiska diagnoser. Initiativet var mycket lyckosamt och resulterade i att flera patienter fick anställningar. Även Lidingö kommun har gjort en liknande satsning, dock utan företagardeltagande, med gott resultat.

Anders Berntsson
Verksamhetschef och
överläkare vuxenpsykiatri
Prima Psykiatri
Danderyds Sjukhus



Fotograf Ulf Huett Nilsson

Framgångsfaktorer för projekt av den här typen är en god kommunikation mellan psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Myndigheterna saknar i många fall kunskap om hur dessa patienter fungerar och samhället går därmed miste om produktiv arbetskraft. Ytterligare en förutsättning för att få fler patienter med bipolär sjukdom i arbete är att patienterna erbjuds behandlingar som ger dem möjlighet att vara närvarande och pigga. Ett flertal av de antipsykotiska läkemedlen behandlar positiva symptom men har begränsad effekt på negativa och kognitiva symptom. Det är därför viktigt att alltid ha den funktionella behandlingen i fokus. I enkätstudien uppger 80 procent av patienterna att de mår bättre med sin medicin än utan den. Samtidigt uppger 66 procent att man får biverkningar där de vanligaste är trötthet (59 %), viktökning (52 %), slöhet (44 %) och koncentrationssvårigheter (42 %).

Just uppföljning av biverkningar är något som vi inom psykiatri borde bli mycket bättre på att hantera om den funktionella behandlingen i praktiken skall vara i fokus. Idag är uppföljningen i stora delar bristfällig och effekten blir att många patienter inte står på optimal behandling och därmed inte kan fungera optimalt vare sig i privatlivet eller i arbetslivet. Om skattningsskalor användes i högre utsträckning än vad som görs idag skulle betydligt fler patienter slippa onödiga biverkningar och kunna fungera bättre i vardagen.

Anders Berntsson
Verksamhetschef och överläkare vuxenpsykiatri
Prima Psykiatri, Danderyds Sjukhus

Referens

1. Enkätstudien som genomfördes i samarbete mellan Bristol-Myers Squibb och Netdoktor skedde under hösten 2010 och omfattade 585 svarande, varav 263 uppgav att de var patienter med bipolär sjukdom och 322 att de var anhöriga.

Det senaste från METIS: nya pengar till nya utmaningar! Men... hur förvaltar vi det vi har utvecklat?



Jag hoppas att du blev riktigt nyfiken på vad det är för nya pengar och nya utmaningar... vi kommer till det strax.

METIS efter projektets tid

METIS-projektet avslutas sista december 2012. Vad händer sedan? Visst vill vi att kurserna ska finnas kvar. De ska inte bara fortsätta finnas, de ska motsvara kursbehov och ha god kvalitet. Vad behövs för att kurserna ska fortsätta finnas, motsvara behov och ha god kvalitet?

Det behövs 4 saker: ett levande nätverk bland de olika aktörerna, en central motor, regionala motorer samt finansiella medel

Ett levande nätverk

METIS kursverksamhet hålls igång av ett stort antal eldsjälar som bildat olika nätverk, och för att eldsjälarna ska fortsätta orka måste man behålla lusten och meningen. Varje kurs har sitt nätverk, bestående av experter, patientrepresentant, anhörigrepresentant och ST-läkarrepresentant. Sedan finns det ett nätverk av alla kurssekreterare som är den administrativa stommen bakom kurserna (helt avgörande för att kurserna ska flyta!). Det finns ett nätverk bestående av alla kursgivare. De ingår förstås också i respektive kursens nätverk. I nätverket kan kursgivarna befrukta och inspirera varandra med idéer och smarta lösningar vad gäller kursupplägg och innehåll. Dessa nätverk interagerar med varandra på ett konstruktivt sätt. Fortsatt kommunikation i alla riktningar mellan de som ordnar kurser, de som finansierar kurser, de som går kurser är viktigt. Det motverkar stagnation och gör att hela systemet fortsätter att leva. Då kommer vi att behålla lusten, meningen och kvaliteten.

En central motor

Det ska fortsätta finnas en central motor. Det är viktigt att ett centralt kansli fortsätter att se till att hela systemet fungerar. IPULS har inkorporerat METIS-kurserna i SK-systemet, så att antagning och anbud för kurserna sker centralt.

Kursmaterialet ligger i lärplattformen Pingpong (IPULS har tecknat avtal med Pingpong AB).

Regionala motorer

Våra regioner har sina visioner och planer för ST-utbildning, och de ska leva upp till målbeskrivningens krav. Mitt intryck, efter kontakt med flera representanter från verksamheterna på olika håll i landet, är att många tycker det är bra/vore bra att flera METIS-kurser går/gick i deras egen region. En regional motor, kanske i form av ett regionalt kansli, kan stimulera kursverksamheten och underlätta för de regionala kursgivarna. I och med att stommar till kurserna finns i METIS databas så kan varje region ta hem kursen och ge den på hemmaplan. Man skulle, utöver de statligt finansierade kurser som redan är planerade, se till att en och annan METIS-kurs ges regionalt. Finansierad med kursavgifter, med samma innehåll och upplägg. De mest populära METIS-kurserna är kraftigt översökta (ex akutpsykiatri: 25 deltagare och 126 reserver), vilket gör att det är bara bra att skapa extra kursplatser. Projektet i samarbete med IPULS håller på att hitta former för detta.

Finansiella medel

Kurserna behöver revideras med regelbundenhet, vilket medför viss kostnad. I en revision träffas expertgruppen som utvecklat kursen (bland dem finns alla kursgivare), plus patientrepresentant, anhörigrepresentant och ST-läkarrepresentant och förnyar kursuplägget. Revisionerna är viktiga för att behålla kvaliteten samt det nationella perspektivet. Nytt kursmaterial behöver produceras ibland, med viss kostnad. Lönebidrag för det centrala och de regionala kanslierna är också en förutsättning för deras existens, med medföljande kostnad.

Grönt ljus för 5 lokala deltagare från 2012

I dialog med kursgivarna har det framkommit att många önskar kunna reservera några platser för egna lokala ST-läkare. I ett första skede tedde sig detta i kontrast med de centrala regler som styr SK-systemet, där antagningen sker centralt med tid från legitimation som avgörande faktor för deltagarprioritering.

Nu har det i samarbete med IPULS arbetats fram en ny modell. Från och med vårens kurser kommer det vara möjligt för kursgivarna att, utöver de 25 ST-läkarna som kommer först på prioriteringslistan i den centrala antagningen, låta 5 lokala ST-läkare att gå kursen!

Detta blir ett incitament för den som håller i kursen, och dessutom blir det lite lättare för en del ST-läkare att komma in på kursen, eftersom de facto skapas det flera kursplatser. Detaljerade riktlinjer kring hur man ska gå tillväga kommer snart på METIS hemsida www.metisprojektet.se.

Nya pengar och nya utmaningar

Och nu äntligen, till de nya pengarna. Socialdepartementet har, efter att METIS-projektet inkom med en ansökan i våras, beviljat medel för 3 nya projekt:

1. att utveckla en landsgemensam stomme till psykoterapiutbildning för ST-läkare i psykiatri
2. att anpassa kursmaterialet i METIS-projektet till ett fortbildningsprogram för specialister i psykiatri
3. att se över behovet och möjligheterna till att komplettera de befintliga SK-kurserna i barn och ungdomspsykiatri, så att de fullt ut uppfyller målbeskrivningen

METIS-projektet har redan påbörjat arbetet med att skapa stommen till den nya psykoterapiutbildningen. Cecilia Svanborg, psykiater och psykoterapeut samt tidigare ordförande för den Svenska föreningen för Kognitiva och Beteendearterade terapier har tagit på sig uppgiften att leda arbetet. Frågan om psykoterapiutbildning är högaktuell. Högskoleverket utreder för närvarande hur psykoterapeututbildning ska se ut, både på legitimationsgrundande och grundläggande nivå. METIS inledde arbetet med att låta en arbetsgrupp producera ett förslag på kompetensmål inom psykoterapi för blivande psykiatrer (se SP dec 2010). Sedan har det samlats en ny arbetsgrupp, bestående av blivande kursgivare från olika delar av landet. Man har sett till att de tre största psykoterapiinriktningarna KBT, PDT och familjeterapi är representerade i gruppen. Delar av den första arbetsgruppen är numera referensgrupp för det nuvarande arbetet. Som projektledare för METIS följer jag arbetet på nära håll. Arbetsgruppen gör ett seriöst arbete kring vilken nivå en psykoterapiutbildning för läkare ska hålla, vilka frågor som är viktiga, hur läkargruppen lär sig bäst och hur den ska använda sig av psykoterapifärdigheterna. En annan viktig aspekt som diskuteras (i gruppen finns det representanter för de psykiatriska verksamheterna) är hur mycket tid det är rimligt att en ST-läkare ägnar åt att lära sig psykoterapi, med tanke på balans mellan klinisk tjänstgöring och andra moment i ST. Det förs också diskussioner kring hur den blivande psykiatern ska bli rustad för att kunna ta det medicinska ansvaret för psykoterapier som andra teammedlemmar ger patienterna.

Vad gäller fortbildning av specialister, är det otroligt glädjande att psykiatrin får ett regeringsuppdrag för att skapa ett fortbildningsprogram. En projektledare rekryteras och förhoppningsvis kommer vi att se resultat inom kort!

Mycket glädjande är att barnpsykiatrin i denna satsning får möjlighet att förbättra de egna ST-kurserna. Flera METIS-kurser innehåller en barnpsykiatrimma. Det har kommit kritik från barnpsykiatrins ST-läkare att den barnpsykiatriska delen är för liten jämfört den stora massa kunskap och arbete som krävs för att bli godkänd på kursen. Bättre istället att utveckla egna moderna kurser. Även här kommer en projektledare att rekryteras.

Så här i slutet av 2011 vill METIS projektgrupp tacka alla er som bidragit med ert arbete, era råd, era åsikter, ert stöd till projektet. Utan er, inget METIS.

Gott nytt år!

För METIS-projektet
Raffaella Björck
Projektledare
Studierektor Psykiatri Nordväst, Stockholm

Håll koll på grannarna!

Psykiateren heter vår tidskrifts norska motsvarighet. Den utkommer - precis som Svensk Psykiatri - med 4 nummer per år, och finns både i pappersform och på nätet. Du kan följa vad som händer i den norska psykiatrin genom att gå in på www.norskspsykiatriskforening.no och klicka på länken Psykiateren i övre vänstra hörnet.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Deadline för bidrag till nästa nummer:
15 februari

10 frågor till.....

Denna gång möter Du Hanna Edberg
Ordförande i SLUP

Född

Norrstrand, en liten stadsdel i Karlstad med knappa 6000-talet invånare. Och inte blev de fler av att jag föddes, för det medförde att hela familjen flyttade från Karlstad till Göteborg, där jag sedan växte upp och fostrades till att bli en räkelskande världsmedborgare.

Bor

I en finfin liten lägenhet i Stockholm.

Familj

Pappa, bror, pojkvän och underbara vänner.

Arbetar

ST-läkare vid Psykiatri Nordväst i Stockholm sedan 2007.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Kan du upprepa frågan..?

Favoritmat

Grillad kyckling och banan (inte ihop, dock). Så enkelt och så gott. Min pojkvän som försöker servera mig dovhjortsstek med glaserade rotfrukter gräter över min gastronomiska obildning.

Senast lästa bok

Nej men nu blev det ju besvärligt. Hoho. Jo, det var ju alltså "Pervers? Om sex utöver det vanliga" av Anna Bäsén och Niklas Långström. Ja vad katten, förklaringen hittar ni någonstans här i tidningen.



Vad gör Dig lycklig?

Åh, så många, många saker. En saltdoftande, solvarm bohusklippa med utsikt över glittrande hav. Kärlek, kärlek, kärlek. Att få dela en annan människas tankar, i patientmöten, i vänskap. När familjen mår bra. Ett par nya, glänsande, oerhört högklackade skor. Glitter. Glitter gör mig lycklig. Glittrande smycken, glittrande ögon, glittrande hav.

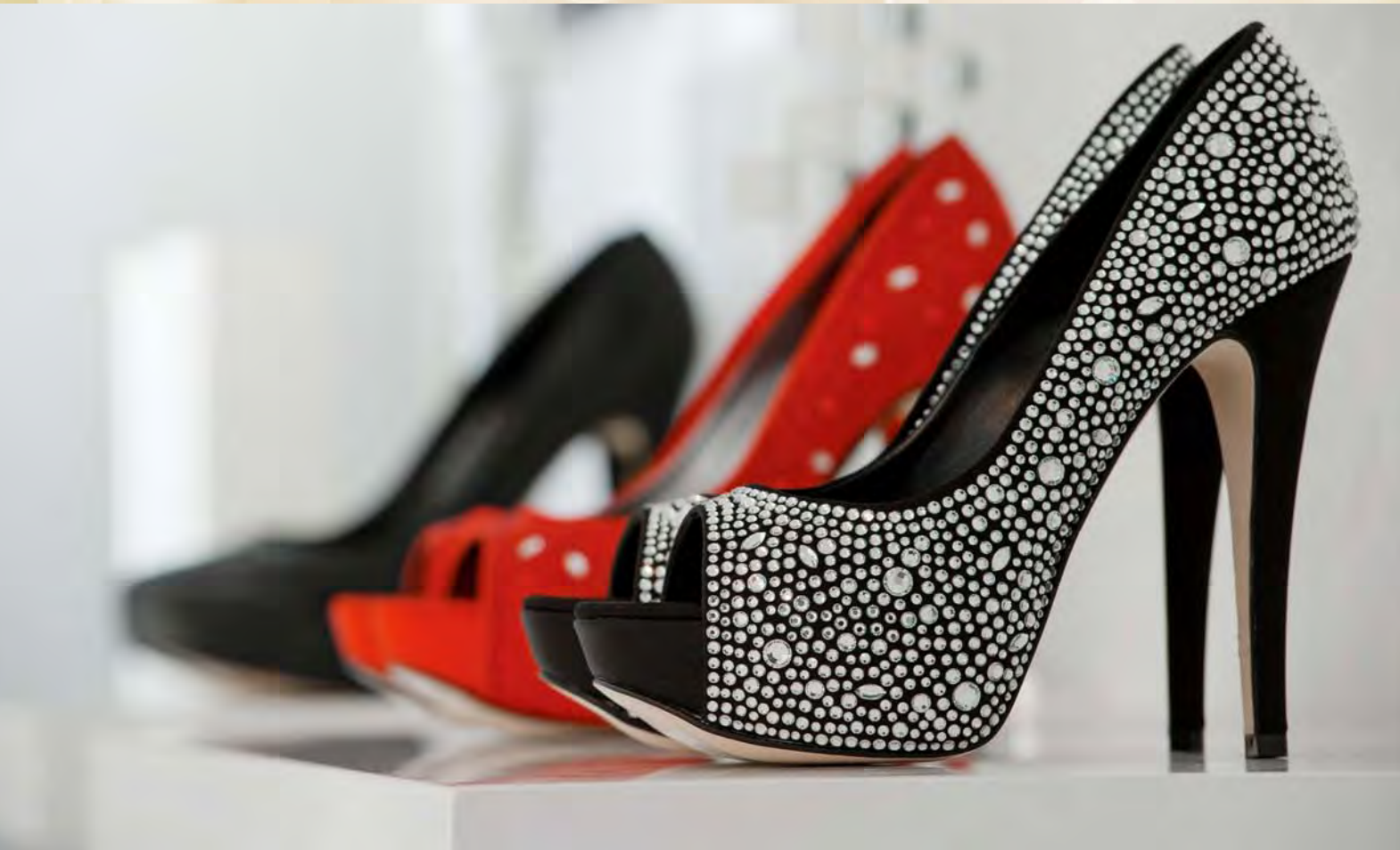
Vilka förebilder har Du?

