

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - feb 2007

TEMA: Transkulturell psykiatri



Vart man sig i världen vänder finns det barn med trauma i alla länder

VÅRMÖTET Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen och Svenska Psykiatriska Föreningen anordnar ett gemensamt vårmöte i Stockholm den 7 till 9 mars. Massor av föredrag, CME-kurser och dessutom årsmöten för föreningarna står på dagordningen. Rättspsykiatrien beskriver i ledaren av Peter Andiné att de nu är fullt ut medverkande till vår gemensamma tidning. SID 3; 21; 23; 33 & 39

TEMA Hur ska psykiatrien möta det mångkulturella samhället? Vi väntar en anstormning av traumatiserade irakier. Går det då att bedriva terapi med hjälp av tolk? Vilka trauman kommer vi kunna hjälpa. läs också om utvecklingen av den transkulturella psykiatrien och den kommande nödvändiga internationaliseringen av rättspsykiatrien. SID 6–8; 10–12; 14–16; 18–20; 24–32 & 38

DEBATT Psykologen Peter Ankarberg gör ett osannolikt påhopp på antidepressiv medicinering. Han skriver att psykofarmakologisk forskning till stora delar är finansierad av läkemedelsbolagen och att resultaten är därefter. Det är i själva verket stödsamtalet som ger effekt hävdar han. Han passar också på att underkänna SBU. Läs och besvara! SID 34–35

Abilify® (aripiprazol) utmanar traditionell läkemedelsbehandling vid schizofreni.

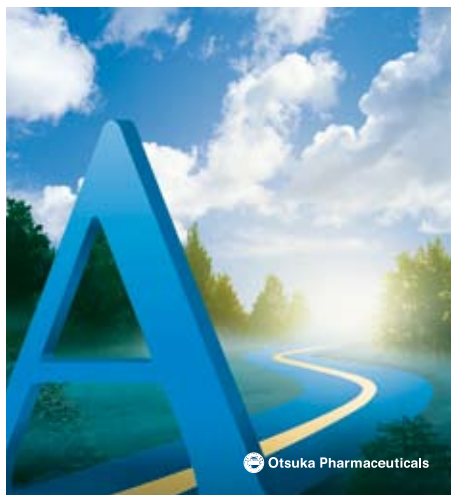
DEN MEDICINSKA BEHANDLINGEN av schizofreni har i modern tid till stor del handlat om en utveckling från typiska till atypiska neuroleptika. Nu utmanas de tidigare preparaten av ett annat läkemedel. ABILIFY har en ny verkningsmekanism.⁽¹⁾ ABILIFY minskar effektivt såväl positiva som negativa symtom i akuta skedet⁽²⁾ och vid långtidsbehandling⁽³⁾ hos patienter som akut återinsjuknat i schizofreni. ABILIFY motverkar också återfall.⁽⁴⁾ Vi har här samlat några av de egenskaper som utmärker ABILIFY.

NO.1: Dopaminhypotesen.

Orsaken till schizofreni är ännu inte känd. Det finns inget botemedel, utan behandlingen går ut på att uppnå symtomkontroll och undvika återfall. En ledande hypotes är att schizofreni är en följd av att dopaminaktiviteten i hjärnan hamnar i obalans. Dopaminaktiviteten i de mesolimbiska banorna är förhöjd samtidigt som aktiviteten i de mesokortikala banorna är sänkt.⁽⁵⁾ Den ökade dopaminaktiviteten ger, enligt denna hypotes, upphov till positiva symtom, t ex hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Den minskade aktiviteten ger negativa symtom, t ex nedsatt tankeförmåga och brist på initiativ samt upphov till kognitiva störningar. Det var bland annat upptäckten av signalsubstansen dopamin och dess betydelse som gav professor Arvid Carlsson nobelpriset i medicin år 2000.

NO.2: Ny verkningsmekanism.

I likhet med andra antipsykotiska läkemedel vet man inte exakt hur ABILIFY verkar i behandlingen av schizofreni. Det finns stöd för att ABILIFY, på ett nytt sätt, påverkar dopaminets aktivitet i hjärnan. Övriga antipsykotiska läkemedel är huvudsakligen antagonister på D₂-receptorer, vilket innebär att de blockerar dopaminaktiviteten. ABILIFY, däremot, är en partiell agonist på D₂-receptorerna och har föreslagits verka på två sätt. Dels som en funktionell antagonist i områden med dopaminerg hyperaktivitet och dels som en agonist i områden med dopaminerg hypoaktivitet.⁽¹⁾ ABILIFY påverkar också receptorer i serotoninsystemet genom att verka som en antagonist på 5-HT_{2A}-receptorer och som en partiell agonist på 5-HT_{1A}-receptorer.⁽¹⁾



NO.3: Effektiv symtomkontroll.

Det är viktigt att snabbt få kontroll på symtomen hos patienter som insjuknar i schizofreni. Den inledande behandlingen går till stor del ut på att kontrollera positiva symtom, oro och sömnproblem. Att sedan få kontroll på negativa symtom och kognitiva störningar är viktigt för långtidsprognosen. ABILIFY minskar effektivt såväl positiva som negativa symtom i akuta skedet⁽²⁾ och vid långtidsbehandling⁽³⁾ hos patienter som akut återinsjuknat i schizofreni.

NO.4: Motverkar återfall.

Återfallsrisken vid schizofreni hos förstagångsinsjuknade patienter är hög. Det är angeläget att hitta en behandling som motverkar återfall. ABILIFY har i en placebokontrollerad studie visat sig vara effektivt och vältolerat vad gäller att motverka återfall hos patienter med schizofreni. Efter 26 veckors behandling upplevde 63% av patienterna inget återfall jämfört med 39% av patienterna i placebogruppen.⁽⁴⁾

NO.5: Effekt med mycket lite sedation.

Sedation är en av de biverkningar som patienter anger som mest negativ för livskvaliteten.⁽⁶⁾ Placebokontrollerade studier visar att ABILIFY ger en signifikant förbättring av akuta symtom hos patienter som återinsjuknat i schizofreni. Av de patienter som svarade på ABILIFY var det 88%

som inte upplevde sedation.⁽⁷⁾ Initialt i behandlingen kan således patienter som upplever sömnproblem och oro behöva behandling för detta.

NO.6: Gynnsam biverkningsprofil.

Patienters allmänna hälsa är viktig. Behandlingstiden vid schizofreni är många gånger livslång vilket betyder att biverkningsprofilen för ett läkemedel är mycket viktig inte minst med tanke på följsamheten till behandlingen. Studier har visat att viktuppgång och sedation är biverkningar som patienter anger som negativa för livskvaliteten.⁽⁶⁾ ABILIFY har i studier visat en gynnsam biverkningsprofil. ABILIFY ger ingen klinisk relevant viktuppgång och mycket lite sedation.^(1,7)

NO.7: Behandling som ger god respons.

En öppen prospektiv 8-veckors multicenterstudie visade att nästan 70% av de patienter som bytte behandling till ABILIFY skattades enligt CGI-I som »mycket bättre» eller »väldigt mycket bättre» jämfört med tidigare antipsykotisk behandling.⁽⁸⁾ 64% av patienterna bedömde behandling med ABILIFY som »mycket bättre, jag föredrar den här medicinen» jämfört med tidigare antipsykotisk behandling.⁽⁹⁾

Sammanfattning, ABILIFY.

- Ny verkningsmekanism.
- Minskar effektivt positiva och negativa symtom.
- Motverkar återfall.
- Effekt med mycket lite sedation.
- Ingen klinisk relevant viktökning.
- Enkel dosering, 15 mg en tablett om dagen.

REFERENSER:

1. SPC.
2. Kane et al. J Clin Psychiatry 2002;63:763-71.
3. Kasper et al. Int J Neuropsychopharm. 2003;6(4):325-37.
4. Pigott et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1048-56.
5. Inoue o Nakata. Japan J Pharmacology 2001;86:376-80.
6. Angermeyer et al. Psychiatry Prax. 2000 Mar;27(2):64-8.
7. Lieberman et al. Int J Neuropsychopharm. 2002;5 (suppl 1):186.
8. Tandon et al. Poster APA 2004.
9. Riera et al. Schizophr Res. 2004;67(suppl 1):157.

ABILIFY® (aripiprazol) Antipsykotikum för behandling av schizofreni. Tabletter 5, 10, 15, 30 mg. För mer information se www.fass.se

En ny väg till effektiv behandling av schizofreni.

BRISTOL-MYERS SQUIBB, BOX 15200, 167 15 BROMMA, TELEFON 08-704 71 00. WWW.BMS.SE



Nu är även rättspsykiatri på plats i Svensk Psykiatri!

LEDARE
Peter Andiné

Svenska Rättspsykiatriska föreningen (SRF) tar plats i redaktionen för Svensk Psykiatri och ser fram emot att samarbeta med syskonföreningarna. Rättspsykiatri är på offensiven och vill ta vara på möjligheten att belysa rättspsykiatriska frågor.

Svenska Rättspsykiatriska föreningen (SRF) är en sammanlutning av specialistläkare i rättspsykiatri och andra legitimerade läkare som helt eller delvis arbetar med psykiskt störda lagöverträdare. Föreningen är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och en sektion inom Svenska

Läkarsällskapet. Våra viktigaste uppgifter är att arbeta för den rättspsykiatriska kunskapsutvecklingen, att främja samarbete mellan rättspsykiatrisk utredningsverksamhet, rättspsykiatrisk vård och kriminal-

**"Rättspsykiatri
skall vara en
remissinstans"**

vårdpsykiatri, och att vara en remissinstans i rättspsykiatriska frågor.

Rättspsykiatrisk verksamhet är ett spännande kliniskt ämne som rymmer alla psy-

kiatrins ingredienser kryddat med juridik, rättssäkerhet och etik. Psykiatrisamordnaren pekar på att det finns ett behov av kvalitetsförbättring inom rättspsykiatri. SRF välkomnar att rättspsykiatri kommer i fokus och vi ser detta som en möjlighet. Vi vill arbeta för en offensiv och öppen satsning på en ny rättspsykiatri.

Modernisera föreningen

I vår nuvarande styrelse arbetar vi med en moderniseringsprocess av föreningens arbete. Vi vill aktivera våra medlemmar, bl a genom nyhetsbrev och det är vår förhoppning att snart kunna erbjuda ett årligt återkommande möte för rättspsykiatriskt intresserade. Vi vill bli en aktivare part i den rättspsy-

kiatriska debatten.

SRF samarbetar redan i dag med syskonföreningarna inom psykiatri kring en rad frågor (t ex psykiatrisamordningen, ST-läkarfrågor och kvalitetsregister). Vi vill öka detta samarbete och lära oss från syskonen. På så sätt hoppas vi kunna bryta den professionella isolering som tyvärr till viss del har drabbat rättspsykiatri. Vi sätter därför stort värde på att få vara del av Svensk Psykiatri!

Peter Andiné

Ordförande

Svenska Rättspsykiatriska föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Anna-Maria af Sandeberg
(ordforande@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Christina Spjut
(vice.ordforande@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Göran Rydén
(sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Nils Lindefors
(vetenskaplig.sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Lise-Lotte Risö Bergerlind
(facklig.sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard
ST-representant: Kajsa Norström Bedellius
(st.representant@svenskpsykiatri.se)

Adjungerad ledamot: Ing-Marie Wieselgren
(ing-marie.wieselgren@social.ministry.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall
kanslist@svenskpsykiatri.se

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Bruno Hägglöf
(bruno.hagglof@psychiatrum.se)

Vice ordförande: Lena Eidevall
(lena.eidevall@skane.se)

Facklig sekreterare: Peter Engelsöy
(peter.engelsoy@sl.se)

Kassör: Catharina Winge Westholm
(catharina.wingewestholm@lthalland.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson
(jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)

Ledamot Kerstin Malmberg (kerstin.malmberg@ki.se)

ST-representant Anna Steen (anna.sten@sl.se)

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Peter Andiné (peter.andine@rmv.se)

Vice ordförande: Christina Karlsson
(christina.e.karlsson@lio.se)

Kassör: Eva-Marie Laurén (eva-marie.lauren@rmv.se)

Sekreterare: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)

Vetenskaplig sekreterare: Marianne Kristiansson (marianne.kristiansson@rmv.se)

Internationell sekreterare: Per Lindqvist (perlindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Suppleant: Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sl.se)

Omslagsbild: © IBL bildbyrå

I väntan på en utredning händer ingenting

Sverige har en lång tradition av att avhandla samhällsfrågor i statliga utredningar. Vi har goda exempel på det inom barn och ungdomsvård. Bland dem Barnpsykiatrikommittén "Det gäller livet" (SOU 1998:31), Från dubbla spår till elevhälsa (SOU 2000:19), Tänk långsiktigt! (Skolverket m fl 2004) och Barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81). Dessa utredningar har gett förslag på viktiga förändringar inom barn och ungdomsvård som många av oss i professionen varit positiva till. Men det har sällan eller aldrig blivit några skarpa beslut från regeringshåll.

Saknar uppföljning

Barnpsykiatrikommittén hade många intressanta förslag som skulle ha medfört stora förbättringar inom samhällets vård av barn och unga med psykiska och sociala problem. Vi har dock saknat uppföljande beslut från regering och riksdag. Men vi har också själva ett ansvar inom professionen. En hel del förslag skulle kunna ha genomförts utan stöd av mer pengar eller ny lagstiftning. Barnpsykiatrikommittén föreslog tex gemensam behandlingsplanering mellan kommun och landsting för ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem. Det skulle verksamheterna ha kunnat genomföra i någon form, om god vilja fanns, men det stupade snart på samarbetsproblem.

Hur kommer vi att förhålla oss till Nationella psykiatrisamordningen?

Utredningen är nu avslutad och redovisad (SOU 2006:100; www.regeringen.se/sb/d/108/a/73178). Det är ett omfattande dokument på 771 sidor. Ett avsnitt fokuserar

på barn och ungdomar. Vi känner igen en hel del från Barnpsykiatrikommitténs förslag. Samverkan mellan olika aktörer i barn och ungdomsvård är ett nyckelord. BUP definieras som en specialistverksamhet som skall ha konsultansvar till en förstärkt primärvård i form av familjecentraler för gruppen 0 – 16 år och ungdomshälsa – verksamhet för åldersgruppen 16-25 år. Det förslås en förändring av HSL och SOL som innebär att kommun och landsting gemensamt skall kunna upprätta en individuell vårdplan för individer med psykisk sjukdom som behöver insatser och stöd från båda huvudmännen.

Samverkan kring personer med psykiskt funktionshinder förtydligas också (man har här satt en svårförståelig 16 års gräns). BUP får ett uttalat ansvar för att ge stöd till barn och ungdomar omhändertagna i social barn och ungdomsvård. Kompetensutveckling och kvalitetssäkring är andra viktiga områden som fokuseras i förslaget. Det förslås att det bildas ett nationellt kompetenscentrum som skall ge stöd för metodutveckling inom barn och ungdomsvård.

Till skillnad från Barnpsykiatrikommitténs förslag ger Nationella psykiatrisamordningen förslag på betydande statligt ekonomiskt resurstillskott (1.2 miljarder per år 2009-2015) för att förverkliga en nationell handlingsplan till stöd för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

Socialminister Göran Hägglund positiv

Kommer alla goda förslag från Nationella psykiatrisamordningen att genomföras i praktiken? Det finns betydligt större hopp om det jämfört med tidigare liknande utredningsförslag. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har varit representerade i utredningsarbetet och har gett stöd till föreslagna riktlinjer för tidiga insatser och kompetenscentra för ungdomar. Från SKL är man också mycket tydliga i behovet av samverkan mellan landsting och kommun. Socialminister Göran Hägglund har nyligen träffat representanter för Barn- och ungdomspsykiatri, Barnmedicin, Skolhälsovård, Barnhälsovård och allmänläkare och då uttryckt sig positivt om förslagen angående förbättrad barn och ungdomsvård.