Nalle Puh, Elise Ottesen Jensen och min 94-åriga mormor, som är glömsk som attan men stencool och ständigt lika positiv. "Åh, en liten propp, det är det väl ingen som har dött av!"

Vilka är SLUPs största utmaningar under de närmsta åren?

Att motverka distanseringen mellan "psykiatri" och "somatik". Att vårda den psykiatriska kunskapen och vetenskapen, och att motivera och uppmuntra duktiga underläkare att söka sig till denna otroligt spännande specialitet!

Stina Djurberg
SP Redaktion





Svenska Psykiatrikongressen 2012



Läkaresällskapet
Stockholm

2008



Bergakungen
Göteborg

2009



Södra Teatern
Stockholm

2010



Bergakungen
Göteborg

2011

14-16 mars - Filmstaden Bergakungen, Göteborg
14 mars - Göteborgs Stad hälsar välkommen med mingel på Börsen
15 mars - Kongressmiddag på Clarion Hotel Post



För 5:e året i rad anordnar SPF

SPK 2012

*14-16 mars Bergakungen Göteborg,
3 dagar späckade med nytt, nyttigt och aktuellt.*

Efter ett rekordstort deltagande 2011 med över 600 kollegor är det dags att boka in nästa års kongress med fortbildning, kultur, möten
- för Sveriges psykiatrer, blivande specialister och andra yrkesgrupper verksamma inom psykiatrin.

Axplock ut programmet:

Forskare för framtiden
[Lars Farde](#)

Tvångsvård och tvångsätgärder
[Herman Holm](#), med bl a medverkan
av författaren till boken "Slutstation
Rättspsyk" [Sofia Åkerman](#)

Evidensbaserat ledning
[Soki Choi](#)

Hypermodern psykiatri
[Henrik Ankarsäter](#)

Ångest hos äldre
[Elisabeth Aller](#)

Psykofarmakologi
[Mussie Msghina](#)

Konsultationspsykiatri
[Pia Östryd](#), [Anders Bergstedt](#)

Gränslandet psykiatri – somatik
[Dan Gothefors](#)

Rättspsykiatri
[Mats Persson](#)

Beroende
[Anne-Gerd Mellin](#)

Psykotterapi
[Cecilia Svanborg](#)

Icke-OCD - OCD-spektrum à la DSM V
[Sergej Andréewitch](#)

Sexualmedicin
[Cecilia Dhejne](#)

Aktuella SBU-rapporter– resultat från
3 systematiska granskningar
[Lisa Ekselius](#)

BUP
[Ulf Wallin](#)

Workshops

Små piller kan ge stora problem! – Läkemedelsberoende
diagnostik och behandling
[Britt Vikander](#)

ECT / Bipolär - om register i vården
[Mattias Agestam](#)

SPF utbildningsutskott anordnar
Workshop om ST-handledning – Dr House

Fortbildning för specialister

Filmspår Kulturspår

Sist men inte minst – Brukarföreningarna, representerade
av Elisabeth Pousette och Marilouise
Armand ordnar ett eget program under samtliga
kongressdagar.

www.svenskpsykiatri.se

Psykiatrisk filmfestival III

Ni missar väl inte den
tredje Psykiatriska
filmfestivalen under SPK
2012?

Spännande program under bearbetning



World Mental Health Day

111010



Konferens på Medborgarhuset i Stockholm

World Mental Health Day, eller Världsdagen för psykisk hälsa som den svenska översättningen lyder, inföll den 10 oktober. Tanken med denna dag är att öka det allmänna medvetandet och kunskapen om psykisk sjukdom. "The Great Push: Investing in Mental Health" var årets underrubrik. Ekonomiska och mänskliga tillgångar som avsätts till psykisk hälsa är otillräckliga, särskilt i låginkomstländer och enligt WHO spenderar låg- och medelinkomstländer mindre än 2 % av sin sjukvårdsbudget på psykisk sjukdom. Här i Sverige är förhållandena förstås bättre på många sätt men även här förtjänar psykisk sjukdom och personer med psykiatrisk problematik mer resurser och uppmärksamhet. Med anledning av World Mental Health Day anordnades på Medborgarhuset i Stockholm en konferens med underrubriken: "En dag tillägnad utvecklingsfrågor och utmaningar inom psykiatri". Arrangörer var NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) i samarbete med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Handisam, Hjälpmedelsinstitutet och Svenska Psykiatriska Föreningen. NSPH är ett nätverk av patient-, brukar- och

anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Följaktligen kom deltagarna på konferensen till stor del från olika brukarorganisationer, men också politiker och personal från olika professioner inom psykiatri fanns representerade. Drygt 150 personer var anmälda till arrangemanget.

Bland föreläsningarna kan nämnas det anförande Anders Printz från Socialstyrelsen höll. Han talade på temat: "God psykiatrisk vård – hur långt har den svenska satsningen kommit?" och föreläsningen fokuserade bland annat på rättssäkerheten för psykiskt sjuka. Perspektivet att människor med psykisk sjukdom har samma möjlighet att tillvarata sina rättigheter som psykiskt friska personer kan leda fel, likväl som perspektivet att personer med psykisk sjukdom behöver beslutas över, var ett centralt budskap från Printz, som poängterade patienter och anhörigas inflytande på vården.

Ellinor Major, chef för avdelningen för Psykisk hälsa på norska Folkhälsoinstitutet, beskrev den stora satsning som gjorts inom psykiatri i Norge det senaste decenniet, benämnd upptrappningen. Visionen var att människor vill styra sitt eget liv, utgångspunkten att alla vill vara delaktiga i samhället och leva ett så normalt liv som möjligt. Satsningen har inneburit starkt ökade resurser till den psykiatriska vården och öppenvårdsbesöken inom specialistpsykiatri ökat exempelvis med 131 % mellan 1998 och 2008.

Samtidigt har stora kampanjer med utbildning bedrivits och kända norrmän har trätt fram i tidningsannonser för att berätta sin historia om psykisk sjukdom. Sammanfattningsvis konstaterar man att satsningen skapat ökat utbud av vård och bättre strukturer, men att dessa strukturer är sårbara för ekonomiska åtstramningar, och att kvaliteten inom vården måste säkras bättre.

"Måste den psykiatriska patienten dö i förtid av diabetes eller hjärt- kärlsjukdom?" frågade sig Dan Gothefors, specialist i psykiatri som representerade SPF. Han höll ett såväl informativt som mycket pedagogiskt föredrag om att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Han tipsade också om möjligheten att utföra vetenskapligt arbete under ST-utbildningen inom detta område och att intresserade ST-läkare gärna kan kontakta honom.

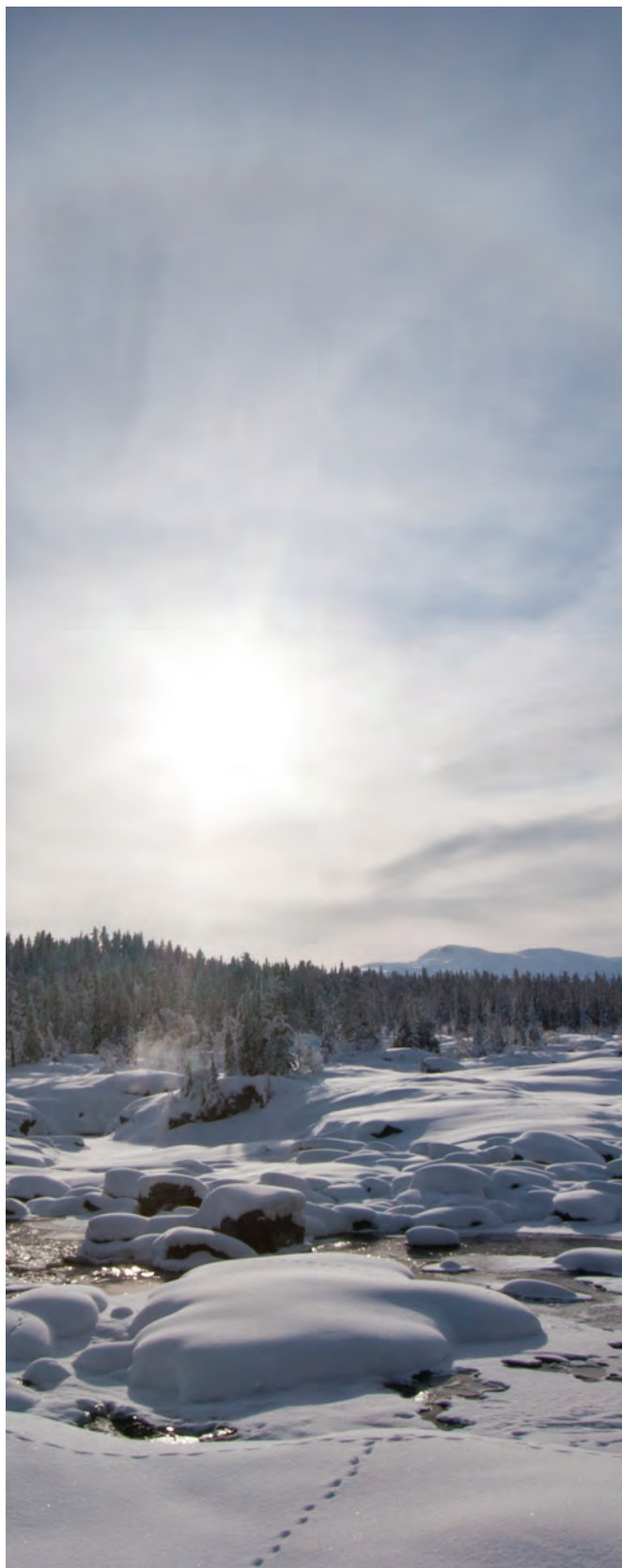
SPF deltog också med ett bokbord på konferensen. Många besökte oss för att fråga om psykiatri och ta informationsblad om SPF:s verksamhet; det var också uppskattat att få exemplar av Svensk Psykiatri och pennor med SPF:s logotyp. Vi passade även på att informera om Psykiatrifonden och dess arbete med att främja psykiatrisk forskning.

För den psykiatriska professionen är det hjälpsamt att ha ett gott samarbete med brukarorganisationer. Det är också viktigt att visa oss för politiker i olika sammanhang och möjliggöra dialog med dessa grupper, för en ökad ömsesidig förståelse, ökat fokus på psykisk sjukdom och i slutändan bättre vård för våra patienter. Därför kändes deltagandet på World Mental Health Day både värdefullt och inspirerande.

Vid kameran och bok- och tangentbordet

Isak Sundberg
ST psykiatri Uppsala
Vice ordförande SLUP

Hela programmet och de flesta presentationerna från konferensen ligger ute på www.nsph.se





Mästare, gesäll, rollmodell

Att ha förmånen att få hjälpa yngre kolleger under olika skeden av deras utbildning och forskning anser jag hör till det roligaste och mest stimulerande under ens yrkesverksamhet.

Vid Karolinska Institutet hade man en period "fadder verksamhet". Självtilldelades jag 1990? tre unga män "från landet" som jag träffade redan under deras första dag som medicinstuderande. De kände inte varandra förut. Vi sågs på "min klinik" och de fick träffa en "riktig professor" vid en kaffestund då vi berättade för varandra hur vi hade hamnat på KI. Sedan sågs vi också på vintern i min frus och mitt hem, och på senvåren körde jag ut dem till vårt feriehus utanför Stockholm. Vi satt på "ljugarbänken" på bryggan och talade om livet. Ingen av dem hade planer på att forska.

Ingen blev psykiater. En blev sedan reumatolog, en kärlikirurg och en gastroenterolog. Alla tre har idag familj, alla tre har disputerat och har verkat utomlands. Det är jätteroligt att ha kontakt med dem. Efter våra gemensamma upplevelser kanske psykiatri avmystifierats? Vi har oplanerat råkat ses ibland, på restaurang. Orsak-verkan??

"Handledning" – vad är det? En numera avliden kollega talade istället om "landhedning" – Att störa "mästare och gesäller" under fåtaliga forskningsstunder var då helt legitimt, men nådde den chef som i tjänsten måste avbryta psykologers kliniska "handledning" med plakat på dörren – vad det nu var – hemligt?!

Att få vara handledare för projektarbeten, mentor för dem som vill bli licentiat eller doktorand är ibland slitsamt men nog så roligt. Som senior kan man utnyttja sina internationella kontakter. Senast har jag kontakt med en som disputerar inom infektions-immunologi, som inofficiell mentor!

Mycket av hantverket inom forskning är allmängiltigt – och vi ska inte stänga in oss i gamla fack eller banor. Hans Jörnvall, biokemiprofessor och sekreterare i Medicinska Nobelkommittén, hade för vana att i betygsnämnd plocka in någon utomstående för att motverka inavel. Vi måste ha rätt att ställa obekväma frågor. Att visa att "vanliga klasser är vanligast" leder ingenstans.

Det finns också konkreta råd om hur man söker docentur eller professur.

Vår förträffliga redaktör, forskare, korrekturläsare, idésprutaren Tove har ju påpekat att livslängden för vetenskapliga fynd sällan överstiger 10 år. Så sant. Bevare oss för dem som lydigt ochoreflekterat fastnar i trossatser, skråväsande, "skolor" och stela doktriner. Det har sagts att en gamling skulle ha vänt sig i sin grav om han hört begreppet "internetpsykiatri"! Men nu har begreppet tydligen anammats inom Socialstyrelsen. Och tänk på att man om 30 år kanske kommer att hänskratta om hur psykiatri bedrevs år 2011!

Såväl psykiatrin som psykologin bör enligt mitt synsätt ses som viktiga experimentella fält, där forskningsresultaten inte ska kunna förutses. Povel Ramel skrev att man "kan forska på en rutig anka" – men då måste man göra det väl, med kvalificerad forskarutbildning och handledning!

Allt måste med olika mellanrum omprövas, sant, falskt eller mitt emellan?? "Einstein var relativt begåvad" lärde oss en ST-läkare i psykiatri på Huddinge sjukhus. GRADE-bestämning lär oss att kritiskt granska säkerheten i påståenden. Att ha fått arbeta för SBU om vård vid beroendesjukdomar resp. sömnproblem har fått mig att omvärdera mycket. Jag efterlyser med enfaset utlovade artikeln om vad SBU gjort för psykiatrisk kunskap i dess helhet. Professor Måns Rosén har utlovat en komplettering inför publiceringen.

Också Hanna Edberg har föredömligt påtalat att termer, glosor och tänkesätt snabbt kan bli föråldrade. Gunnar Lundquist (kallad "Gullet" i den trängre kretsen) som en period 1972-73 var min klinikchef, hade tidigare gett ut en bok där ordet "mentalhygien" ingick, men under de 25 år då jag träffade honom, nämnde han aldrig det ordet. Språkbruket kanske hade ändrats, talade vi om andra saker, eller kanske hade det att göra med att statsmakterna ändrade hans akademiska titel från "laborator", först till bitr. professor och sedan till professor – vad vet jag? Men han hade kvar samma jobb!

Och Hanna, det har varit gott om trattkantareller i höst (se SP 4/2010).

Jag uppfattar det som angeläget att dagens olika toppkrafter inom psykiatrin skriver högklassiga sammanfattningar av dagens verklighet och något jämför med hur det varit i ett longitudinellt perspektiv –

ungefär som Hans Ågren, Marie Åsberg, Lars Farde och Ing-Marie Wieselgren gjort, eller hur Psykiatriska Föreningen i år utformat programmet vid Medicinska Riksstämman.