Det är viktigt att den Barn och ungdomspsykiatriska verksamheten aktivt deltar i olika organ nationellt och lokalt för att ge stöd till de positiva förslag som finns i utredningen. Och vi behöver alls inte vänta på förslag från regering och riksdag för att komma igång med utveckling av bättre vårdformer på lokal nivå. Vi kan redan nu utan väsentliga resurstillskott tillsammans med primärvården, skolan, socialtjänsten och psykiatrin nå långt genom förbättrad samverkan och metodutveckling. Vi har redan nationella kvalitetsregister som fungerar, men tyvärr med mycket dålig anslutningsgrad från enskilda BUP verksamheter. Kunskapen om vilka psykosociala och farmakologiska interventioner som fungerar i barnpsykiatriskt behandlingsarbete saknas inte heller i dag. Och det finns etablerad kunskap om prevention av psykisk ohälsa under barn och ungdomsåren. Vi kan därför redan nu förverkliga en hel del goda förslag från Nationella psykiatrisamordningen. Varför vänta på nästa utredning?

ORDFÖRANDE

Bruno Hägglöf

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktor@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)

Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)

Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjoe@sl.se)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Annonser och material till:

redaktor@svenskpsykiatri.se

Cipralex® (escitalopram) är minst lika effektivt som SNRI och mer vältolererat vid behandling av depression.^{1-4*,}**



NYA DATA! En ny studie visar att Cipralex® är minst lika effektivt som Cymbalta® (duloxetin) vid behandling av depression.^{1*}

Dessutom visar två studier att Cipralex® är minst lika effektivt som Efexor® Depot (venlafaxin XR) vid depression.^{2-4**}

*) Jämförelserna avser Cipralex 10 mg/dag vs Cymbalta 60 mg/dag under 4 veckor. Därefter finns möjlighet att i enlighet med respektive produktresumé öka dosen för Cipralex till max 20 mg/dag medan Cymbalta bibehålles på rekommenderad dos 60 mg/dag. **) Jämförelsen avser Cipralex 10-20 mg/dag vs Efexor Depot 75-150 mg/dag samt Cipralex 20 mg/dag vs Efexor Depot 225 mg/dag (i den senare studien gjordes en snabbare upptitrering till Efexor Depot 225 mg än vad som anges i svensk SPC. En långsammare upptitrering skulle ha kunnat leda till färre avhopp och biverkningar i Efexor Depot-gruppen).

Cipralex®
escitalopram
Målet är remission

INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). DOSERING: 10-20 mg Cipralex en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter i förpackningar om 28 eller 98 tabletter. För vidare information se www.fass.se REFERENSER: [1] Jonas et al. Poster ACNP 2006. [2] Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacology 2006;21:297-309. [3] Bielski et al. J Clin Psychiatry 2004;65:1190-1196. [4] Montgomery et al. Neuropsychobiology 2004;50:57-64. H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. WWW.LUNDBECK.SE

Vi behöver kulturkompetens och transkulturell psykiatri i svensk sjukvård

Det svenska samhället har genomgått omfattande förändringar under de senaste tre decennierna och en av dessa, den ökande mångfalden som accelererat med globaliseringen, har inneburit stora konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Kulturkompetens har blivit allt mer erkänd som en nödvändighet för svensk sjukvårdspersonal. Särskilt har den psykiatriska vården ställts inför nya krav när patienter med språksvårigheter, annan kulturell bakgrund, ofta med traumatiska erfarenheter och som befinner sig i en anpassningsprocess ska utredas och behandlas. En optimal kommunikation, förståelse mellan patienten och behandlaren samt en god behandlingsfölsamhet är ett måste i den psykiatriska vården. En arbetsallians som inkluderar medkänsla, empati, ömsesidigt förtroende och målinriktning kräver att personalen har kulturkompetens och kunskaper i transkulturell psykiatri.

När patienten inte har några kunskaper om psykiatrin eller psykologin, när hans uppfattningar och föreställningar om fysiska och psykiska sjukdomar skiljer sig avsevärt från det västerländska tänkesättet är detta något som påverkar diagnosen, behandlingen och dess resultat. Kulturkompetens innebär att vara medveten om den egna kulturen och hur den påverkar våra egna attityder, värderingar, tankar och beteende. Grundläggande kunskaper om andra kulturer och hur dessa kan påverka sjukbeteendet och

benägenheten att söka hjälp. Det är viktigt att ha en lokal kännedom, det vill säga, kunskaper om och erfarenheter av de invandrar- och minoritetsgrupper som är aktuella i det egna sjukvårdsområdet: antal individer, åldersstruktur, könsfördelning, vistelsetid i Sverige, graden av anpassning till det svenska samhället och eventuell flyktningbakgrund.

Stark förankring i medicinsk vetenskap

Transkulturell psykiatri har utvecklats på några decennier från att vara fokuserad på att beskriva exotiska psykiska störningar i avlägsna länder (Culture-bound syndromes) till att studera hur sociala och kulturella faktorer kan bestämma, utlösa och påverka

psykisk ohälsa. Transkulturell psykiatri har förankrats starkt i den medicinska vetenskapen men med påverkan av de humanistiska vetenskaperna speciellt genom den så kallade biopsykosociala modellen. Den växande invandringen särskilt genom flyktingströmningarna och den snabba globaliseringen har bidragit till att psykisk ohälsa hos minoriteter uppmärksammas allt mer. Invandrare och flyktingar har ofta, men inte alltid en högre förekomst av psykiska ohälsa men de vänder sig i mindre utsträckning till den psykiatriska vården jämfört med majoritetsbefolkningen (ett undantag har dock varit asylsökande i Sverige som på grund av mottagningsprocessen och andra faktorer ofta har uppvisat en hög konsumtion av psykiatrisk vård) och de löper sannolikt en större risk att inte få den psykiatriska och psykologiska behandling som de har behov av. Om vanliga svenska patienter har svårigheter att kommunicera sina symtom och problem på grund av initiativlöshet, misstänksamhet och andra symtom som ingår i den psykiatriska störningen, är kommunikationshindren ännu större när det gäller invandrapatienter. 11 % av befolkningen i Sverige är född utomlands, många av dessa med en flyktningbakgrund.

66,4 % hade traumatisk bakgrund

I ett samarbetsprojekt mellan en specialistenhet för transkulturell psykiatri och flyktingtrauma vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och primärvården undersöktes primärvårdspatienter med flyktningbakgrund genom transkulturella psykiatriska konsultationer. Dessa ägde rum på tre vårdcentraler som remitterade flyktingpatienter med storkonsumtion av sjukvård och oklara symtombilder till konsultationerna. 66,4 % av dessa patienter hade en traumatisk bakgrund och som trots en mångårig kontakt med sin vård-



"De hade presenterat somatiska symptom, ofta smärttillstånd och vägrat remiss till psykiatrin då detta föreslogs"

central aldrig berättat för sin husläkare om sin erfarenheter från hemlandet. De flesta, 84,5 %, hade en psykiatrisk störning (ofta depression eller posttraumatiskt stressyndrom). De hade presenterat somatiska symptom, ofta smärttillstånd, och vägrat remiss till psykiatrin i de fall detta föreslogs. De var ofta missnöjda med sjukvården och deras behandlingsföljsamhet var låg

(projektrapport, ej publicerad).

Kunskaper om tolkanvändning och de aktuella gruppernas flyktningbakgrund det vill säga flyktingtrauma (diktatur och förtryck i hemlandet, krig eller frigörelse – självständighetskamp) och kultur (religion, erfarenheter av och attityder till västerländsk sjukvård, föreställningar om psykiska sjukdomar och behandling med mera) samt migrationsprocessen (flykt, vistelse i tredje land, asylprocess, anpassningsprocess) har varit nödvändiga för att få patientens förtroende och ställa diagnos samt motivera patienten till behandlingen.

Invandrarnas och flyktingarnas psykiska ohälsa bestäms i hög utsträckning av yttre faktorer som stressfaktorer på grund av kulturskillnader, anpassningssvårigheter och andra sociala faktorer samt tidigare traumatiska erfarenheter och därför är det möjligt och etiskt nödvändigt att bedriva förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter, både primärt och sekundärt.

Nationell psykiatrisamordning (SBU rapport 2006) har ansett att en uppsökande verksamhet för sjukvården bör finnas i varje landsting och kommun. Den ska kunna erbjuda snabba psykiatriska bedömningar och behandling i patientens närmiljö och samarbeta med socialtjänsten och andra vårdgivare. Vidare betonar man vikten av att landstingen och kommunerna säkerställer kontinuitet, samordning, kvalitet och helhetsperspektiv i de insatser som ges till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder.

Dessa riktlinjer som ter sig speciellt viktiga för tidig identifiering och diagnos samt effektiv behandling av invandrapatienter med psykiatriska vårdbehov. Psykiatrins tidiga insatser ska syfta till underlätta integrationen av flyktingarna i samhället med hälsa och livskvalitet. För att uppnå dessa mål behöver sjukvårdspersonal, speciellt inom den psykiatriska verksamheten utbildas i kulturkompetens och transkulturell psykiatri. I Europa finns det idag ett flertal projekt och initiativ för att utveckla en mångkulturell kompetens inom sjukvården på europeisk och nationell nivå. Akademiska sjukhuset i Uppsala har deltagit i ett sådant nätverk, Migrant Friendly Hospitals, tillsammans med 11 andra länder, sedan 2004. Nationella och regionella kunskapscentra behövs för att ut-

veckla metoder och utbildningsprogram.

Manuel Fernandez

Överläkare psykiatri Akademiska Sjukhuset Uppsala

För referenser

se www.svenskpsykiatri.se

Transkulturellt centrum i Stockholm

Andelen personer med utländsk bakgrund är cirka 15 % i Sverige. I många städer är andelen cirka 20 % och ofta koncentrerad till vissa stadsdelar. I Stockholm finns det ett exempel där 2/3 av befolkningen har utländsk bakgrund.

Den demografiska mångfalden är en utmaning för sjukvården. Speciellt inom psykiatrin behövs en kulturell kompetens för att trygga Hälso- och sjukvårdslagens princip om "vård på lika villkor för hela befolkningen". Kulturell kompetens och anpassade metoder behövs också för att vården skall vara effektiv samt för samarbete och "informed consent".

Transkulturellt Centrum har sedan 1998 verkat som ett kunskapscentrum inom Stockholms Läns Landsting med utbildning, konsultation och handledning inom transkulturell psykiatri och asyl- och flyktingsjukvård för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Centrets utbildningsprogram under våren 2007 innehåller bl a följande kurser:

Kulturella aspekter på psykos 22/3

(med Hans Ågren, Per Borgå, Kerstin Eiserman, Christina Dahlman och Helena Pettersson)

Identitet mellan kulturer 26/4

(med Alexandra Ålund, Mona Eliasson, Abdukadir Salad Ali och Salma Siddique)

Mera information om kurserna, om övriga kurser, om Centret samt om hur man söker till kurs finns på Centrets hemsida: <http://www.sll.se/transkulturelltcentrum>

Personer som inte arbetar inom SLL kan också söka till kurserna. Centret har haft deltagare från de övriga Nordiska länderna.

Transkulturellt Centrum ger ut ett gratis Nyhetsblad som sänds per e-post till dem som anmält intresse. Centret, som ligger vid S:t Görans sjukhus, har ett referensbibliotek.

Det finns centra för transkulturell psykiatri i de övriga Nordiska länderna och ett aktivt nätverks-samarbete mellan dessa:

Danmark: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri <http://www.videnscenter-for-transkulturel-psykiatri.dk>

Norge: Nasjonal kompetanseenhet for minoritets-helse <http://www.nakmi.no>

Finland: Tammerfors universitetet, kontakta Antti Pakaslahti antti.pakaslahti@univ.fimnet.fi

Henrik Wahlberg

Går det att arbeta psykoterapeutiskt med tolk?

Går det att arbeta psykoterapeutiskt med tolk? Ett försök att besvara frågan finns i den uppsats vi skrivit under steg II utbildning på Svenska Institutet för kognitiv psykoterapi. Uppsatsen är skriven i samarbete med Transkulturellt centrum i Stockholm.

Vi har belyst möjligheter och svårigheter i kognitiv psykoterapi med tolk. Uppsatsen består av en enkätundersökning, pilotintervjuer, en explorativ intervjuundersökning samt en litteraturstudie. Litteraturstudien avsåg att kartlägga området oberoende av teoretisk grund. Enkätundersökningen visade att det bland terapeuter som inte hade någon tolkanvändningserfarenhet i psykoterapier fanns föreställningar om svårigheter framförallt i direktkommunikationen då det finns en mellanlänk, tolken. Samtidigt ansåg de att användning av tolk skulle kunna vara en möjlighet för de som inte behärskade svenska språket. För många var detta att använda tolk i psykoterapi något de överhuvudtaget aldrig hade funderat på tidigare.

Intervjuundersökningen omfattade tio kognitiva terapeuter. Terapeuterna arbetade på traumacenter eller allmänpsykiatriska mottagningar. Med kunskap och erfarenhet såg terapeuterna betydligt fler möjligheter än svårigheter att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Viktigt var tolkontinuitet och att tolkarna socialiserades i arbetsmetoden. Kontroversiellt var kulturskillnadernas betydelse och tolkens roll som kulturförmedlare. Tempot blir långsammare och de flesta terapeuterna såg fördelar i detta. Terapi med tolk kan innebära att språkliga nyanser går förlorade men ökar friheten

i kommunikationen. Terapeuterna poängterade vikten av en bra matchning när det gällde könstillhörighet, etnicitet och religion mellan tolk och patient. Fungerade inte matchningen var det vanligaste att man bytte ut tolken. I intervjuerna framkom att tolken var en betydelsefull samarbetspartner till terapeuterna. En bra

tolk upplevdes i en del fall som en tillgång i terapiprocessen.

Att arbeta kognitivt i psykoterapi med tolk

Vi tycker att den kognitiva metoden är väl lämpad för psykoterapi med tolk. I vår studie har fokus kommit att ligga på arbetsprocessen. Kan det vara så att den kognitiva terapins struktur underlättar för en konstellation med tre? I kognitiv terapi arbetas det till övervägande del med det medvetna tankeinnehållet istället för med det omedvetna. Kan det innebära att det blir lättare att bedriva psykoterapi med tolk om fokus ligger på det medvetna som kan uttalas i rummet?

Tolk och terapeut samarbetar

Det verkar ändå vara mer som förenar än som åtskiljer olika psykoterapeutiska synsättet vid psykoterapi med tolk. Kanske är det för att samarbetsfrågorna blir så centrala. Vi har också fått intrycket att terapeuter som arbetar med tolk är kunniga i tolkanvändning och har en positiv inställning till att arbeta psykoterapeutiskt med tolk.

När vi utifrån vår nya kunskap om tolkanvändning har reflekterat över hur vi själva arbetat med tolk tidigare har vi fått skämmas. Vi har insett att vi hanterat tolken både respektlöst och med stora brister i samarbetet. Av vårt uppsatsarbete har vi blivit inspirerade till tolkanvändning och har reflekterat kring vad terapeuter bör tänka på vid psykoterapi med tolk.

En bra arbetsordning vore att terapeut och tolk inför ett samarbete i en psykoterapi har ett församtal för att de ömsesidigt ska socialiseras i varandras roller. Det kan också finnas behov att förbereda tolken inför en session om den kommer att innehålla känsliga ämnen eller paradoxala interventioner. Under terapins gång tycker vi att återkopplingen mellan patient, tolk och terapeut naturligt hamnar inom agendans ramar i kognitiv psykoterapi. Där kan den ingå i terapisessionens avslutande sammanfattning och utvärdering. Öppenhet mellan parterna tror vi gynnar terapiprocessen. Vid behov kan eftersamtal vara ett komplement för tolkens egna reaktioner på terapinnehållet.