Var håller ni hus, nytilsatta professorer? Tryggt gömda i grottorna, på kongress i Kuala Lumpur eller på biblioteken? Vi måste själva lyfta fram allt det som är bra och bättre – hjärtspecialister och barncancerläkare har varit mycket bättre på PR för den egna saken – se på resultatet i kronor, anseende hos allmänheten och status, kanske relativt oförtjänt?? Professor David Ingvar hävdade att psykiatri är den svåraste medicinska specialiteten. Sluta omorganisera, klaga, gnälla och käbbla!! Tänk på Kina och Mao Tse Tung – ung. "sluta snacka, arbeta"!

Nyligen har flera viktiga skrifter tillkommit. Lärobok i "Kognitiv medicin" har Lars-Olof Wahlund, Christer Nilsson och Anders Wallin som redaktörer. Boken "Beroendemedicin" har kommit ut i helt ny tappning med redaktörerna Johan Franck och Ingrid Nylander. Christer Allgulander och Mussie Msghina har föredömligt redovisat modern evidensbaserad kunskap om bensodiazepiner (Läkartidningen 41/2011). Glöm mycket av det gamla. Läs dessa nya arbeten noga!

En helt annan reflektion. Professorn emer. i litteraturvetenskap, Birgitta Holm, ringde mig nyligen och berättade att hennes bok om hennes (och min) svensklärare, den avantgardistiska poeten Rut Hillarp hade kommit ut. Men vetenskap?? Hermeneutik? För mig som främst skolad inom den positivistiska traditionen blev jag bestört när jag läste boken och inbjöds till pressreleasen. Grundar den sig alls på en teori, vad kan man generalisera från den? Att skriva av någons personliga redogörelser från kärlekskapader i dagboksform – är det forskning?

Nyligen läste jag i en botanisk skrift där man betecknar området som "scientia amabilis" – "den älskeliga vetenskapen". Kunde inte psykiatri överta ett sådant epitet?

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet



**Vi önskar alla
våra läsare**

God jul
Gott nytt år!



Apatiska barn idag

Under åren 2001 – 2006 upplevde vi i Sverige en unik situation, då hundratals barn insjuknade i ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd. Det var barn i familjer som sökte asyl i Sverige och som flytt från outhärdliga situationer i sina hemländer. Barnen visade olika tecken på uppgivenhet med påverkade funktioner inom de flesta vitala områden och ett stort antal av dessa barn blev så sjukdomspåverkade att de blev helt sängliggande, krävde sondmatning, hjälp med toalettbehov och de kommunicerade inte med omgivningen över huvud taget.

I slutet av 2006 lämnade den Nationella samordnaren sitt slutbetänkande *Asylsökande barn med uppgivenhetssymptom* – ett svenskt fenomen åren 2001 – 2006 (SoU 2006:114). Som titeln antyder och som utredaren beskrev situationen hösten 2006, så såg man framför sig att uppgivenhetssymptom bland asylsökande barn skulle komma att bli en besynnerlig parentes i den svenska barn- och ungdomspsykiatriens historia. Så blev det tyvärr inte. Idag finns på nytt ett antagligen växande antal asylsökande barn med uppgivenhetssymptom inom barn- och ungdomspsykiatri och de barnmedicinska klinikerna kontrollerar och följer upp barnens kroppsliga symptom. Just nu finns t.ex. i Stockholm tio barn i behov av sondmatning.

Några saker har vi lärt oss från perioden i början av 2000-talet:

- Påståenden om att detta tillstånd skulle handla om medveten förgiftning eller om simulering har kategoriskt kunnat tillbakavisas genom noggranna medicinska kontroller och observationer av barnen och deras familjer.
- Vi vet också att föräldrarna i dessa familjer ofta själva har allvarliga psykiatriska symptom med depression, självmordstankar och omfattande ångest.
- Om bakgrunden till tillståndet vet vi fortfarande otillräckligt, men studier tyder på att tidigare psykiska trauman många gånger, men inte alltid, är en viktig faktor.

- Behandlingsmässigt vet vi att barnen nästan alltid mår bäst av att vistas i sina familjer.
- Familjerna och främst föräldrarna är i stort behov av stöd och information. De behöver sjukvården – barnpsykiatri och från pediatriken, ofta också vuxenpsykiatri – och inte sällan socialvården, för att kunna orka med sitt viktiga arbete med att ta hand om, aktivera och stimulera sitt sjuka barn.
- Barnen behöver sin skola, barnen behöver miljöer utanför familjen, behöver stimulans och aktivitet, behöver normalisering.
- Samverkan mellan de olika verksamheter som möter barnen är viktig, främst mellan barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicin, socialvård, skola, primärvård och vuxenpsykiatri.
- Inget barn med uppgivenhetssymptom har så vitt känt avlidit – med reservation för att vi inget vet om de barn som trots allvarliga symptom avisades.
- Och vi vet att alla apatiska barn, som fick permanent uppehållstillstånd, tillfrisknade under det att mycket få blev friska innan uppehållstillståndet. Tillfrisknandet gick nästan aldrig snabbt utan tog veckor, månader, ja ibland mer än året.

Dessa kunskaper använder vi för de nyinsjuknade barnen och deras familjer. Vad vi förmår göra är att hålla barn och familjer under armarna och försöka trösta och ge hopp under deras väntan och kamp för att få stanna. Inte hopp om att få uppehållstillstånd, det kan vi inte påverka och det är inte vår uppgift. Men hopp om att deras barn kommer att överleva och bli friskt. Vi kan inte säga när och vi kan inte påverka förloppet.

Detta är den springande punkten. Oavsett den fullständiga bakgrunden till uppgivenhetssymptomen, som uppenbarligen är komplex, så finns vissa obestridliga fakta: barnen och deras föräldrar har ett allvarligt lidande och har omfattande psykiatriska symptom. De har en livssituation, som är starkt stressande och som därmed är en påtaglig psykosocial riskfaktor. Situationen kan bäst beskrivas som en utdragen, institutionell traumatisering, där barnet är i en maktlöshetssituation och där också barnets vårdare saknar möjlighet att styra förloppet. Skulle det handla om svenska barn, som levde under sådana omständigheter, skulle det utan tvekan beskrivas som allvarlig barnmisshandel och kräva omedelbara samhällsåtgärder.

Inom sjukvården kan vi ställa diagnos, vi kan beskriva tillståndet i det individuella fallet, vi kan ge Migrationsverket

och Migrationsdomstolarna underlag för deras beslut – men vi kan inte bota, sällan lindra och knappast ens ge tröst.

Vi finns ju där, lyssnar, visar vår empati, ger stöd.

Vi vet att såväl barn som föräldrar sätter stort värde på dessa vårdinsatser och när barnen får uppehållstillstånd, är det med stor glädje och tillfredsställelse vi kan följa deras tillfrisknande.

Den viktiga frågan är dock inte frustrationen och de emotionella påfrestandena för behandlarna. Det avgörande är istället om det är hos vården ansvaret bör ligga. Numera uppfattar vi människor ofta att det normala är att vara utan både fysisk och psykisk smärta. Det naturliga är att inte känna obehag, att vara nöjd, må bra, känna glädje och lugn. Vi skall inte vara för arga, olyckliga eller rädda, vi skall sova bra, ha lagom god aptit, kunna koncentrera oss på våra uppgifter och ha goda ömsesidiga relationer. Vi skall ha intressen, orka vara aktiva och nyfikna. Om detta inte är uppfyllt, så är det något som är fel och skall rättas till. Lösningen blir idag allt oftare att vi då vänder oss till vården. I ett ömsesidigt samspel mellan individ, sjukvård och politik, inte sällan i samverkan med en medicinindustriell marknad, hamnar ansvaret för och förväntningarna på åtgärder hos sjukvården. Detta har fått termen medikalisering och innebär att sjukvården tar över, diagnostiserar och gör till sitt, ett samhällsproblem, som ursprungligen har annan hemort. På så sätt avlastas andra samhällsorgan motsvarande ansvar.

Men om det är livsomständigheterna som är vidriga? Barnen med uppgivenhetssymptom och deras familjer är drabbade av allvarliga och omfattande livsproblem. Otvivelaktigt har dessa barn och deras familjer mycket stort lidande och deras psykiska och fysiska hälsa är kraftigt nedsatt. De behöver vårdapparaten, barnpsykiatri, barnmedicinen. Men sjukvården och barn- och ungdomspsykiatri saknar effektiva verktyg. Lidandet för barnen fortsätter och föräldrarnas förtvivlan och ångest fördjupas.

Den medikalisering det således innebär, när vården tvingas ta över, leder till att ansvaret för att effektiva åtgärder vidtas, flyttas till sjukvården för något, som egentligen hör hemma på den juridiska och på den politiska nivån. Det var ju också förändringar på dessa nivåer, som 2005 – 2006 ledde till att många barn tillfrisknade samt att nyinsjuknande kortvarigt upphörde. Idag är det ingen uppmärksamhet runt "de apatiska", samhällsdebatten rör sig runt andra frågeställningar.

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

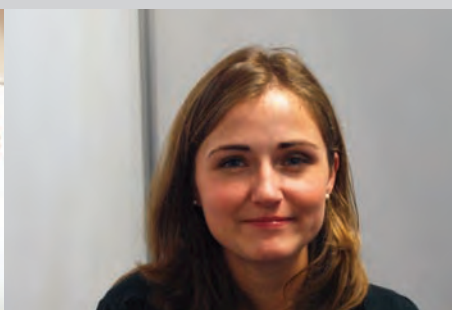
Nu avvisas barn i djupaste apati, barn som ligger orörliga med slutna ögon utan att kunna äta, utan att kunna sköta toalettbestyr, beroende av sondnäring, blöjbyte, rullstol. Dessa barn var nyss friska och hade ett hopp om ett bättre liv, var glada och förväntansfulla inför att ha kunnat komma till Sverige, hade drömmar om att utbilda sig, få kamrater, spela fotboll, "bli svenskar".

Vi frågar oss vem mer, som ser dessa barn idag. Vad tänker politiker i alla partier och på alla nivåer nu? Var finns engagemanget och vem är beredd att verka för de apatiska barnen på de nivåer där det gör skillnad?

Torgny Gustavsson
SFBUP's flyktingbarngrupp

Foto: Shutterstock/ Igor Stepovik
Foto: Shutterstock/James Thew





Under årets Bok & Biblioteksmässa, 22-25 september, fanns Svenska Psykiatriska Föreningen där tillsammans med HFS (Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer), NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa), Psykisk hälsa – barn och unga och Psykiatri i Västerbottens läns landsting, under parollen "Psykisk hälsa genom livet". I montererna fanns möjlighet att möta "vanligt folk" och kända personer som hade något att säga om psykisk hälsa – och ohälsa. Årets bokmässa besöktes av inte mindre än 98 000 personer.

Skådespelaren Roland Jansson fanns där och presenterade sin bok "Nackspärrarnas rike", som handlar om ångest och missbruksproblem och vägen ut ur detta. Professor Jan Beskow berättade om 45 år som suicidforskare och om sin kommande bok "Suicidalitet som olyckshändelse och skada". Sist men inte minst fanns under söndagen Sofia Åkerman på plats och berättade om egna erfarenheter av självskadebeteende.

Sofia är nu aktuell med sin senaste bok "Slutstation rättspsyki".

Det var mycket besök i montererna av människor som var intresserade av ett prat med ovan nämnda men också av att diskutera psykisk hälsa i allmänhet. Människor vill ha en dialog med oss!

Under fredagen hade vi tillsammans hyrt plats på debattscenen under temat "Sexuella övergrepp – hjälp både förövare och offer". Under ledning av moderator Ing-Marie Wieselgren blev det en bra debatt och diskussion mellan författaren Lisbeth Pipping, barnpsykiatern Björn Magnér, psykoterapeut Elisabeth Kwarnmark, informatör Frida Lund och politikerna Johnny Magnusson och Dario Espiga.

Stina Djurberg
SP redaktion

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

INGÅR NU I
HÖGKOSTNADS-
SKYDDET
med begränsning*

* endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

återfallsprevention 1**

Vecka 24

Behandlingsvar 1*

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid¹

Vecka 6-8

Vecka 1



Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 441,00 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1144,00 SEK (AUP). Valdoxan ingår i läkemedelsförmånerna endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Senaste översyn av produktresumén 01/2011. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, januari 2011, www.fass.se

* Responsfrekvensen var statistiskt signifikant högre för Valdoxan jämfört med placebo.

** Upprätthållande av den antidepressiva effekten visades i en återfallspreventionsstudie. Patienter som svarat på en 8/10-veckors akut öppen behandling med 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen randomiserades till antingen Valdoxan 25-50 mg en gång dagligen eller placebo i ytterligare 6 månader. En statistiskt signifikant (p=0,0001) fördel för 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen jämfört med placebo visades i det primära effektmåttet, prevention av återfall i depression, mått som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.



Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

www.valdoxan.com



Narcissism på gott och ont

Vad är tillåtet att känna och vad är tillåtet att visa upp? Var går gränsen för när min självuppskattning blir för stor, när jag blir uppblåst i mina kollegers och patients ögon? Och vad händer om jag tvärtom ständigt minskar min egen betydelse, tar ner mitt värde och framhåller min obetydlighet i förhållande till andra?

Vad betyder narcissism? Ursprungligen och i vardagstal? Sagan om Narcissos och Echo, Narcissos svälter till slut ihjäl vid dammen, inför sin egen spegelbild, den vackraste av de vackra. Dit har han lockats av Echo som lånar röstskepnad från Narcissos' egen röst, bortom alla verkliga relationer. I vår språkbild är narcissismen ett begrepp som används på så många olika sätt att det snart sagt förlorat innebörd. Det finns som diagnostisk term, det finns som kulturell term, det finns som personlighetsdrag, det finns som psykologisk drivkraft. Det finns som skällsord! Att vara narcissistisk är något fult, att sätta sig framför andra, nedtryckande eller föraktfull.

Och ändå, vi har nog alla narcissistiska aspekter i våra personligheter. Det torde höra till självreflektionens område, att fundera på sitt eget värde i förhållande till andra, att kunna förhålla sig till såväl rang som kunskap. De narcissistiska problemen dyker upp när vi möter situationer som tangerar vår egen självuppfattning eller självbild – lagom lite. Det som sticker ut är ofta de små skillnaderna. Sådana narcissistiskt kränkande situationer kan ta sig många uttryck. Ibland i andra sammanhang, tänk på följande så kallade "härskarteknik": när någon ger ett förslag som

sedan någon annan, chef eller påflugnen kollega, tar upp som sitt eget. Oerhört störande. Man kan bli tokig för mindre men det är i stunden ofta svårt att ha sinnesnärvaro nog att påtala det, man låter ju så småaktig om man säger "men det var ju mitt förslag". Där tror jag man har nytta av att se att det narcissistiska momentet är aktivt hos båda två, den ena tar självförhöjandet och den andra får nedvärderingen.

För en verksamhet kan en medarbetare med en alltför överdriven narcissistisk profil vara förödande. Det kan förlama initiativet hos de flesta andra, då man vet att det man har att säga kommer bemötas på ett sätt som kan upplevas som nedlåtande och överlägset. När katten är borta börjar det röra sig på bordet, försiktigt och med oro, kollegan kommer ju tillbaks och då kommer allt falla tillbaks till det normala. Jämför svenska fotbollslandslaget med och utan Zlatan på plan. Det är troligt att alla medverkar i den narcissistiska dansen, även om det är svårt att veta vem som börjar. Alla är överens om maktordningen och det är som det är, hon/han bestämmer ändå och jag/vi får aldrig komma till tals. Inte på riktigt.

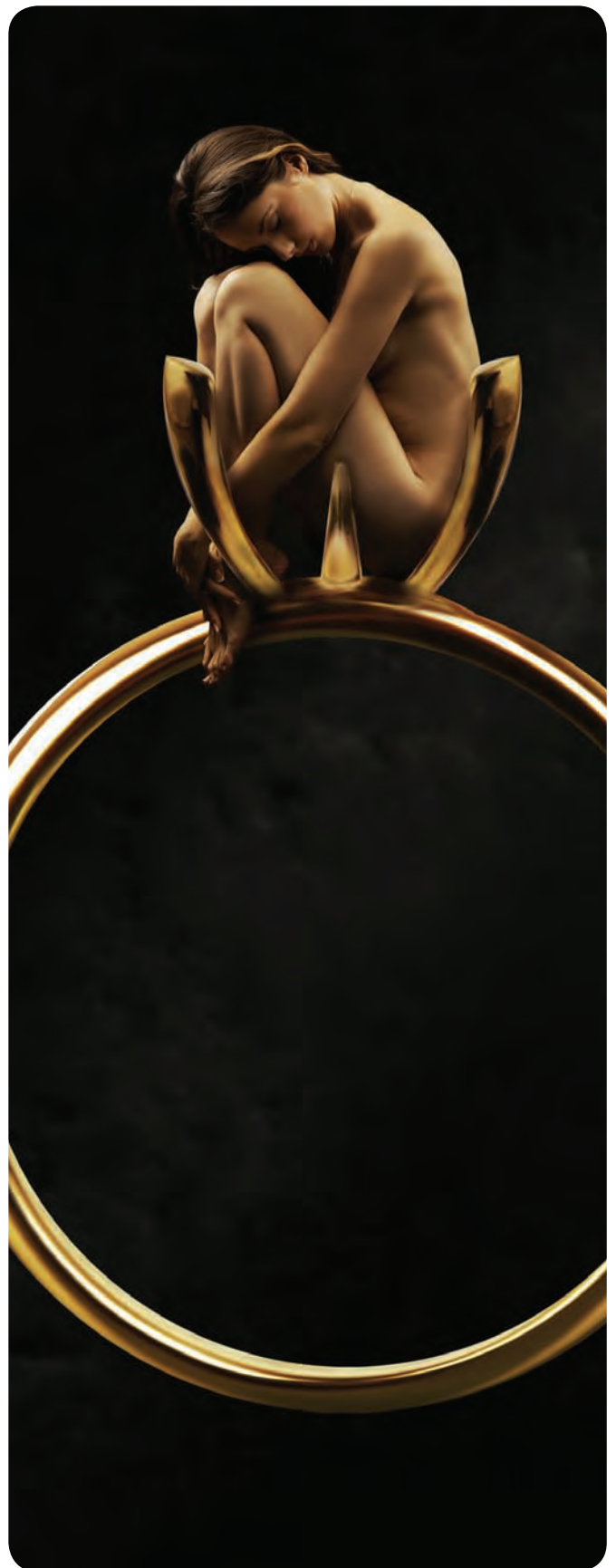
En persons narcissism kan också vara det som gör att verksamheten har den energi som driver framåt. Det upplevs då inte som något problem inom verksamheten och kommer inte ses som vare sig självupptagenhet eller uppblåsthet. Däremot kan en hel verksamhet, gruppen som sådan, blåsas upp av denna narcissistiska självbild där gruppen eller idén lyfts fram som "bäst" eller "starkast". Omvärlden möts inte med respekt eller förståelse från den egna gruppen utan kanske snarare med samma sorts attityd som chefen eller den uppblåste medarbetaren, när problemen finns inom gruppen.

Dilemmat är att det alltid behövs en sund självuppskattning och att det alltid finns en risk att självuppskattningen blir ett självändamål. Olika länder och kulturer har olika sätt att hantera frågan. Sverige som "landet lagom" har en kultur där självuppskattningen måste hanteras varsamt. Japan, så som min fördom känner det, är ännu försiktigare med de eviga ursäkterna av typen "förlåt att ni måste komma till mitt äckliga hus och dricka av det snuskiga teet som min vidriga fru tillrett". Skammen är då drivande, alltså narcissismens självnedvärderande baksida. Det stora landet i väst går åt andra hållet. Verksamhetens goda vård skulle där lyftas fram som "mycket framgångsrik" istället för något mer blygsamt. Själva aktivitetens vinster lyfts fram på sätt som hade varit anskrämliga här i Sverige, setts som skryt bortom gräns.

Vän av ordning frågar nu: den förbjudna känslan, vilken är den då? Författaren till denna text har ju bara listat olika fenomen som alla kan knytas till narcissism och våra verksamheter. Jag tror det finns flera förbjudna känslor att hitta. Dels det agg, till hat gränsande, som medarbetare och underställda kan känna inför en person som gör sig själv till allvetande. Dels den idealiserade bild av samme persons höga kompetens som kan finnas, ibland till och med samtidigt. Dessutom kan man räkna med att den uppblåste antagligen har ett dolt självförakt som syns när han är hemma, eller när något går honom emot. En känsla som är djupt förbjuden då den kommer vara förknippad med svaghet och uselhet. Där slutar min lista nu, ofärdig, eller med Dylans ord: "I've had enough, what else can you show me?"

Skulpturen föreställande Narcissos står utanför Södersjukhuset. Den ingår i en skulpturgrupp med Narcissos och ordet Echo längre bort. Båda speglar sig i en grund damm. Dagen då fotografiet togs fanns inget vatten i dammen och Narcissos' ömklighet blir då än tydligare eftersom han inte ens kan spegla sig. Finns han då? Finns ledaren utan de underdåniga medarbetarna? Finns den högröstade verksamheten utan dess mottagare?

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm
Foto sidan 44: Daniel Frydman



Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor.

För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.

Årsavgift: 100:- för enskild medlem

Ständig medlem: 2000:-

Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.

Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.

Genom att bli medlem eller skänka en gåva bidrar Du till att möjliggöra psykiatrisk forskning och är med och motverkar fördomar.

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Arvid Lagercrantz

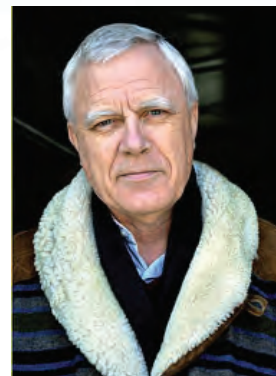


Foto: Ulla Montan



En resa genom den svenska psykiatrins historia

Del 5

Tillbaka till Beckomberga som överläkare 1985

Nu var den stora muren runt sjukhuset riven, vakterna vid de två grindarna var också borta. Nya hus hade tillkommit, framförallt det stora Medicinskt Centrum, där akutmottagningen inrymdes och där alla sektorerna hade sina intagningsavdelningar. En somatisk avdelning med överläkare tillkom redan på -60-talet, vilket var en stor tillgång, man behövde inte längre skicka ifrån sig sina medicinskt sjuka patienter till S:t Görän. Under de första åren på -80-talet hade jag läkarvikariat av och till på sjukhuset och hade haft möjlighet att följa utvecklingen. Män och kvinnor vårdades på samma avdelningar, den gamla "stormen" fanns inte längre. Inte heller vårdades intellektuellt funktionshindrade på psykiatriska sjukhus längre, för dem fanns specialsjukhus i Sala. En sak var emellertid sig lik: de stora nyckelknipporna!

Ansvar för vården av de psykiskt sjuka låg från början hos familjen, övergick med kristendomens införande till klostren. På 1600-talet inrättades hospital, som var statens angelägenhet. Hospital ändrades så småningom till sinnessjukhus, som blev mentalsjukhus som blev psykiatriskt sjukhus... Ansvar för den psykiatriska vården förblev statens tills landstingen 1969 tog över vården av de psykiskt sjuka och vi anställda inom vården blev landstingsanställda. Nu var vi inne i sektoriseringens tidevarv, tonvikten låg på öppenvården, de psykiskt sjuka skulle inlemmas i samhället, de psykiatriska sjukhusen skulle tömmas!

Kanske skulle ansvaret igen återgå till kommunen och så småningom åter till familjen??

Sektoriseringen var nu genomförd. Först ut var Hässelby-Vällingby-sektorn, sedan tillkom Brommasektorn, Centrala staden, Spånga och Kungsholmssektorn. De delar av Kungsholmssektorn som inte rymdes på S:t Görän förlades till Beckomberga och det var den delen av sektorn som jag nu hade ansvaret för. Hela sektorn präglades av framtidstro, optimism och förändringsvilja. Kontaktmannaskapet var genomfört, sjuksköterskorna och mentalsköterna hade nu helt andra roller i vården än de gamla, endast övervakande rollerna.

Borta var lobotomier och insulincoma-behandling. El-behandling hade kommit i vanrykte, men användes ändå, på strängare indikationer. Vi hade tillgång till kuratorer och psykologer och använde oss av alla nya mediciner. Ändå hade vi på våra avdelningar många patienter med kroniska symtom, som gjorde det svårt eller omöjligt, att skriva ut dem till ett eget boende.

Nu kom jag för första gången i kontakt med hur tvångslagen från 1966 fungerade i ett längre perspektiv. Många vårdintyg hade jag skrivit under årens lopp, men nu skulle jag som överläkare sitta i den s.k. utskrivningsnämnden. Den bestod av en lagman som ordförande, en handläggare, tre politiskt tillsatta nämndemän och en sakkunnig läkare, patienten och dennes överläkare. Överläkaren fick först företräde för nämnden och fick framföra sina skäl varför patienten inte skulle skrivas ut. Därefter inkallades patienten, som fick förklara varför han/hon ville bli utskriven. Därefter ombad ordföranden patienten (och överläkaren) att återgå till avdelningen "så får ni veta sedan hur vi beslutar". Beslutet meddelades sedan skriftligt till patient och överläkare. En patient kunde vara försöksutskriven i årtal, bli intagen "vid behov" utan att nytt vårdintyg behövdes.

Hur skulle vi gå vidare nu då? Kungsholmssektorn hade en alldeles egen typ av befolkningspyramid, med stark övervikt för personer över 60 år och få barn och tonåringar. Jag hade ju under ett par år på S:t Görän arbetat med det geropsykiatriska utredningsteamet och föreläste även i detta ämne. Demenssjukdomar förekom ganska frekvent inom sektorn och det fanns ett behov bland invånarna att få veta mer om dessa tillstånd och vart man skulle vända sig för att få hjälp. Jag utarbetade därför en kort handledning om symtomen och vilken hjälp man kunde få inom Kungsholmssektorn (1).

Ansvar för vård av åldersdementa personer hade tidigare legat på de psykiatriska sjukhusen, men hade nu övergått till den somatiska långvården. Ett par avdelningar kunde frigöras genom att patienterna överfördes till sina respektive långvårdssjukhus alternativt sektorer. Och vi kunde omvandla en gammal avdelning till ett trivsamt gruppboende för ett antal av våra lugna men kroniskt sjuka patienter!

En annan avdelning, som låg i bottenplanet till ett av de äldsta husen, kunde vi omvandla till ett behandlingshem för elva patienter. Dessa hade kroniska besvär och hade under flera år vårdats på den låsta intagningsavdelningen. Nu fick de inreda sina egna rum (med hjälp av IKEA), tio av dem fick egna nycklar till behandlingshemmet. Den elfte förlorade det privilegiet efter några veckor, det kom alldeles för många främmande män, droger och alkohol till boendet. De andra skötte sig exemplariskt.

Särskilt en kvinna minns jag. Hon hade vårdats sedan början av -70-talet och hade kvarstående schizofrena symtom. Hon hade sedan länge s.k. frigång på området. Många gånger hade jag på väg in till eller ut från avdelningen låst upp för henne. Nu tyckte jag inte att jag behövde någon nyckel till behandlingshemmet, nyckelknippan var tung ändå, jag kunde väl ringa på. En gång när jag skulle gå därifrån stod jag vid dörren och såg väl lite villrådig ut. Då kom hon och sa "jag ska låsa upp för Dig, jag!" Vilken triumf – både för henne och mig!

Ytterligare ett behandlingshem kunde vi upprätta på Blackebergs sjukhusområde.

Under fyra terminer gick jag "Handledarutbildning i psykiatriskt behandlingsarbete" (2). Den grupp jag handledde under utbildningen arbetade på den nyinrättade Träfflokalen, som låg på S:t Göransgatan. Dit kom många av våra patienter, för att tala med personalen och med varandra, äta lunch eller dricka kaffe, väva eller ta del av andra aktiviteter. Det som var ett problem för just den personalgruppen var, att en var anställd av socialtjänsten och de övriga av landstinget.

I slutet av -80-talet kom ännu en viktig milstolpe för de psykiskt störda patienterna att kunna göra sina röster hörda: bildandet av RSMH, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa.

Studenterna

Professor Wetterberg fortsatte sitt framtidsinriktade arbete med och för medicinstudenterna. I oktober 1987 anordnades en studieresa till Portugal för hela psykiatrikursen och 11 handledare/lärare. Man fick möjlighet att besöka psykiatriska sjukhus, samtala med företrädare för psykiatri och jämföra förhållandena i de två länderna. (3)

Ätstörningar

Problemen med ätstörda patienter fortsatte att öka under 80-talet. På Södersjukhuset fanns en liten mottagning för sektorns vuxna, bulimiska patienter, på Danderyd fanns en psykosomatisk barnavdelning, där man behandlade anorektiska patienter. För övrigt var vi en handfull psykiatriker, som jämtes med vårt vanliga allmänpsykiatriska arbete tog emot det fåtal anorektiska patienter vi hann med. För övrigt fanns ingen vård att få i Stockholm. I Lund och Uppsala fanns avdelningar för kontraktsbunden vård. Vid den första ätstörningskonferensen i Sverige, som avhölls i Uppsala 1984, framkom stora skillnader mellan oss beträffande behandlingsinnehåll.

Mestertonska Stiftelsen

Patientföreningen dignade under alla telefonsamtal och rop på hjälp. Med ekonomisk hjälp från Folksam bildade ordföranden i patientföreningen gestaltterapeut Madeleine Mesterton, dietist Gisela van der Ster, psykolog Beyla Toh och jag 1988 Mestertonska stiftelsen, i avsikt att starta en mottagning för ätstörda patienter, eventuellt även ett behandlingshem. Vi uppvaktade våra landstingspolitiker – med Bo Könberg i spetsen - och de var mycket positiva till våra planer. Precis när vi var inne i ett avgörande skede blev det maktskifte i Landstinget och efterföljarna var inte intresserade. Så Stiftelsen fick vila ett antal år men ätstörningsvården utvecklades som väl var ändå, vilket jag återkommer till i nästa avsnitt!

Familjeliv

Alla tre barnen var nu vuxna och utflugna, klara med eller i full färd med sin utbildning. Maken och jag fick företa våra resor själva! På somrarna var vårt hus på min föräldragård en given samlingspunkt för syskon och kusiner, med segling som främsta gemensamma nämnare.

Karin Enzell

**Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater,
ätstörningspsykiater...**

Stockholm

karin.enzell@hotmail.com

Referenser

1. Enzell Karin: Vad är demens? Vart skall jag vända mig? Vägledning för anhöriga och vårdgivare till äldre med demenssymtom. Karolinska Institutet.
2. Ann Almegård, Margret Andersson, Karin Enzell: Vad är handledning i psykiatriskt behandlingsarbete? Sfph:s monografiserie nr 31.
3. Wetterberg Lennart, Mathé Alexander, Hoffman Orsolya, Lexne Erik, Löfgren Börje: Psykiatri i Portugal. En jämförelse med svensk psykiatri vid en studieresa från S:t Görans sjukhus.