"Med kunskap och erfarenhet såg terapeuterna betydligt mer möjligheter än svårigheter att arbeta med tolk"



**Marie Hagström
Mariana Grabos**



Depression har många ansikten.

En depression ger inte bara själsliga symtom. Sju av tio patienter som lider av depression söker läkarhjälp för somatiska symtom.¹

Cymbalta® är ett effektivt antidepressivt läkemedel, som har en god effekt på både de emotionella och somatiska symtomen vid depression.^{2,3}

Kan det vara orsaken till att så många patienter som behandlas med Cymbalta® når remission?⁴


Cymbalta®
duloxetine

hur depressionen än känns

Cymbalta® (duloxetine), N6AX21. För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60 mg en gång dagligen. För mer information, se www.fass.se. **Referenser:** 1. Simon GE, et al. NEJM 1999; 34:1329-35. 2. Detke MJ, et al. J Clin Psychiatry, 2002; 63: 308-15. 3. Nemeroff CB, et al. Psychopharm Bull 2002; 36: 106-32. 4. Thase ME, et al. Presented at the 156th Annual Meeting of the APA; San Francisco, CA; May 17-22, 2003. **Eli Lilly Sweden AB.** Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00. **Boehringer Ingelheim AB.** Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00.

När Irak faller sönder ställs svensk psykiatri inför nya utmaningar

Är våra psykiatriska vårdteam tillräckligt beredda på att möta de nya utmaningarna som det innebär att det nu kommer en ny våg av flyktingar som kommer från krigets Irak.

Ett av de viktiga kliniska områdena inom den transkulturella psykiatri (det som internationellt kallas för kulturell psykiatri idag) är att arbeta med migrationsrelaterade problem och dess verkan på den psykosociala hälsan. Det är känt att migration är en process som ofta är komplicerad och långvarig. Denna process medför ofta en rad olika förluster och separationer och kan förorsaka en mängd olika stressrelaterade upplevelser. Människor som kommer från krigshärjade områden har ytterligare faktorer som påverkar deras psykosociala hälsa. Trauman i samband med krigsoperationer, förluster av närstående personer inom familjen eller egendomar som människorna förlorar under kriget kan räknas in i de faktorer som påverkar individer och även hela familjer.

Under 2006 har vi noterat en ökad tillströmning av nya flyktingar från Irak. Enligt uppgifter har 8 951 irakier ansökt om asyl i Sverige under 2006, detta jämfört med 2 330 asylsökande irakier under 2005. Bara under slutet av året har fler än 3 000 sökt skydd i Sverige. Migrationsverket har på senare år beviljat över 7 000 irakier permanent uppehållstillstånd. Idag lever sålunda över 80 000 flyktingar av irakisk härkomst i Sverige, vilket gör dem till den näst största invandrargruppen i landet, efter finnar. Några av dessa kom med hela sin kärnfamilj men majoriteten av dem kom som enstaka medlemmar från familjer. Bland dessa finns även grupper av ensamma barn som skickats av sina familjer för att få uppehållstillstånd snarast möjligt och senare återförenas med de andra familjemedlemmarna som kommer hit.

Situationen inte förbättrad efter invasionen

De nyanlända flyktingarna med irakisk bakgrund uppvisar varierande klass- och socioekonomiska tillhörigheter. De skiljer sig även i utbildningsnivå samt arbets- och livserfarenheter. En del kommer från storstäder, andra från periferiella områden. Det som är gemensamt för denna grupp är att de alla flytt hemlandet p g a det ständigt närvarande och ökade hotet samt långvariga krigsaktiviteter i landet.

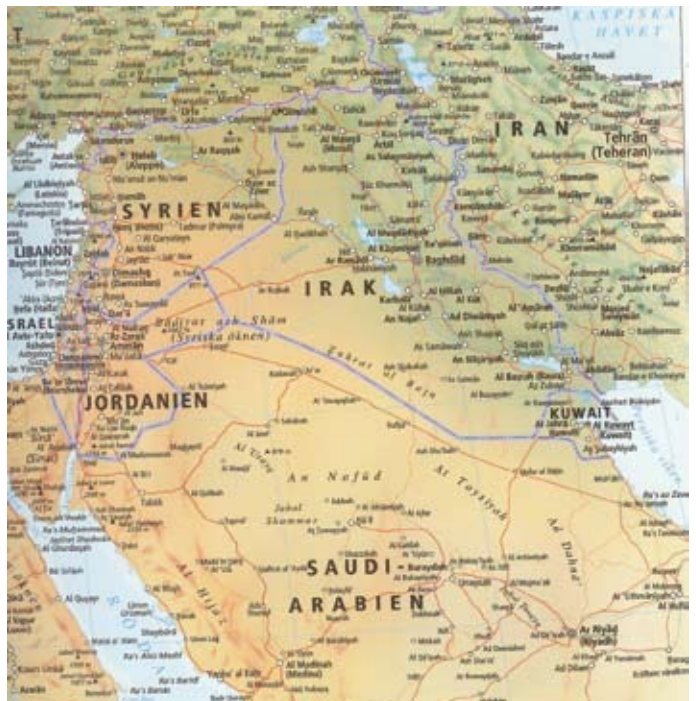
Den amerikanska invasionen av Irak 2003 resulterade i stora

förändringar i landet. Man störtade en regim som härskat i Irak i över tre decennier. Denna regim var totalitär och använde ter-

ror och massmord för att styra folk. Att Saddam Husseins regim föll kan ses som en fördelaktig konsekvens av den amerikanska invasionen. Men situationen har inte förbättrats efter detta. Misären har fortsatt och det är idag en inbördeskrigsliknande tillstånd som råder i Irak.

Att leva med terror och stress i över tre decennier

Det irakiska folket har lidit kraftigt under flera decennier p g a en diktator som använt terror och massmord som strategi för sitt



härskande. Denna diktator förtryckte inte bara sitt folk utan hotade även grannländerna. Saddam Hussein startade ett åtta års långt krig mot grannlandet Iran vilket resulterade i att över 1 miljon unga människor i båda länderna fick sätta livet till.

Efter detta blodiga krig invaderade Saddam Hussein grannlandet Kuwait, en handling som föranledde gemensamma och starkt fördömande reaktioner från världssamfundet. Ett flertal länder deltog i militära operationer mot den irakiska armén för att befria Kuwait. Krigsoperationerna 1991 slog hårt mot den irakiska infrastrukturen och satte praktiskt taget hela landet i ruiner.

Många samhälliga institutioner har inte kunnat fungera efter detta krig. I 13 år har det irakiska folket lidit av det politiska och socioekonomiska embargo som slagit ut landets resurser ytterligare. Sjukvårdssystemet blev en av de institutionerna som drabbades särskilt hårt. Vuxna och barn har inte kunnat få den vård och ser-

"Invånarna i Irak kom att förlora möjligheter till även den mest elementära vård de var i behov av"

vice som de varit i behov av. Många sjukhus har fått stängas pga. bristen på adekvata instrument och nödvändiga mediciner. Även skolsystemet har raserats. Många barn har fått sluta i skolan medan andra inte kunnat avsluta sin utbildning. Det bör tilläggas att landets hälso- och sjukvårdssystem var mycket framgångsrikt under 70-talet. Enligt FN:s rapport var Irak bland de första länder i regionen som garanterade alla medborgare gratis sjukvård och som hade utvecklat en relativ hög standard på den sociala service det erbjöd sina invånare. Redan på 60-talet infördes obligatorisk skolgång för alla barn. Analfabetismen bekämpades därmed markant under denna period.

Alla dessa insatser gick om intet i samband med kriget och den ansvarslösa politik som Saddams regim kom att utöva i samband med dessa. Invånarna i Irak kom att förlora möjligheter till även den mest elementära vård de var i behov av. Många operationer utfördes utan narkos. I vissa fall utförde man operationer under lokalbedövning, givetvis med dåligt resultat.

Den psykiatriska vården drabbades hårt av såväl kriget som det ekonomiska embargot. Många av de sjukhus som var rustade för att ta hand om patienter med psykiska funktionshinder har inte kunnat fortsätta sitt arbete pga. ekonomiska och andra svårigheter som landet kommit att lida av. Även de öppen-psykiatriska mottagningarna som öppnades i syfte att ta hand om krigsoffer och deras familjer har fått stängas igen. De människor som led av trauman och andra psykiska åkommor hade ingen möjlighet att söka hjälp och bearbeta dessa. Detta har gjort att man utvecklat primitiva folkliga metoder baserade på spirituella och religiösa grunder för att kunna hantera stress, spänning och nedstämdhet. Folk har börjat tillgripa olika gamla ritualer och behandlar genom dem psykisksjuka. Hit hör användning av amuletter och religiösa föreskrifter som skänker tröst och hjälper dem i hanteringen av deras problem. Dessa metoder ger givetvis inte någon positiv effekt på deras hälsa och hjälpa föga vid hanteringen av så djupa traumatiska upplevelser.

Med den amerikanska invasionen slogs de sista vårdinrättningarna i Irak ur funktion. Invasion har inte gett den förväntade stabiliteten & tryggheten och den utlovade återuppbyggnaden av landets infrastruktur har inte genomförts. Tvärtom har ett inbördeskrig blossat upp mellan religiösa och etniska grupper i samhället. Varje dag dödas cirka 100 personer och många explosioner gör att antalet skadade är oräkneliga. Under bara 3 år har mer än 600 000 irakier dödats p g a. amerikanernas och deras allierades närvaro men även p g a. inbördeskriget.

Massflykt och det internationella ansvaret

Situationen som beskrivits ovan har tvingat många irakier att fly från sina bostadsområden. Under de senaste tre åren har antalet interna flyktingar i Irak ökat kraftigt och denna process fortsätter även idag. För att rädda sina liv har vissa irakier lämna sina hem, egendomar, arbeten och även sitt land för att söka skydd i grannländer. Massutvandringen från Irak till grannländerna Syrien, Jordanien, Iran och Turkiet under senaste tre åren beräknas omfatta över två miljoner människor. Enligt FN:s rapporter har mer än 30 000 irakier sökt skydd i olika europeiska länder. Bland

dem har många sökt sig till Sverige. Tack vare den humana inställning som svenska regeringen visat har majoriteten av de irakiska sökandena beviljats uppehållstillstånd. Dessa humana insatser välkomnas med stor tacksamhet och uppskattning och gör den svenska regeringens till en förebild över hela världen. Utöver de mer än 7 000 beviljade uppehållstillstånden under 2006 förväntas, antalet irakiska flyktingar öka stadigt dels p g a. nyanlända flyktingar och dels p g a. återföreningar mellan de som fått uppehållstillstånd och deras familjer.

Sverige och den nya vågen av flyktingar

Beskrivningen ovan väcker frågor hos oss. Visserligen är den humana inställningen som Sverige visar gentemot irakiska flyktingar positiv och räknas som ett föredömligt internationellt åtagande som räddar människor i behov av skydd och stöd. Men frågan är om de samhälleliga institutionerna verkligen är beredda att ta ansvar och hjälpa dessa människor som nyligen kommer hit? Den psykiatriska vården är mycket viktig vad gäller omhändertagandet av de flyktingar som har med sig långvariga lidanden utan att ha fått chansen att bearbeta detta. Så frågan är om vi inom vård-

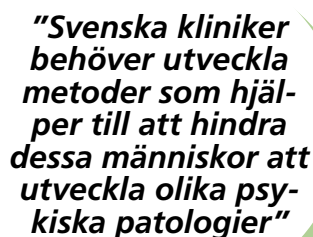
systemet i allmänhet, och psykiatrin i synnerhet, besitter den kapacitet, beredskap och de kunskaper som krävs för att kunna arbeta med dessa individer?

Vi på Orient Hälsan har redan noterat stort och varierande problem som de nyanlända irakierna uppvisar i kontakten med våra specialister. Människor uppvisar symptom på individbasis men dessa symptom behöver inte bara vara av psykiatrisk karaktär utan är ofta en kombination av sociala, psykosociala, somatiska och psykosomatiska symptombilder. Symptomen är karaktäristiska för långvarig

stress och upplevelser av kriget.

Allt detta kräver förberedelse från den psykiatriska vården och resterande samhälleliga institutioner, däribland socialtjänsten och skolan, så att de kan möta dessa människors behov och de brister de behöver arbeta med. Problemen som finns hos dessa nyanlända irakier är mycket varierande i sin karaktär och intensitet men generellt kan man säga att dessa individer ofta är utmattade och har en mängd problem som ofta är svåra för dem att beskriva i ord. Även de som inte direkt har drabbats av regimen har levt med terror, otrygghet och instabilitet som rädde överallt i Irak. Sådana situationer sätter vanligtvis djupa spår i människans sätt att hantera livet.

Många av oss som arbetar på Orient Hälsan kommer ursprungligen från mellanöstern och jag har själv som irakier och kliniker noterat att de nyanlända irakierna tagit med sig uppgifter och nyheter till det terapeutiska rummet som varit mycket skakande. Detta trots att jag redan varit insatt i de problem som landet drabbats av. Jag anser att svenska kliniker och forskare i samarbete behöver utveckla metoder som hjälper till att hindra dessa människor att utveckla olika psykiska patologier. Detta kräver att vi agerar i god tid och innebära att vi arbetar delvis i förebyggande syfte. Både inom vuxen- och i barn- och ungdomspsykiatrin behöver vi på ett tidigt stadium i hand i hand med många andra institutioner i samhället, såsom Migrationsverket, skolan och social-



***"Svenska kliniker
behöver utveckla
metoder som hjälper
till att hindra
dessa människor att
utveckla olika psy-
kiska patologier"***

tjänsten, upptäcka och konstatera de behov som dessa människor har i sina mentala adaptationer till samhället.

Instabil uppväxt ger utmaningar för BUP

En ny utmaning möter barn- och ungdomspsykiatri i mötet med de många irakiska barn som kommit till Sverige, ensamma eller tillsammans med sina familjer. De har lidit oerhört av en uppväxt präglad av instabilitet och otrygghet. Barn reagerar annorlunda



på stress än vuxna. De kan uppleva stressen som en del av vardagen vilket påverkar deras självbild och skadar förtroendet till omgivningen. Det vardagliga dödanget, de överhängande dödshoten och explosioner har för många irakiska barn varit vardagliga händelser som de levt med under sin uppväxt. Detta leverne påverkar kontakten till andra människor, koncentrationen och beredskapen för att känna oro, samtidigt som förmågan att anpassa sig till ordning och regler sätts ur spel

I och med att skolan inte fungerat i hemlandet har irakiska barn inte fått den undervisning som de varit berättigade till. Irakiska barns kunskapsnivå motsvarar därmed inte deras biologiska ålder. Detta ställer skolan inför nya utmaningar som bör kartlägga barnens kunskapsnivå så tidigt som möjligt och erbjuda utbildning som anpassats till barnens kunskapsnivå snarare än deras ålder.

Barn- och ungdomspsykiatri behöver i samarbete med socialtjänsten samt skolan utarbeta metoder för att lättare göra denna kartläggning. De barn som anses som missanpassade till de regelsystem som finns i samhället eller skolan bör komma att bedömas med hänsyn till de bristande omständigheter som de vuxit upp i. Dessa barn har ofta fått kämpa hårt för att överleva sin vardag. Att gå till skolan i krigshärjade områdena har inte varit en lätt uppgift. Dessa barn har ofta varit rädda för att de inte ska få komma tillbaka hem från skolan. Risken att dö i en explosion eller kidnappas har alltid varit överhängande. Detta har lett till att barnen utvecklat olika strategier för att kunna klara sin vardag.

Orient Hälsan har arbetat med ett fall där ett 10-årigt barn inte gick ut från klassrummet under rasterna samt ibland gick och gömde sig på toaletterna. Detta beteende oroade läraren som kontaktade Orient Hälsan. I samtal med barnet kunde man konstatera att barnet var rädd för att gå ut på skolgården eftersom han mindes skolgården i hemlandet som en mycket farlig plats där granater kunde falla. Sådana upplevelser sätter djupa spår i barnens utveckling och kräver uppmärksamhet och adekvat utbildning av den som arbetar med sådana barn.