Detta nummer av vår tidskrift har tema Förbjudna Känslor. Förbjudna Känslor.

Smaka på de orden. Min förväntan är mörk och lite hemlig när jag läser Doris Lessings "Det femte barnet". Jag känner mig högtidligt nervös, Madame Lessing är ju En Viktig Person. En N-O-B-E-L-pristagare. Det skojar man inte bort direkt.

Så det är ju i det närmaste omöjligt att låta fingertopparna löpa över omslaget utan vissa... förväntningar. Rätt stora faktiskt. Huga.

Okej. Låt oss då inleda med att säga att Det Femte Barnet gavs ut 1988, 38 år efter Lessings debutroman men ännu 19 år före Nobelpriset. Så någonstans mitt i, kan vi säga.

Förerännuoinvgdakanjag göra en liten kortsammanfattning. Bokens Hon och Han är Harriet och David, som träffas och blir förälskade och gifter sig och skaffar en massa barn. Deras mål är helt otidsenligt att bli den Stora Lugna Lyckliga Familjen, och detta lyckas de väl med, ändå tills det femte barnet föds. Det femte barnet, som bokstavligen försöker sparka och klösa sig ur livmodern under den smärtsamma graviditeten, och sedan i födelseögonblicket visar sig vara ett Det. Något apart, odefinierbart, knappt att likna vid det mänskliga. Familjen ger honom namnet Ben.

Det som sedan händer är att Den Stora Lugna Lyckliga Familjen löses upp, trasas sönder successivt i allt mindre beståndsdelar, glädje förbyts mot rädsla och kärlek mot vemod, sorg och ensamhet.

Mycket är sagt och skrivet om denna bok.

Man har stött och blött vilken av Lessings litterära faser den ryms inom, om det är en klasskildring eller en studie av dödssynderna, om den är tät och intensiv eller kort och översiktlig. Och nog är det så, att det går att läsa en bok på så många olika sätt.

Min första ansats är att bara läsa den rätt upp och ned och känna efter, i hjärtat och djupt inne i magen.

Och nej, jag tycker inte om den. Jag tycker inte om den för att den är för kort, för snabb, jag hinner inte lära känna personerna innan de börjar klampa omkring inne i texten och då vet jag inte var jag har dem.

"Det är bara för att ni inte VILL se!", säger Deborah" och jag tänker shit, vem var nu Deborah, var det systemen eller svärmodern, nej det var Dorothy... - och förtrollningen är bruten.

Karaktärerna hinner inte SÄTTA sig. Boken är helt enkelt för liten. En för stor historia på för få sidor. Ovanligt nog, allt som oftast är det tvärtom. Men om jag säger att de unga tu träffas, blir förälskade, gifter sig, köper hus och skaffar sitt första barn på inalles 16 sidor, ja då förstår ni kanske. Och då har man också redan hunnit stifta bekantskap med Harriets mor och systrar samt Davids syster och mor och far med nya respektive. Woozakaa. Det gäller att inte ligga på latsidan om man är framtida Nobelpristagare.

Nåväl. Jag upplevde också berättelsen... kall. Konstigt nog, på detta brännheta tema. Men kanske hänger även det ihop med det sparsamma sidantalet.



Jag vill KÄNNA Harriets rädsla, hennes förtvivlan, jag vill gråta med henne när Ben avrättar husdjuren med sina bara småbarnshänder, jag vill uppleva svidandet av sorg när hennes älskade David tittar på henne med tom, kärlekslös blick.

Men det uteblir. Sidorna går för fort.

Visst är det en hemsk historia. Lite sådär som att läsa om våldtäkter och massmord i tidningarna. Hemskt. Verkligen. Men jag gråter inte. Jag gråter inte.

Och detta, mina vänner, detta är potentiellt sett en historia som skulle få en att gråta blod.

Men låt oss säga att jag har för höga krav på min egen inlevelse.

Och låt oss därför inta ett annat perspektiv.

Vad kan ligga bakom att man skriver en sådan här bok? Är den skriven utifrån en story, en idé, eller är den intuitivt och impulsivt författad i ett svep från första till sista bokstav?

Man kan ju ändå känna igen bokens tema, bastarden, det har fascinerat författare och tänkare både förr och nu. Längre tillbaka i historien hittar vi Victor Hugos 'Ringaren i Notre Dame' och senare Pär Lagerqvists 'Dvärgen', i modern tid kan nämnas 'Rosemarys baby' och inte minst Carl Johan Vallgrens mästerverk 'Den Vidunderliga Kärlekens Historia'.

Vi fascineras av det fula och äckliga, vi njuter och förfasas i lika delar. Den mänskliga avarten. Och säkert känner många blivit till en rädsla för att det lilla knytet därinne i livmoderns värmebubbla skall visa sig vara ett litet monster, något djuriskt och ohanterligt.

Så. Vi skriver om det för att vi fascineras av det. Varför hade då Doris Lessing så bråttom? Var det ett litterärt knep för att skapa stämning, mystik, låta frågetecknen vila i luften och lämna allt tolkningsutrymme åt läsaren? Vissa delar av historien är så beklämmande detaljerade i allt det fasansfulla att blotta tanken gör mig obehaglig till mods. Och där river det till, det SKALL kännas, märkas. Vad får då en författare att hasta vidare i en sådan skildring?

Var hon själv... rädd?

Hanna Edberg
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



NCP 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
5. - 8. June 2012

Welcome to NCP 2012 in Tromsø

Understanding minds and crossing borders
Centennial Nordic Congress of Psychiatry

Preannouncement

The 30th Nordic Congress of Psychiatry will be held in Tromsø, Norway 5 – 8 June 2012. It is organised by the Norwegian Psychiatric Association and the Norwegian Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all the Psychiatric Associations in Northern Europe. There will be a separate program for candidates in psychiatric specialisation (LIS).

The scientific program will have a broad scope. Particular attention will be given to the influence of living conditions, social support and cultural diversities upon the prevalence of psychiatric disorders, stigma and anti-stigma, genetic and epigenetic research, mental health services in primary care, clinical communication and self care. Emphasis will also be placed upon the newest developments within the central psychiatric treatment modalities including psychopharmacology and psychotherapy.

We will use the opportunity to celebrate the centennial collaboration between the Nordic countries and to include new members of the family.

The conference venue will be in the centre of the town with short distances to all congress and cultural activities.
The program will be announced spring 2011.

www.ncp2012.org



Poul Bjerre - förgrundsfigur på sin tid

Jag har mött tre skilda förhållningssätt:

1. Poul Bjerre – vem är/var det?
2. Vetenskapsteoretiskt och idéhistoriskt korrekt objektiv beskrivning
3. Föremål för i knäfallande ställning närmast tillbedjan

Vem var han då? En man från Göteborg, med föräldrar invandrade från Danmark som flyttade till Sverige och arbetade sig uppåt i societetslivet genom att tjäna pengar på att exportera smör. I familjen fanns två äldre systrar som väl blev ståndsmässigt bortgifta.

Gossen Poul satsade man på. Han föddes 1876 och fick gå i privatskolor. Så länge han gjorde det gick det bra, men när han sattes i allmänt läroverk skaffade han sig dels fasoner genom sin uppstudsiga attityd, dels fick han direkta fiender bland lärare: "Bjäre borde bli gödselmockare – för det är det enda Bjäre duger till". Han hade också en två år yngre bror Andreas som blev jurist och professor i Dorpat (nu Tartu), Estland.

Efter mycken tvekan läste Poul Bjerre medicin, först i Lund och sedan vid Karolinska Institutet. Han ansåg att studierna alltför mycket betonade det morfologiska, och man bortsåg från patienternas psykologiska upplevelser och sociala situation. När han hade uppsökt en patient i hemmet fick han allvarlig kritik av medicinprofessorn Salomon Henschen som sökt professur i psykiatri men som inte kompetensförklarades. Likväl blev Bjerre med. lic. 1903.

Poul Bjerre hade inte med dagens mått mätt någon specialitet. Han övertog en privatpraktik i Stockholm efter Otto G. Wetterstrand, och hypnos var en uppskattad behandlingsmetod. På sin praktik hade han stora mängder patienter av skildaslag, ofta relationsproblem, men diagnoser eller någon systematisk uppföljning av behandlingsresultat förekom inte. Han förefaller ha varit en karismatisk läkare som var populär i vida kretsar. Poul Bjerre måste ha varit en mycket god lyssnare som vann sina patienters förtroende, och hans anseende i samtiden var oftast högt, men det förekom också kritiker.

Han har efterlämnat en stor mängd skrifter från 1900 till 1952. Många handlar om själsläkekonst och beskrivningar av hans syn på "psykosyntes", men också om spökerier, fredsfrågor och livsfilosofi. Han influerades av Freud – men de gick snabbt skilda vägar. Helhetstolkning var viktigt. Även ordet "psykosyntes" har senare tolkats på olika sätt.

Han uppskattades som föredragshållare i skilda ämnen, var radiodoktor, gav ut ett stort antal populärvetenskapliga skrifter, var aktiv i freds rörelsen m.m. En bok av Jan Bärmark och Ingemar Nilsson, professorer i resp. vetenskapshistoria och idé- och lärdomshistoria i Göteborg, har titeln "Poul Bjerre – människosonen". Titeln och omslaget avspeglar dels Bjerres strävan efter "mänsklig helhet", dels det splittrade och ibland nästan megalomana hos honom. Styvsonen Jan Brazda har tecknat Poul Bjerre med sex armar, som en polyhistor. Bjerre fick professors namn 1956. Han avled 1964.

En klok professor brukar om forskare fråga "What is unique?". En Bjerre-kännare fick den frågan också om Poul Bjerre och försökte svara. Hon menade att framträdande i hans författarskap var

1. Tendens till självläkning och assimilation
2. Den psykosyntetiska tendensen
3. Symbolbildningen
4. Död- och förnyelserytmen
5. Drömmandets betydelse
6. Varje patient ska ses som unik
7. Hypnosens betydelse

Om detta ska ses som "unique" kan diskuteras. Men ett bestående värde av hans testamente skrivet 1952 är, att man skulle inrätta en stiftelse för att "befordra vetenskaplig forskning inom psykoterapiens område och dess praktiska tillämpning". Att tolka testamenten är svårt, men numera har man inrättat ett vetenskapligt råd med tre professorer inom olika närliggande områden, man delar ut stipendier om f.n. upp till 100 000 kr per år, och Bjerres hem Vårstavi byggt 1914-15, beläget i Botkyrka söder om Stockholm, kan ännu ibland ta emot konferenser efter överenskommelse med styrelsen. Adress: Stiftelsen Vårstavi, Nynäsvägen 4, 147 71 Grödinge.

Den mytbildning som omgett Poul Bjerre avstår jag ifrån, liksom hans släkthistoria. Jag träffade honom aldrig själv.

Eftersom vår familj har haft hus i Grödinge där Vårstavi ligger, blev jag ombedd att under en period ingå i styrelsen för Stiftelsen Vårstavi. Jag bedömer att min viktigaste insats var att få till stånd moderna regler för hur stipendier delas ut i samklang med Poul Bjerres testamente, så att man dels stödjer forskning i psykoterapi, dels värnar om den kulturhistoriskt intressanta miljön där gräddan av kulturpersonligheter passerat revy. Men att driva stiftelser är svårt – alltför många viljor kan dra åt olika håll.

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet

Referenser

Bärmark J, Nilsson I: Poul Bjerre – "människosonen". Natur och Kultur 1983, 679 s.

Fredin I: Människlig frihet. Poul Bjerres samlade livsbild. Mimer 1983, 154 s.

Landquist J: Poul Bjerre. Sjäsläkaren och konstnären. Proprius 2002, 131 s.



Nu kan dina Cipralex® (escitalopram) patienter få internetbaserad KBT-behandling utan extra kostnad!

NYHET!

Att bli sig själv igen
– med effektiv behandling

Cipralex® är ett modernt antidepressivt läkemedel som både är kostnadseffektivt och har dokumenterat god effekt.¹

Som stöd till läkemedelsbehandlingen kan du nu erbjuda dina Cipralexpatienter en internetbaserad KBT-behandling helt utan extra kostnad. Behandlingsprogrammet heter Deprexis®, är validerat och har dokumenterad effekt på vuxna patienter med lindrig till medelsvår depression.² Programmet är utformat av experter på KBT, det anpassar behandlingen efter varje individ och är mycket enkelt att använda. Socialstyrelsen rekommenderar internetbaserad KBT-behandling vid depression.³

- Behandlingen anpassas efter varje individ
- Behandling på tid och plats som passar patienten
- Texter, bilder, ljudfiler och övningar som aktiverar och motiverar

Cipralex är därför ett bra val för patienten, doktorn och samhället.



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2010-10-25. DOSERING: 10–20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska. För pris och vidare information, se FASS.se.

- 1) Rapport Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; Genomgång av läkemedel mot depression, 200812.
- 2) Med Internet Res 2009, Meyer et al, vol 11, iss.2, e15, p.1.
- 3) Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom, febr 2010, Socialstyrelsen

H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. lundbeck.se



Cipralex®
escitalopram

Tillbaka till livet

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

Årlig skola för ca 200 ryska yngre psykiatrer i Suzdal – svenskt bidrag i år



Katedralen i Vladimir

Den gamla ryska staden Suzdal fanns åtminstone 1024. Staden har få innevånare (ca 10 000) men 5 kloster i bruk och XX kyrkor och katedraler. Staden är alltså ett kyrkligt centrum – tidigare även politiskt. Närbelägna Vladimir tog över 1169. Från omkring 1326 har Moskva varit huvudstad men 1712 – 1918 var det konkurrenten St Petersburg. Vi imponerades stort av den kyrkliga konsten med ikoner och musik. I klosterkatedralen sjöng fyra unga män för oss på ett sätt som vi aldrig hört förut. I katedralen i Vladimir såg och hörde vi om den humanistiska ikonmålaren Andrei Rublev – sedermera en ikon i sig själv. Andrei Tarkovski gjorde en film om honom 1966, förbjuden i Sovjet.

I Suzdal har man årligen sedan 1979 haft "skola" för yngre psykiatrer (YPs), dock med uppehåll 1990-2007. Under några dagar träffas YPs från hela Ryssland för att lyssna på föreläsningar av kända ryska och utländska specialister, delta i seminarier, tävla i vetenskapligt arbete och umgås.

Nytt i år var svenska bidrag. Vi var inbjudna att tala om "Nya ST-utbildningen" och "Biopsychosocial approach" inom BUP. Programmet var annars mestadels på ryska – ofta tolkat av språkkunniga YPs.

Utbildningen till psykiater i Ryssland har hittills bestått av tjänstgöring i 2 år. Snart ändras detta till 5 år som i EU. Vi beskrev hur systemet ser ut i Sverige och gav glimtar från

hur det fungerar i verkligheten. Frågor rörde handledningen och huvudhandledarens avgörande betydelse, nackdelar med den (jämförelsevis) långa utbildningen, lön under utbildningen ... "Varför sådant fokus på psykoterapi när man ändå inte blir psykoterapeut?" I Ryssland förmedlas endast en översikt av olika psykoterapier utan fördjupning. Studierna är mer teoretiskt inriktade än i Sverige. Under utbildningen till specialist finns inte mycket möjligheter att arbeta självständigt, vilket man är kritisk mot. Professor Alexey Bobrov från Moskva undrade om man inte borde ha skilda utbildningar för psykiatrer i öppen och slutenvård efter 3 år - knappast något vi stödjer.