Det svenska permanenta uppehållstillståndet ger de nyanlända

irakierna känslan av säkerhet och trygghet som de hade saknat i hemlandet. Dessa känslor är positiva om än ofta blandade med känslan av skuld och tvivel. Man lever här men ens vardag präglas helt av information om det som händer i hemlandet. Man utvecklar skuldkänslor för den i hemlandet kvarvarande släkten och andra vänner och kompisar som lider av de oroligheter och befinner sig i den vardagliga faran. Ankomsten till Sverige ställer dem också inför en naturlig fråga om framtiden. De undrar om de kommer att klara av de sociala och arbetsmässiga kraven som ställs på dem i det nya landet. Allt detta kan försvåra individens psykosociala hälsotillstånd och behöver tas på allvar vid bedömningar och behandlingar av dessa människor.

Nödvändigt med ständig uppdatering

Den bild som ges av situationen ovan behöver inte betyda att de nyankomna irakierna enbart utgör problem. Många av dessa människor har stora sociala resurser, livserfarenheter och yrkeskompetens som bör kartläggas av deras mottagarland. En aktiv anpassning som bidrar till dessa människors snabba deltagande i det nya landets sociala och yrkesmässiga liv är en garant för ett minskande av de negativa effekterna av deras tidigare traumatiska upplevelser. En allsidig (social, och psykiatrisk) hjälp med djup kännedom om de mångfald av problem dessa människor bär med sig kan ge bra behandlingsresultat.

Avslutningsvis vill jag med denna artikel påminna om att transkulturella aspekter inom vården kräver en ständig uppdatering av personalens kunskapsnivå, detta med hänsynstagande till de förändringar som skär genom den demografiska bilden i landet. Transkulturell psykiatri startade på 50-talet som en resa i de exotiska symptombilder som de amerikanska och europeiska läkare och forskare upplevde i samband med deras resor till asiatiska och afrikanska länder. Transkulturell psykiatri handlar mer idag om att hitta ett sätt att förstå och behandla människor som har emigrerat till vårt land och som i sin bagage har svåra minnen av krig och andra traumatiska upplevelser. Dessa människor lever idag i samma bostadsområden som oss och delar livet på samma villkor som oss och de är klienter i samma system som oss. Migrationen har flyttat människor närmare varandra och därmed har utmaningarna blivit större. Irakiska flyktingar var objekten för föreliggande artikel men frågan skulle kunna gälla även andra flyktingar som söker skydd i Sverige från olika delar av världen.

Frågan är nu, om vi är beredda att ta oss an nya utmaningar och om vi kan utveckla vårt arbete på så sätt som krävs för att vi ska kunna hantera de utmaningar som våra flyktingar ställer oss inför?

Riyadh Al-Baldawi

Psykiater Leg. Psykoterapeut

Verksamhetschef och Medicinskt ansvarig för Orient Hälsan

"Migrationen har flyttat människor närmare varandra och därmed har utmaningarna blivit större"

SIMON PRATAR OM DET STORA GENOMBROTET. MED RÄTT BEHANDLING KAN DU FÅ HONOM ATT KÄNNA SIG TILLFREDS MED VERKLIGHETEN.



Effektivt vid akut manisk episod^{1,3}

Bred symtomlindring^{1,4,5}

Goda behandlingserfarenheter^{1,3,5}

SE TILL HELA DIN PATIENT. SEROQUEL® HJÄLPER DIG – IDAG OCH IMORGON^{1,2}.

Seroquel erbjuder förbättring av ett brett spektrum av maniska och psykotiska symtom i den akuta maniska fasen. Patienten blir hjälpt både under det initiala skedet och den fortsatta akuta maniska episoden^{1,3}.

Idag är Seroquel ett av de snabbast växande atypiska antipsykotiska läkemedlen i världen⁶.

SEROQUEL® – VID SCHIZOFRENI OCH BIPOLÄR MANI

 **Seroquel**[®]
quetiapin

IDAG OCH IMORGON^{1,2}

AstraZeneca Sverige AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.psykiatriinfo.se

1. Vieta E et al. Curr Med Res Opin. 2005;21(6):923-34. Sammanslagning av registreringsstudier vid akut manisk episod över 84 dagar. 2. Kasper S et al. Int Clin Psychopharmacol 2004;19:281-9. Öppen förlängningsstudie av fyra fas II studier vid schizofreni över fyra år. 3. Yatham L et al. J Clin Psychopharmacol 2004;24:559-606. 4. McIntyre et al. Poster presenterad på APA, New York, 2004. 5. Sachs G et al. Bipolar Disorders 2004; 6: 213-23. 6. IMS Health, MIDAS, All Countries, Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004. IMS Health, MIDAS, European Countries (22 countries), Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004.