I Ryssland finns inte barn- och ungdomspsykiatri som en egen specialitet (även om det finns läkare som arbetar med psykiskt sjuka barn). I den EU-anpassning som pågår kommer detta att ändras och en 5-årig utbildning planeras. IACAPAP, den internationella barn- och ungdomspsykiatriska sammanslutningen har sedan 2004 genomfört ett antal internationella forskarutbildningskurser för att initiera och stimulera forskning och s.k. "study-groups" med syfte att utveckla de kliniska rutinerna runt om i världen. Till dessa kurser har yngre ryska psykiatriker och psykologer inbjudits och som resulterat i att barn- och ungdomspsykiatri nu aktualiserats vid YP-skolan. Från barn- och ungdomspsykiatrin deltog i år undertecknad från Sverige och Gordon Harper, barn- och ungdomspsykiatriker från Boston i USA.



Professor PA Rydelius

Vi fick möjlighet både till formella och informella kontakter och diskussioner med företrädare från olika delar av Ryssland, men även från Lettland, Vitryssland, Kasachstan och andra delar av det "gamla Sovjet". En tredje barn- och ungdomspsykiatriker, John Sikorski från San Francisco, med inriktning på "Forensic Child and Adolescent Psychiatry" besökte samtidigt S:t Petersburg.

Under dagarna i Suzdal fick vi två barn- och ungdomspsykiatriker möjlighet att besöka ett barnhem för omhändertagna barn i Suzdal, ett dagcenter för barn med neuropsykiatriska åkommor och begåvningshandikapp i grannstaden Vladimir och dessutom träffa överläkaren för den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Vladimir och den barnombudsman som arbetar i området. Besöken på barnhemmet och dagcentret var fascinerande! Kvaliteten i såväl utrustning och omhändertagande av barnen och entusiasmen och engagemanget i personalgruppen var överraskande hög. Det behandlingsutbud och den sysselsättning, skola och träning som barn med svårigheter får i Suzdal/Vladimir kan mäta sig med vad som ges i Sverige! Barnen var glada, kontaktsökande, och intresserade av oss besökare på ett positivt sätt.

De hade tillgång till datoriserade träningsprogram för bl.a. exekutiva funktioner och hade sociala träningsprogram med lek, dans och musik. Verksamheten och omhändertagandet baserades på de läkepedagogiska principerna som en gång fanns i den svenska skolan och som var till stor hjälp för svenska barn med inlärningsproblem och beteendesvärigheter på den tiden – kanske något att ta upp igen!! Mötet med barnombudsmannen var också fascinerande. Modellen är hämtad från den svenska barnombudsmannen och har funnits i några år. Arbetet är huvudsakligen inriktat på att hjälpa barn och barnhemsbarn vid skilsmässor, vårdnadskonflikter och brott mot barn men ambitionen är att utveckla verksamheten enligt andan i FN:s barnkonvention.

Professor Morozov, också från Moskva, respekterade det tyska systemet mer än DSM. DSM beskriver inte psykiska störningar allsidigt utan ur begränsat perspektiv. DSM blir en dogm. "Européerna borde rädda den amerikanska psykiatriska vetenskapen!"

Professor Krilov analyserade evidensen i klinisk beskrivning av symtom och hur generaliserbara och jämförbara mellan olika patienter dessa symtom egentligen är.

Professor Dirk Hellhammer från Trier talade om "neuropattern" – hur man i klinisk vardag använde sig av olika biomarkörer och psykometriska instrument för att optimera och individualisera den psykiatriska behandlingen. Data samlades in även från primärvårdspatienter; data analyserades inom specialistpsykiatrin, som genererade en behandlingsrekommendation tillbaks till primärvården.

Ordföranden för Rysslands yngre psykiatriker har under många år varit Yakov Kochetkov som är – psykolog! Detta är förstås något motsägelsefullt, speciellt som det tycks finnas ett rätt så starkt motstånd – åtminstone inom vissa delar av psykiaterkåren – mot vad man uppfattar som en "psykologisering" av psykiatrin. Psykologiska behandlingar har inte alls samma utbredning som i Sverige och det finns mycket få KBT-terapeuter.



Professor Alexey Bobrov



Professor Morozov

EEG-förändringar hos deprimerade och korrelation till resultat av behandling.

En del föreläsare hade uteblivit. Vi anade bakom detta en konkurrens mellan olika städer, institutioner och personer, möjligen med olika vårdideologiska preferenser. Någon ansåg att "psykologiseringen" av psykiatrin bidragit till svårigheterna med rekrytering som man har i Ryssland - precis som i större delen av världen.

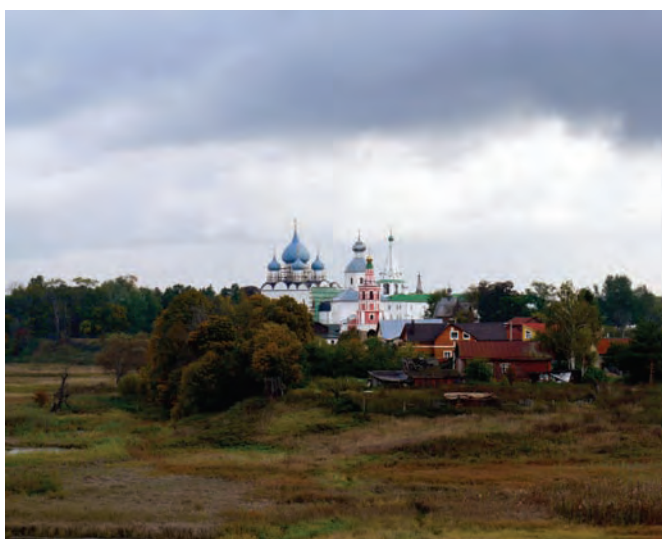
Jerker Hanson,
psykiater,
Stockholm
jerker.hanson@telia.com

Per Anders Rydelius,
professor i barn- och ungdomspsykiatri,
Stockholm
per-anders.rydelius@ki.se

Isak Sundberg, ST-läkare,
Uppsala
isaksundberg@hotmail.com

Elena Zadorina,
ST-läkare, Södertälje
elena.zadorina@sll.se

Elena och Jerker har tagit de flesta bilderna.



Kloster i Suzdal

Detta har Yakov velat ändra på naturligtvis, och han höll också en föreläsning om KBT för läkarna. I ett eget möte när vi avrest valde också ryska YPs den mycket duktiga psykiatern Darya Smirnova från Samara till ny ordförande.

Det anordnades en tävling om bästa planeringen av projekt där grupper av ST-läkare från olika länder och delar av Ryssland presenterade sina idéer. Man hade valt projekt mot stigmatiseringen av psykiskt sjuka, hur man kan handskas med transkulturella processer och minoriteters/illegala invandrades problem, hur Alzheimer kan hänga samman med diabetes mellitus typ 2. Gruppen som vann (på mest genomtänkt metodologi) beskrev ett projekt att analysera

Om fetischism

Fetischism. Sug lite på det ordet. Jodå minsann. Smaskigt. Vad tänker ni?

"Spill it out, du är bland vänner!", som man kan säga i slutna sällskap. Och vad är denna tidskrift, om inte ett slutet sällskap?

Så. Lack och läder? Sexleksaker? Gummi?

Lite konstigt, lite farligt? Mörka rum och lyckta dörrar?

Eller tänker ni på tjejen som obekymrat lägger halva lönen på diverse mer eller mindre foträta skodon och skrattar ursäktande: "Ja men du vet, jag är skofetischist!" Ja förlåt alla genusmänniskor. Det kan vara en kille som gör sådär också. Jag tänkte på mig själv. Så!

Låt oss nu gå till botten med det här. SAOB, guardian of wisdom.

Fetisch, från det portugisiska *feitiço* = konstgjord, trolldom, amulett, och det latinska *facticius* = konstgjord.

I SAOB står också att läsa att fetischism, vid sidan av det givna "dyrkan av fetischier" har den psykiatriska betydelsen "visst slag av sexuell perversitet. Hos *fetischisten* är ensamt åsynen och vidrörandet af en kvinlig fot, en kvinlig hand, kvinligt hår o. s. v., liksom ock af effekter ur den kvinliga garderoben, ofta ekvivalent med könstillfredsställelse". Så pass.

Den 1 januari 2009 tog Socialstyrelsen bort diagnoserna *fetischism*, *sadomasochism* och *transvestism* från sjukvårdssystemen. Dessförinnan var definitionen i diagnosmanualerna att "icke-levande objekt skall användas eller krävas för sexuell stimulans." Och så skulle det ha varit si och så länge och lett till påtagligt lidande och yadi yada, ni vet.

Dåå. Sex, särskilda prylar, och så lite perverst. Fetischism. Fast det skall vara lite galet också. Udda. Om man blir tänd av ett dimmat sovrum med fluffiga lakan, levande ljus och romantisk musik, kanske lite rosenblad också för att toppa det hela, ja då är man knappast mysfetischist utan bara patetisk. Nå, släng in några pälsbeklädda handklovar så är du hemma. Nå förlåt.

Vi lyfter det hela en nivå.

Vad skiljer fetischisten från frimärkssamlaren, hundägaren eller your average heteronormative granne?

Jaaa. Just det. Vad är det som gör vår SEXUALITET så spännande att Freud tänkte sig fetischisten som sprungen ur ett barndomstrauma? (helt otippat, för övrigt).

Jag tar hjälp av några tyckare på området.

Anna Bäsén, journalist, och Niklas Långström, docent i barn- och ungdomspsykiatri, har tillsammans skrivit boken "Pervers? Om sex utöver det vanliga" (Bokförlaget DN, 2006).

De hämtar uppgifter från undersökningen Sex i Sverige från 1996, där varannan man och var femte kvinna skall ha svarat ja på frågan "har du någon gång blivit sexuellt upphetsad av föremål som skor eller underkläder?"

Nåväl, den nitiske läsaren noterar här skillnaden i formulering mellan denna fråga och DSM-IV:s tidigare kriterier, där nyss nämnda objekt SKULLE användas eller KRÄVAS för sexuell stimulans. Annars är vi tillbaka på mysfetischismstadiet igen. Men i alla fall. Att reagera sexuellt på föremål tycks inte vara något man behöver komma ut ur garderoben för.

Bäsén och Långström presenterar en del teorier kring fetischismens uppkomst, de resonerar kring samhällets syn på fetischism och skriver även några ord om hur det kan behandlas, i det fall fetischisten söker hjälp för sin sexuella inriktning.

Tillbaka till det inledande resonemanget.

Vad är det som ger fetischismen den där extra kryddan i vår uppfattningsvärld?

För jag tänker såhär. Draget till sin spets, vad vi människor behöver för att överleva och fortgå som art är näring och sexualitet. Näring för att inte dö som individer och sexualitet för att inte dö som art.

Och det är sannolikt ganska ovanligt att man livnär sig på, säg, enbart sparris. Det finns säkert någon någonstans som gör det men det är ovanligt. Och kanske inte endast och enbart ändamålsenligt. Det är även mindre vanligt att förlägga sin älskog till extremt trånga utrymmen, eller att alltid låta den inom- eller utomäktenskapliga leken föregås av frigörande dans.

Det finns betydligt fler som endast äter vegetariskt. Kanske... varannan kvinna och var femte man..? Och säkert ganska många, fast likväl en minoritet, som föredrar erotiska äventyr i kombination med bad.

Sedär! Mindre vanliga sätt att ta sig fram i denna uppgift som kallas överleva som individ och som art.

Så varför känns det inte rafflande att höra om våra aubergine- och groddälskande medmänniskor, medan däremot fallen som Bäsén och Långström återger i sin bok, exempelvis blöjfetischisten David, 28, som poserar iförd änglavingar på sin hemsida, tja, det är ju onekligen en gnutta... fascinerande..?

Nej, jag säger såhär. Fetischister, lev ut! Kanske har vi vanliga tråkromantiker någonting att lära.

Hanna Edberg

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



Cullbergstipendiet 2012

**Resestipendier för ST-läkare och nyblivna specialister
i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri.
Årets stipendier på sammanlagt 150 000 kr utdelas
i samarbete med Stiftelsen Natur & Kultur.**



**STIFTELSEN
NATUR & KULTUR**

Syftet med Cullbergstipendiet är, liksom tidigare, att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på vuxenpsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri.

Resestipendiet ska användas till resa och uppehälle vid en psykiatrisk klinik eller institution under en begränsad tid någonstans i världen. Det kan handla om att delta i klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling. Medlen gäller inte egen forskning.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kr där man kan söka en, två eller tre sådana poster. Stipendierna ska täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period om två–fyra veckor i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem - så länge de räcker. Här kommer dock en konkurrens att råda där en kombination av klinisk relevans och genomtänkt ekonomi premieras. Billigare, men genomtänkta, resmål prioriteras, men avlägsna mål är alltså inte något hinder.

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

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

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas.
- Uppgift om vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd med att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en, två eller tre 15 000 kr poster söks och motivet därtill.
- Ytterligare förutsättningar är att om resan utökas med turistande utanför, måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras under år 2012.

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas inom en månad en kort (1–3 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit. Den ska skrivas i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.
- Kort ekonomisk redovisning.
- Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande SLUP-konferens.

Ansökan

ska vara stipendienämnden tillhanda senast **15 februari 2012**.

Stipendiaternas namn tillkännages vid Psykiatrikongressen i Göteborg den 14 mars.

Ansökningar sändes till

Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskiatrykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Peggy Törn, Pauliina Ikonen, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Lena Forssén (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.

Om din kollega fortfarande är djupt deprimerad, vilken behandling tror du på härnäst?



Oavsett vem du skulle vilja hjälpa är behandlingsresultaten ofta nedslående: Alltför många med depression svarar inte tillräckligt bra på första linjens behandling. Du funderar och funderar. Vad kan fungera? Vad är klokast?

Seroquel Depot (quetiapin) är ett nytt behandlingsalternativ vid depression som är indicerat för tilläggsbehandling av depressiva episoder hos patienter som inte svarar tillräckligt bra på anti-depressiv läkemedelsbehandling i monoterapi. Som tilläggsbehandling förbättrar Seroquel Depot MADRS från vecka 1 och hjälper fler patienter att nå remission.

Med erfarenhet och kunskap kan du, varje gång du möter en ny patient, väga de olika alternativen mot varandra och därigenom finna bästa möjliga behandling.

Hur väljer du härnäst?



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

Transpersonella upplevelser hos barnafödande kvinnor

"Det var förfärligt att inte min upplevelse blev mottagen av någon, inte av BB-personalen och inte av min make. Jag skulle ha önskat att någon hade lyssnat och talat om, ifall det hänt förr. Det hade räckt om någon lyssnat och sagt: 'Ja, det var väl märkligt! Det måste ha varit en märklig känsla!' Men nu viftade de bara bort det: 'Asch, man kan drömma så konstigt vid nedsövning!' och skyndade vidare."

I samband med utgivandet av antologin "Medvetandet och döden" (red. Wistrand & Pilotti, NoK, 1982) intervjuade jag drygt 100 nära dödenupplevare. Citatet ovan är hämtat ur en sådan intervju. Under 1985 – 92 hade jag runt om i Sverige även träffat 38 kvinnor, som alla hade haft liknande upplevelser då de fött barn utan att de nödvändigtvis hade varit nära döden. Det slog mig att de allra flesta haft sina upplevelser 10-25 år tidigare och så småningom förstod jag varför. Deras upplevelser var så ovanliga och de hade aldrig hört talas om något liknande tidigare. Men efteråt, när de "återvänt till kroppen" efter sin utomkroppsliga upplevelse (UKU) och började tänka efter, var de ofta skräckslagna, även om upplevelsen var neutral eller positiv, då den pågick. Den gick ej att likna vid en dröm och de hade inga referensramar där den passade in och om de försökte berätta var det svårt att finna de rätta orden. När de försökte, ignorerades de av både sjukvårdspersonal och makar. Några kvinnor trodde att de blivit hjärnskadade eller galna. Några blev andliga sökare. Flera fick förlossningsrädslor och ville inte föda fler barn. Det tog många år att integrera upplevelserna i det dagliga livet. Eftereffekterna blev starka och ibland ovanliga. Flera kvinnor återkom i ytterligare samtal hos mig och kände framför allt lättnad i att jag lyssnade, bekräftade och förmedlade andra kvinnors erfarenheter och kunskaper.

Några fallbeskrivningar:

I. En kvinna skulle föda sitt tredje barn och komplikationer tillstöter. Hon får själv berätta:

– Hela graviditeten var mycket svår. Jag hade högt blodtryck och ont i ryggen och blev inlagd på BB. Efter en vecka vaknade jag med stort tryck över bröstet. Ingen kunde begripa vad det var. Man ringde efter maken som kom dit och sedan var med under förlossningen.

Så kom krystvärkarna och jag fick lustgas. Plötsligt kände jag att trycket över bröstet kom tillbaka. Det hettade i huvudet och huden småknottrade sig. Jag kände liksom att jag sögs ut ur kroppen och hamnade uppe i taket under lampan. Jag hade liksom en annan kropp, viktlös och genomskinlig. Där nere inunder mig såg jag mig själv och barnmorskan nere vid fotändan.

Till vänster om mig fanns lustgasapparaten och till höger en apparat som registrerade hjärtljuden. Den var högre än mitt huvud. Nedanför den satt min make.

Jag såg hela förlossningen där uppiifrån. Jag såg att man satte apparater på barnets huvud för att kontrollera hjärtljuden. Flickans huvud drogs ut och hon kom fram. Barnmorskan sa: "Hon är lite slapp och blå!" Jag hörde allt som sades. Alla ljud förstörades på något sätt. Det blev väldig aktivitet och alla instrument var i botten. Jag såg på pappret som registrerade flickans hjärtljud och såg bara ett långt streck. Alla sprang runt och jag kände en enorm frustration. Jag visste att min dotter var svårt sjuk och behövde mig! Jag bara måste ned till henne och det var frustrerade att ingen ägnade mig en blick. Men plötsligt såg min make hur det var fatt med mig och ropade: "Hon ser så konstig ut!"

"Hon har fått för mycket lustgas", sade någon.

I själva verket visade det sig snart att jag inte fått någon lustgas alls, eftersom slangen lossnat. Jag hade krampaktigt greppat tag i den och ville hålla mig kvar, när jag kände att jag höll på att sugas ut från kroppen.

I samma nu sögs jag tillbaka genom huvudet och ned i kroppen. Värmen och knottret försvann. Det var mycket skönt att komma tillbaka. "Jag har fixat det", tänkte jag lättad.

Det blev sedan mycket att göra med min dotter. Hon fick bl.a. blodbyte och hjärnhinneinflammation. Jag var hemskt rädd efter min upplevelse och satte den i förbindelse med döden. Efter förlossningen kände jag värmeströmmar från hjärtat och uppemot huvudet när jag vaknade om morgnarna. Jag var så rädd för en UKU och vaknade med ångest.

Jag kände mig mycket orolig när jag väntade mitt fjärde barn, men fick ingen respons när jag försökte berätta vad som hänt under föregående förlossning, kände bara bemötandet som "hon är inte riktigt klok!" Som tur var hade jag fått tag på två böcker om UKU på biblioteket och det blev en normal förlossning!

II. Kejsarsnitt, narkosen tar inte och barnaföderskan upplever stark smärta, är plötsligt smärtlös, men uppe i taket varifrån hon ser dottern tas ut. Dottern får en lätt skråma på pannan av ett kirurgiskt instrument. Kvinnan flyter högre upp, upplever ett ljus i vilket farmodern, död sedan många år, finns.

Hon får kärlek och styrka av ljuset samt uppmaning att återvända. Det är denna upplevelse som hjälper henne igenom de svåra år som följer pga. att ingen hade lyssnat och gett förklaring till vad som hänt.

Transpersonella upplevelser vid normalförlossningar

Så småningom mötte jag även en kvinna, som hade en normal och mycket lustfylld förlossning. Hon hade upplevt en peak experience, där hon såg sin son födas under en UKU. Till skillnad från de två kvinnorna ovan ville hon gärna återuppleva detta och födde snart sitt andra barn, men upplevde till sin besvikelse inte något liknande.

Barnmorskan I M Gaskin – alternativ nobelpristagare 2011

Jag kom så i detta skede i kontakt med den amerikanska barnmorskan Ina May Gaskins handbok "Spiritual midwifery" (1977), som riktade sig till barnmorskor och blivande mödrar som ville föda naturligt. I M Gaskin får i år delat alternativt Nobelpris och anses vara en av de mest kända barnmorskorna i Västvärlden. I boken finns flera intervjuer med barnaföderskor, som föder utan anestesi. Dessa rapporterar t.ex. färger, bilder, energiströmmar i kroppen och telepatiska förnimmelser under själva förlossningen.

Winnicotts primära modersomsorg

Jag blev intresserad av forskning. Hur vanliga var dessa upplevelser vid normal förlossning och varför hörde man inte talas mer om detta? Winnicott talade om medvetandetillståndet *primary maternal preoccupation*, som kvinnan sakta utvecklar under graviditeten, ett slags split, där vissa delar av medvetandet tar över för tillfället. Detta möjliggör en ökad sensibilitet och möjlighet till identifikation hos modern gentemot det blivande barnet. Någon vecka efter förlossningen glömmen modern i allmänhet detta tillstånd. Winnicott kallar denna glömska *fugues*: vardagens praktiska sysslor tar över.

Kunde kvinnornas upplevelser ha sin grund i Winnicotts "primära modersomsorg"? Och hur ofta upplevde kvinnorna dessa transpersonella upplevelser, som de omtalat för mig, vid normalförlossningar?

Forskning i Ryssland

Under åren 1992 och framåt fick jag tillfälle att få svar på mina frågor. Jag överförde min hypotes till Ryssland och Human Institute i St Petersburg, där jag i samråd med psykiatriprofessorn Leonid Spivak och professor Dmitri Spivak påbörjade forskningen. Flera studier har där gjorts på förlossningssjukhus, varvid Winnicotts teori för första gången har verifierats experimentellt. Dessutom visar det sig att det är tämligen vanligt att barnafödande kvinnor har en rad transpersonella upplevelser: UKU, livspanorama, telepatisk kontakt med barn/anhöriga etc.

En undersökning av 202 kvinnor hade t.ex. så många som 9 % en UKU, som senare tycktes bli glömd inför det överväldigande att få ett barn.

Min förhoppning är att det kommer att bli lättare och mer acceptabelt för BB-personal att på ett bra sätt kunna bistå barnaföderskor med transpersonella upplevelser med denna forskning som bakgrund. Det är en viktig kunskap i behandlingen av förlossningsrädslor och även viktigt i den tidiga anknytningen mellan mor och barn.

Kersti Wistrand
Psykolog

Referenser; www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Fallbeskrivning II i sin helhet:

En annan barnaföderska med lugn och harmonisk graviditet förlöstes med kejsarsnitt, men blev inte hjälpt av narkosen utan kände hur det sved till när man lade snittet. (Långt senare fick hon veta att det berodde på graviditetsgulsot och att man inte kunde ge hur mycket bedövning som helst med risk för barnets liv.) Plötsligt var hon uppe i taket, där alla smärtor var borta. Hon hörde de uppsluppna samtalen och skämtet hos personalen och såg allt som skedde ovanifrån. Hon berättar:

– Jag såg min kropp och den var avskärmad så här över magen (visar) och de hade öppnat mig och lagt ut inälvor eller vad det var, för att ta ut barnet.

När jag är där uppe vid ventilen tittar jag plötsligt uppåt och ser liksom en stor, jättestarkt lysande sol långt borta ovanför taket. Och i detta gula, kärleksfulla ljus ser jag min farmor, som dog när jag var femton år (barnaföderskan låter plötsligt mycket glad då hon berättar). Farmor kallade mig vid namn och säger: "Vänd tillbaka, Lillstumpen min, vänd tillbaka! Ditt barn behöver dig!"

Samtidigt som jag såg min farmor långt där borta, såg jag hur de plockade ut min lilla flicka där ner under mig. Doktorn sa: "Ja, det blev en liten pojke!" och jag blev irriterad på honom. (Senare fick jag veta att det var ett stående skämt på avdelningen och att läkaren alltid sa så.) Jag såg också att hon blev ristad ytligt på huvudet av ett kirurgiskt instrument, då de tog ut henne. Det blev en liten skråma. Läkaren tog barnet och kastade över det till en sköterska och så började de rensa med suger och grejor. De förde barnet till ett bord i hörnet och lindade det i filter och lade det där. De torkade av lite blod, som syntes på huvudet, men det var ju inte så farligt.

Min farmor lyckades så småningom övertala mig att återvända. Jag liksom drogs ned i kroppen igen och smärtorna återkom. De började sy mig och jag räknade till 48 stygn. Det var som om jag låg i en symaskin.

Jag vaknade upp på intensiven och min första fråga var: "Varför skar ni min dotter på huvudet?" Personalen var chockade att jag visste! Jag försökte berätta på sjukhuset, men personalen bara drog sig undan. Jag hade det otroligt jobbigt under flera års tid efteråt med likgiltigheten och attityden att "det var ingenting!" Det som räddade mig emotionellt var mötet med min farmor. Efteråt blev jag mycket förändrad. Jag hade aldrig hört talas om liknande händelser tidigare och blev en andlig sökare.

Har vi psykiatriska synpunkter på Livsuppehållande åtgärder?

Bakgrunden till denna artikel är att SPF i våras fick Socialstyrelsens nya utredning och handbok angående livsuppehållande åtgärder på remiss: "Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling". Tiden att svara var ytterligt kort och vi tyckte inte först att vi hade så mycket att tillföra. Jag vill emellertid mena att vi psykiatrer har mycket att bidra med. Ständigt återkommer debatten om de angränsande områdena livsuppehållande åtgärder, palliativ vård och vård i livets slutskede. Många av dessa frågor hanteras i pressen som om det vore juridiska spetsfundigheter. Det gäller tyvärr även bland oss i vården när det i själva verket handlar om vardagssjukvård. Dessutom omskrivs att patienter missnöjda med vården här vänder sig till självmordskliniker i Schweiz. Ytterligheten är att vårdare eller anhöriga anklagas för dråp eller mord.

Det mest konkreta för oss psykiatrer är de konsultationer vi ställs inför.

Vi kan få frågan huruvida patienter som avböjer livräddande behandling eller livsuppehållande åtgärder har en psykisk sjukdom. Där är vår uppgift svår och viktig. Här duger inte kriteriediagnostik långt utan en diagnostik som innefattar en bedömning av tillståndets genes krävs och kulturfaktorer i vid mening behöver beaktas. Jag tror vidare att vårt samråd med somatikerna är det som avgör om bedömningen kommer att vinna acceptans i alla läger, även hos anhöriga.

Frågorna är dock mycket vidare än så och i mitt tänkande inspireras jag ofta av Torbjörn Tännsjö. Han skrev i våras en debattartikel i DN med anledning av utredningen där han bland annat refererar till sin bok "Döden är förhandlingsbar". Han har länge öppet förespråkat att Sverige liksom ett antal andra länder i världen skulle införa dödshjälpsverksamhet. I artikeln beskriver han flera olika dödsfall med svåra medicinska och etiska men även juridiska, psykologiska problem där han inte finner att Socialstyrelsen ger någon vägledning i hur liknande fall ska hanteras. Hans lösning är att euthanasi ska legaliseras. För att förenkla resonemanget vill jag påstå att det aldrig behöver bli något sjukvården ägnar sig åt. Det vi i stället kommer att fortsätta utöva är "livshjälp". Det ska vi fortsätta ge med största omsorg och varsamhet och alltid ända in till den slutliga dödens rand. Att vi ibland brister i det är omvittnat och vi måste säkert hela tiden upprätthålla och förbättra våra kunskaper och metoder. Marie Wedin skrev nyligen en ledare i Läkartidning där hon lovsjöng god palliativ vård och bristen på det i Sverige.

Torbjörn Tännsjö beskriver i sin artikel bland annat ett fall i Göteborg för ett tiotal år sedan där ett antal patienter fick sedering och "dog fridfullt inom en vecka". Som om själva döden i sig, i existentiell mening kunde vara fridfull. Vi psykiatrer vet att livet innehåller en serie kränkningar och att döden är den sista och största kränkningen. Rädslan för döden är mänsklig och, vill jag påstå, en del av livets essens. Exemplet ur Tännsjös artikel är taget ur sitt sammanhang men för att visa på en av hans många blindade fläckar.

En annan blind fläck är den om autonomins gränser. Självklart är det positivt att förhållandet mellan patienter och läkare under nu många år blivit allt mer jämställt. Att den skulle kunna bli helt jämställd är dock en illusion. Skälet till det är delvis det för oss psykiatrer välkända fenomenet med auktoritetsproblematik. Vi har alla inom oss en mer eller mindre uppklarad problematik att hantera auktoriteter vilken är mer eller mindre omedveten. I mötet med sjukvården, inför sjukdom, lidande och död blir den i högsta grad aktuell. Då om inte förr ställs vår mentala beredskap på prov. Problemet är nog ännu större när det handlar om fantasier eller farhågor om vad som ska hända en i framtiden när krafter börjar tryta. Att då i psykologisk mening, gå runt problemet genom att tänka sig dödshjälp är en enkel, lockande lösning. Detta sätt att hantera rädslan för döden och sin auktoritetsproblematik gäller under den starka och friska delen av våra liv.

När livet vänder till nedförsbacke tror jag att det för de flesta av oss gäller att "när Fan blir gammal blir han religiös". Man blir mer ödmjuk inför livets villkor och accepterar så småningom att ta emot hjälp även om man kan uppfatta att den erbjuds på ett auktoritärt sätt.

Många förnekar att det är själva döden de är rädda för utan döendet och förnedringen att förlora kroppsliga och mentala förmågor. Att "hamna" i en säng och utdraget bli omskött är det man fruktar. Det kan vara en befogad rädsla men säkert lika ofta uppförstorad. Det är här sjukvårdens förmåga till "livshjälp" ställs på sin spets. Oftast är det väl somatiker som ställs inför att pedagogiskt förklara hur det fortsatta livet kommer att se ut efter att ha meddelat om en obotlig sjukdom eller dålig prognos. Kan vi psykiatrer som har samtalet som vårt viktigaste instrument bidra med kompetens? Kristerapi är ju nästan utmönstrat ur arsenalen numera men någon i sjukvården måste hantera kriserna på något sätt.

Intressant i Socialstyrelsens nya skrivning är att varje patient med ett potentiellt livshotande tillstånd ska ha en fast vårdkontakt som ska vara läkare! Dennes uppgifter innefattar mycket: "Planeringen ska innefatta inte bara patientens medicinska vård- och behandlingsbehov utan bör även beskriva hur hans eller hennes sociala, psykiska och existentiella behov ska tillgodoses." Dessutom ingår att göra patienten "delaktig i planeringen och bereda möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ. Sådana frågor kan t.ex. vara om patienten vill ha andningshjälp i livets slutskede, om han eller hon önskar ha intravenös näringstillförsel, hur han eller hon ställer sig till läkemedelsbehandling och hjärt-lungräddning". Det låter enkelt och oantastligt men jag tror i praktiken att det förstärker de uppblåsta förväntningar som ställs på sjukvården i vår sekulariserade tid. Är det realistiskt eller bra? Vi åtar oss i brist på bättre den uppgiften, kanske till priset av att våra omedvetna förväntningar på oss själva än mer stegras. Ökar det ytterligare auktoritetsproblematiken i en ond cirkel?

Den kollektiva auktoritetsproblematiken förstärks också av att vi i våra samtal och konsultationer med patienter tillämpar vår professionella takt och diskretion. Eftersom vi situations- och personanpassar varje samtal kan utomstående ha svårt att hänga med vilket kan leda till att man ifrågasätter handläggningen. Om vi då måste hänvisa till sekretessen gör det inte saken bättre. När nu myndigheten alltmer i föreskrifter detaljreglerar både vad vi förväntas göra och hur, skapar man problem: dels osäkerhet hos oss om huruvida vi gör "rätt", dels en falsk bild av att arbetet görs enligt en regelbok. Således förstärker man illusionen om att konsultationen kan göras "transparent" och att alla hela tiden kan följa och förstå läkarens arbete. Vi mystifieras samtidigt som man vill "klä av" oss.

För att vara lite mer konkret återkommer vi till ämnet om sedering i livets slutskede. Kan det vara ett exempel på god "livshjälp"? Det är många som anser det och Socialstyrelsen beskriver det uttryckligen och förklarar att "medvetandegraden kan vara mer eller mindre sänkt". Torbjörn Tännsjö upprör över att man använder begreppet "palliativ sedering" i stället för "terminal sedering" som han föreslår. Han förfäktar vidare ståndpunkten att man "skulle ha en rätt att få sova in i döden". Detta är ett utmärkt exempel på att vi i sjukvården bör ta makten över det språk som styr över tanken. Vill vi att det ska framstå som att vi sysslar med "terminering" eller att vi ger palliation? Självklart vill vi ge "lindring", "smärtfrihet" och "palliation" men vill vi "sova människor in i döden"? Att ge "livshjälp" med hjälp av sedering är nog det mest delikata hantverk man som läkare kan ägna sig åt. Jag föreställer mig att arbetet är ytterst känslomässigt laddat och att öppenhet och diskretion måste vägas på guldväg under processen.

Livshjälp i vid mening är det centrala i varje läkares arbete och i det ingår att stödja och hjälpa också i den svåraste av alla stunder. Kan vi psykiatrer dessutom bidra till att hjälpa en enda människa att försonas med sitt öde kan man kanske tala om psykiatrisk livshjälp.

Hör gärna av dig till någon i styrelsen med synpunkter så att vi kan bidra till den medicinska utvecklingen och till den politiska debatten på bästa sätt.

Arne Stenstedt
Överläkare
Psykatri Nordväst, Stockholm
(dessutom SPF:s pressekreterare)
Kontakt: arne.stenstedt@sll.se

Författningen och även länk till handboken finns på Socialstyrelsens webbplats.

Direktlänk: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7>

Torbjörn Tännsjös artikel på Dagens Nyheters webbplats.

Direktlänk: <http://www.dn.se/debatt/radsla-for-dodshjalp-stor-tankar-om-doendets-villkor>

Marie Wedins ledare på Läkartidningens webbplats.

Direktlänk: <http://www.lakartidningen.se/07/engine.php?articleId=17123>



ÄN ATT PATIENTEN INTE TOG SIN TABLETT.

A.

40 % av patienter med schizofreni har dålig
behandlingsföljksamhet till sin förskrivna medicin¹.

ZypAdhera™ är det enda långtidsverkande
atypiska antipsykosmedlet med flexibel 2 eller
4 veckorsdosering. Med ZypAdhera™ får dina

patienter med schizofreni effekten av olanzapin i
en långtidsverkande beredningsform.

**Är det dags att erbjuda dina patienter med
schizofreni en ny möjlighet?**

1. Valenstein M et al. Antipsychotic Adherence Over Time Among Patients Receiving Treatment for Schizophrenia: A Retrospective Review. J Clin Psychiatry 2006;67(10):1542-1550.

ZYPADHERA 210 mg, 300 mg, 405 mg pulver och vätska till injektionsvätska, suspension (olanzapin)

ATC-kod: N05AH03 **Indikationer:** Underhållsbehandling av vuxna patienter med schizofreni som stabiliserats under akut behandling med oralt olanzapin. **Kontraindikationer:** Känd risk för glaukom med trång kammarvinkel. **Varning:** Ska endast ges som en djupt intramuskulär, gluteal injektion. Efter varje injektion ska patienten observeras med avseende på tecken och symtom tydande på olanzapinöverdos i minst 3 timmar av kvalificerad personal med tillgång till sjukvårdsresurser. Man bör förvissa sig om att patienten är klar och vaken och inte har några tecken eller symtom på överdos, och patienten ska observeras i 3 timmar efter injektionen. Innan injektionen ges ska läkaren/sjuksköterskan bestämma att patienten inte ska resa till sin bestämmelseort ensam. **Datum för översyn av produktresumén:** 20100901. **För ytterligare information och priser se** www.fass.se. Rx, F
Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.

2011.10.24

RPRS-s

Real Psychiatrist/Psychologist Rating Scale - self evaluation

Genom att besvara följande sex frågor kan du och din inre psykiater/psykolog få en detaljerad bild av huruvida du är en riktig psykiater/psykolog. Genom att lägga ihop den "poäng" du får på frågorna får du en bild av om du talar psykiatriska grammatikaliskt riktigt och utan brytning. Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du tänker och vem du velat vara de senaste 3 åren. Vem du faktiskt är bryr sig ingen om, detta i linje med den nya tjänstemannasjukvården, där alla är utbytbara.

Använd gärna mellanliggande alternativ, det kan verka genomtänkt. Undvik att arbeta snabbt och tänk alldeles för länge. Således som en äkta psykiater/psykolog.

1. Vetenskapsideal

Här ber vi dig beskriva din epistemologiska ståndpunkt, vad en sann, välgrundad tro (således kunskap) är. Har du dagar då du lattjar med evidensen, eller gör du även på din kammare det uppenbart riktiga? Tänker du att en handling eller utsaga, som i och för sig kan vara meningslös, alltid bör vara reliabel och säkerställd? Försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes när något en gång för alla stått utom allt tvivel.

0 Det känns positivt att vara positivist.

1

2 Jag är kvalitativt mest kvantitativ. Jag tror på det jag ser och inget annat.

3

4 Jag är kvantitativt mest kvalitativ. Jag läser gärna texter som ingen förstår – självklart förstår inte heller jag dem.

5

6 Jag är så totalt postmodern och socialkonstruktivistisk att jag får svindel av att höra mig själv tala.

2. Diagnostisk skärpa

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest när du står inför svåra diagnostiska avgöranden som alla vet ej nämnvärt påverkar behandlingen. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit när en diagnos suttit som en smäck på en ideal patient.

0 Jag har en revisorssjäl, jag bockar av kriterier i DSM där läkemedelsföretagen hittat på ytterligare någon sjukdom som passar något piller som behöver lanseras.

1

2 Jag diagnosticerar på 100 meters avstånd, bara jag och Stålmannen har denna röntgenblick. (Blickens diagnostik).

3

4 Jag lyssnar, och förlorar mig i patientens berättelse, jag blir medförfattare till skrönan och vi säljer det hela som en true story och tjänar grova pengar. (Örats diagnostik).

5

6 Jag tillämpar en enhetlig praktik – alla patienter saknar kärlek och jag är doktor Love.

3. Din förmåga att tala och lyssna

Här ber vi dig beskriva hur bra du lyssnar och talar. Tänk efter om du talar mer än du lyssnar och om andra förstår vad du säger. Bedömningen skall avse vad du faktiskt sagt och hört, inte vad du suttit och fantiserat om.

0 Hur löd den "j-a" frågan nu igen?

1

2 Jag kan prata och lyssna samtidigt, det går så snabbt i mitt huvud att jag måste stimulera mig själv med något annat när någon talar för att ej bli uttråkad.

3

4 Jag är ett medium och kommunicerar inte längre på mänskligt sätt.

5

6 I'm listeniiiiiiiiing.....mina ord går sedan sakta över i musik av Barry White.

4. Begär

Här ber vi dig ta ställning till ditt begär. Då det vid närmare eftertanke är alldeles för abstrakt för vår nya tid ber vi dig istället beskriva din matlust. Som tur är går nu vårt yrke mer åt bara konkreta, uppfostrande och allmänt moraliserande livsstilsråd. Jämför gärna dig i ditt svar med vad som är normalt för mänskligheten, att vara folklig är aldrig fel.

0 Jag äter ofta, mycket och gott.

1

2 Jag äter mycket ofta gott.

3

4 Jag äter gott mycket ofta.

5

6 Jag äter alltså är jag.

5. Känsломässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för din syssla och för dina patienter, tänk särskilt på de patienter du helst inte vill tänka på.

0 Jag har slutat uppleva några känslor. Känslor är klart överskattade.

1

2 Jag är intresserad av de patienter som är intresserade av mig – någon ömsesidighet måste det finnas.

3

4 Jag är allt: behandlare, organisatör, administratör, patient. Allt helt enkelt. Andra är bara projektioner eller hallucinationer, jag är sollipsistnarcissist och intresserar mig bara för mig själv.

5

6 Frågan är felställd, patienten och jag är ett, patientens känslor är mina känslor. Borders are for sissies som man säger over there.

6. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid som psykiater/psykolog, och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du kanske har begått ett stort misstag såsom t.ex. att utbilda dig till psykiater/psykolog.

0 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag är en alltigenom usel psykiater/psykolog och en kvacksalvare av värsta sort

1

2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mycket mindre värd än andra – vilket, när jag tänker efter, verkar helt orealistiskt.

3

4 När jag är ledsen upprepar jag mitt mantra som alltid hjälper; Jag är doktor Love, Jag är doktor Love.

5

6 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv. Jag är i själva verket nöjd med allt som har att göra med mig: mitt hus, min lön, min kropp, min partner, min bil.

Lägg samman poängen från båda sidor av formuläret och för in summan nedan.

Scoringmall

0–10 Du är som du borde, och alltså inte som du är, du tänker rätt.

6–24 Du är en ganska ängslig och fånig psykiater/psykolog, du är en våt dröm för dagens psykiatri. Fortsätt läsa alla nya riktlinjer och applicera dem sömngångaraktigt.

20–36 Du är som du är, och inte som du borde, ibland är du galnare än patienterna, en riktigt riktig psykiater/psykolog med andra ord.

Anders Almingefeldt
Leg psykolog, leg psykoterapeut
Alingsås

Foto: Shutterstock/Elena Ray





Svenska Läkaresällskapet
MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN
S T O C K H O L M 2 0 1 2

"Framtidens hälsa"

Skicka in förslag på symposier och internationella gästföreläsare till Riksstämman 2012



Medicinska riksstämman 2012 äger rum den 28 nov – 30 nov i Stockholm på temat "Framtidens hälsa". Svenska Psykiatriska Föreningen kan erbjuda ekonomiskt stöd för inbjudan av internationella gästföreläsare och underlätta för dig, som vill anordna ett symposium eller någon annan aktivitet på Riksstämman med psykiatriskt fokus. Sista datum för förslag kommer att vara i mars/april, exakt datum meddelas senare.

För eve. frågor: riksstamman@svenskpsykiatri.se



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

VI SÖKER ÖVERLÄKARE!

Är Du intresserad av att arbeta som överläkare inom en bred vuxenpsykiatrisk verksamhet?

Alingsås kommun har vision att växa och lockar med sin gamla stadskärna och närhet till växlande natur samt mycket goda kommunikationer med Göteborgsområdet.

Öppenvårdsmottagningen i Alingsås tillhör Södra Älvsborgs sjukhus och har sitt huvudsakliga upptagningsområde inom Alingsås kommun med cirka 38 000 invånare. Vi är ett välbemannat team sammansatt av flera yrkeskategorier och kompetenser. För att våra läkare skall kunna ge patienterna den bästa vården arbetar vi kontinuerligt med att ge verkliga förutsättningar för detta genom att säkra din kompetensutveckling, erbjuda en god arbetsmiljö och främja kollegialitet. För att ytterligare visa på att vi sätter patientperspektivet i centrum och för att ständigt förbättra och utveckla vården arbetar SÅS målinriktat för att bli ett processorienterat sjukhus. Idag finns hela fem huvudprocesser med psykiatrisk inriktning vid sjukhuset.

Vi utvecklar vår mottagning ytterligare genom att erbjuda arbete inom utvecklingsområdena nedan. Innehållet i tjänsterna kan kombineras om så önskas.

Överläkare 50-100 % Öppenvårdsmottagningen i Alingsås

Vi erbjuder psykiatrisk utredning och behandling både individuellt och i grupp som t.ex. sjukgymnastik, arbetsterapeutiska utredningar, psykologisk gruppbehandling inkl MBT. För gruppen med samsjuklighet i form av allvarlig psykisk störning och tungt beroende erbjuder vi insatser i form av Case Management i nära samarbete med Alingsås kommuns socialtjänst.

Vi har arbete att erbjuda Dig som är intresserad av att arbeta som överläkare inom den specialiserade öppenvård psykiatri och vara en del av vår mottagning och väl fungerande samarbete. Personalgruppen har förutom ett stort engagemang, en bred kompetens inom såväl KBT som psykodynamisk metod.

Överläkare 50 % Lundströmmottagningen i Alingsås

Lundströmmottagningen är Västra Götalandsregionens och Landstinget i Hallands län (genom samverkansavtal) specialiserade utredningsenhet för könsidentitetsstörningar, huvudsakligen transsexualism. Mottagningen är lokaliserad i direkt anslutning till vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Alingsås. Utredningsteamet består av sekreterare, två socionomer, två psykologer och en läkare med specialistkompetens i psykiatri. Vi arbetar även med ett nätverk av specialister inom plastikkirurgi, endokrinologi, foniatri/logopedi, hud samt gynekologi.

Utredningsarbetet på mottagningen innebär att fastställa eller utesluta diagnosen transsexualism.

Det färdiga resultatet av utredningen blir en rekommendation för eller emot könsbyte.

Konsultationstjänst 50 %

Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Alingsås förstärker arbetet avseende konsultationsarbetet mot Alingsås Lasarett och primärvård. En tjänst i form av läkare med specialistkompetens inom psykiatri i särskild funktion att handlägga konsultationer inrättas. Tjänsten kompletteras med ny sjukskötersketjänst med inriktning mot konsultationsarbete.

För samtliga tjänster gäller:

Kvalifikationer:

- ☐ Legitimerad läkare med specialistkompetens inom psykiatri. För tjänsten på Lundströmmottagningen är en vidareutbildning inom sexologi meriterande.
- ☐ Du är en god kliniker och pedagog med gedigen grund inom psykiatri.
- ☐ Arbetet ställer krav på god samarbets- och initiativförmåga.

Arbetstider/anställningsform:

Heltid resp. deltid enligt ovan, måndag – fredag
Tillsvidareanställning, innehållet i tjänsterna kan kombineras
Tillträde enligt överenskommelse

Övrigt

Vi begär utdrag ur belastningsregistret på alla som erbjuds anställning hos oss

Sista ansökningsdag

2012-01-10
Du hälsas välkommen med Din ansökan!
Södra Älvsborgs Sjukhus
HR-service
501 82 Borås

Kontakt

Läkarchef Arpad Grec – tfn 033 616 47 12
Vårdenhetschef Sonny Johansson – tfn 0322 22 66 44
Facklig företrädare: Överläkare Per-Anders Abrahamsson –
tfn 033 616 27 72