Seroquel®, 25 mg, 100 mg, 300 mg, 600 mg, 800 mg, 1200 mg, 1600 mg, 2000 mg, 2400 mg, 3000 mg, 3600 mg, 4200 mg, 4800 mg, 5400 mg, 6000 mg, 6600 mg, 7200 mg, 7800 mg, 8400 mg, 9000 mg, 9600 mg, 10200 mg, 10800 mg, 11400 mg, 12000 mg, 12600 mg, 13200 mg, 13800 mg, 14400 mg, 15000 mg, 15600 mg, 16200 mg, 16800 mg, 17400 mg, 18000 mg, 18600 mg, 19200 mg, 19800 mg, 20400 mg, 21000 mg, 21600 mg, 22200 mg, 22800 mg, 23400 mg, 24000 mg, 24600 mg, 25200 mg, 25800 mg, 26400 mg, 27000 mg, 27600 mg, 28200 mg, 28800 mg, 29400 mg, 30000 mg, 30600 mg, 31200 mg, 31800 mg, 32400 mg, 33000 mg, 33600 mg, 34200 mg, 34800 mg, 35400 mg, 36000 mg, 36600 mg, 37200 mg, 37800 mg, 38400 mg, 39000 mg, 39600 mg, 40200 mg, 40800 mg, 41400 mg, 42000 mg, 42600 mg, 43200 mg, 43800 mg, 44400 mg, 45000 mg, 45600 mg, 46200 mg, 46800 mg, 47400 mg, 48000 mg, 48600 mg, 49200 mg, 49800 mg, 50400 mg, 51000 mg, 51600 mg, 52200 mg, 52800 mg, 53400 mg, 54000 mg, 54600 mg, 55200 mg, 55800 mg, 56400 mg, 57000 mg, 57600 mg, 58200 mg, 58800 mg, 59400 mg, 60000 mg, 60600 mg, 61200 mg, 61800 mg, 62400 mg, 63000 mg, 63600 mg, 64200 mg, 64800 mg, 65400 mg, 66000 mg, 66600 mg, 67200 mg, 67800 mg, 68400 mg, 69000 mg, 69600 mg, 70200 mg, 70800 mg, 71400 mg, 72000 mg, 72600 mg, 73200 mg, 73800 mg, 74400 mg, 75000 mg, 75600 mg, 76200 mg, 76800 mg, 77400 mg, 78000 mg, 78600 mg, 79200 mg, 79800 mg, 80400 mg, 81000 mg, 81600 mg, 82200 mg, 82800 mg, 83400 mg, 84000 mg, 84600 mg, 85200 mg, 85800 mg, 86400 mg, 87000 mg, 87600 mg, 88200 mg, 88800 mg, 89400 mg, 90000 mg, 90600 mg, 91200 mg, 91800 mg, 92400 mg, 93000 mg, 93600 mg, 94200 mg, 94800 mg, 95400 mg, 96000 mg, 96600 mg, 97200 mg, 97800 mg, 98400 mg, 99000 mg, 99600 mg, 100200 mg, 100800 mg, 101400 mg, 102000 mg, 102600 mg, 103200 mg, 103800 mg, 104400 mg, 105000 mg, 105600 mg, 106200 mg, 106800 mg, 107400 mg, 108000 mg, 108600 mg, 109200 mg, 109800 mg, 110400 mg, 111000 mg, 111600 mg, 112200 mg, 112800 mg, 113400 mg, 114000 mg, 114600 mg, 115200 mg, 115800 mg, 116400 mg, 117000 mg, 117600 mg, 118200 mg, 118800 mg, 119400 mg, 120000 mg, 120600 mg, 121200 mg, 121800 mg, 122400 mg, 123000 mg, 123600 mg, 124200 mg, 124800 mg, 125400 mg, 126000 mg, 126600 mg, 127200 mg, 127800 mg, 128400 mg, 129000 mg, 129600 mg, 130200 mg, 130800 mg, 131400 mg, 132000 mg, 132600 mg, 133200 mg, 133800 mg, 134400 mg, 135000 mg, 135600 mg, 136200 mg, 136800 mg, 137400 mg, 138000 mg, 138600 mg, 139200 mg, 139800 mg, 140400 mg, 141000 mg, 141600 mg, 142200 mg, 142800 mg, 143400 mg, 144000 mg, 144600 mg, 145200 mg, 145800 mg, 146400 mg, 147000 mg, 147600 mg, 148200 mg, 148800 mg, 149400 mg, 150000 mg, 150600 mg, 151200 mg, 151800 mg, 152400 mg, 153000 mg, 153600 mg, 154200 mg, 154800 mg, 155400 mg, 156000 mg, 156600 mg, 157200 mg, 157800 mg, 158400 mg, 159000 mg, 159600 mg, 160200 mg, 160800 mg, 161400 mg, 162000 mg, 162600 mg, 163200 mg, 163800 mg, 164400 mg, 165000 mg, 165600 mg, 166200 mg, 166800 mg, 167400 mg, 168000 mg, 168600 mg, 169200 mg, 169800 mg, 170400 mg, 171000 mg, 171600 mg, 172200 mg, 172800 mg, 173400 mg, 174000 mg, 174600 mg, 175200 mg, 175800 mg, 176400 mg, 177000 mg, 177600 mg, 178200 mg, 178800 mg, 179400 mg, 180000 mg, 180600 mg, 181200 mg, 181800 mg, 182400 mg, 183000 mg, 183600 mg, 184200 mg, 184800 mg, 185400 mg, 186000 mg, 186600 mg, 187200 mg, 187800 mg, 188400 mg, 189000 mg, 189600 mg, 190200 mg, 190800 mg, 191400 mg, 192000 mg, 192600 mg, 193200 mg, 193800 mg, 194400 mg, 195000 mg, 195600 mg, 196200 mg, 196800 mg, 197400 mg, 198000 mg, 198600 mg, 199200 mg, 199800 mg, 200400 mg, 201000 mg, 201600 mg, 202200 mg, 202800 mg, 203400 mg, 204000 mg, 204600 mg, 205200 mg, 205800 mg, 206400 mg, 207000 mg, 207600 mg, 208200 mg, 208800 mg, 209400 mg, 210000 mg, 210600 mg, 211200 mg, 211800 mg, 212400 mg, 213000 mg, 213600 mg, 214200 mg, 214800 mg, 215400 mg, 216000 mg, 216600 mg, 217200 mg, 217800 mg, 218400 mg, 219000 mg, 219600 mg, 220200 mg, 220800 mg, 221400 mg, 222000 mg, 222600 mg, 223200 mg, 223800 mg, 224400 mg, 225000 mg, 225600 mg, 226200 mg, 226800 mg, 227400 mg, 228000 mg, 228600 mg, 229200 mg, 229800 mg, 230400 mg, 231000 mg, 231600 mg, 232200 mg, 232800 mg, 233400 mg, 234000 mg, 234600 mg, 235200 mg, 235800 mg, 236400 mg, 237000 mg, 237600 mg, 238200 mg, 238800 mg, 239400 mg, 240000 mg, 240600 mg, 241200 mg, 241800 mg, 242400 mg, 243000 mg, 243600 mg, 244200 mg, 244800 mg, 245400 mg, 246000 mg, 246600 mg, 247200 mg, 247800 mg, 248400 mg, 249000 mg, 249600 mg, 250200 mg, 250800 mg, 251400 mg, 252000 mg, 252600 mg, 253200 mg, 253800 mg, 254400 mg, 255000 mg, 255600 mg, 256200 mg, 256800 mg, 257400 mg, 258000 mg, 258600 mg, 259200 mg, 259800 mg, 260400 mg, 261000 mg, 261600 mg, 262200 mg, 262800 mg, 263400 mg, 264000 mg, 264600 mg, 265200 mg, 265800 mg, 266400 mg, 267000 mg, 267600 mg, 268200 mg, 268800 mg, 269400 mg, 270000 mg, 270600 mg, 271200 mg, 271800 mg, 272400 mg, 273000 mg, 273600 mg, 274200 mg, 274800 mg, 275400 mg, 276000 mg, 276600 mg, 277200 mg, 277800 mg, 278400 mg, 279000 mg, 279600 mg, 280200 mg, 280800 mg, 281400 mg, 282000 mg, 282600 mg, 283200 mg, 283800 mg, 284400 mg, 285000 mg, 285600 mg, 286200 mg, 286800 mg, 287400 mg, 288000 mg, 288600 mg, 289200 mg, 289800 mg, 290400 mg, 291000 mg, 291600 mg, 292200 mg, 292800 mg, 293400 mg, 294000 mg, 294600 mg, 295200 mg, 295800 mg, 296400 mg, 297000 mg, 297600 mg, 298200 mg, 298800 mg, 299400 mg, 300000 mg, 300600 mg, 301200 mg, 301800 mg, 302400 mg, 303000 mg, 303600 mg, 304200 mg, 304800 mg, 305400 mg, 306000 mg, 306600 mg, 307200 mg, 307800 mg, 308400 mg, 309000 mg, 309600 mg, 310200 mg, 310800 mg, 311400 mg, 312000 mg, 312600 mg, 313200 mg, 313800 mg, 314400 mg, 315000 mg, 315600 mg, 316200 mg, 316800 mg, 317400 mg, 318000 mg, 318600 mg, 319200 mg, 319800 mg, 320400 mg, 321000 mg, 321600 mg, 322200 mg, 322800 mg, 323400 mg, 324000 mg, 324600 mg, 325200 mg, 325800 mg, 326400 mg, 327000 mg, 327600 mg, 328200 mg, 328800 mg, 329400 mg, 330000 mg, 330600 mg, 331200 mg, 331800 mg, 332400 mg, 333000 mg, 333600 mg, 334200 mg, 334800 mg, 335400 mg, 336000 mg, 336600 mg, 337200 mg, 337800 mg, 338400 mg, 339000 mg, 339600 mg, 340200 mg, 340800 mg, 341400 mg, 342000 mg, 342600 mg, 343200 mg, 343800 mg, 344400 mg, 345000 mg, 345600 mg, 346200 mg, 346800 mg, 347400 mg, 348000 mg, 348600 mg, 349200 mg, 349800 mg, 350400 mg, 351000 mg, 351600 mg, 352200 mg, 352800 mg, 353400 mg, 354000 mg, 354600 mg, 355200 mg, 355800 mg, 356400 mg, 357000 mg, 357600 mg, 358200 mg, 358800 mg, 359400 mg, 360000 mg, 360600 mg, 361200 mg, 361800 mg, 362400 mg, 363000 mg, 363600 mg, 364200 mg, 364800 mg, 365400 mg, 366000 mg, 366600 mg, 367200 mg, 367800 mg, 368400 mg, 369000 mg, 369600 mg, 370200 mg, 370800 mg, 371400 mg, 372000 mg, 372600 mg, 373200 mg, 373800 mg, 374400 mg, 375000 mg, 375600 mg, 376200 mg, 376800 mg, 377400 mg, 378000 mg, 378600 mg, 379200 mg, 379800 mg, 380400 mg, 381000 mg, 381600 mg, 382200 mg, 382800 mg, 383400 mg, 384000 mg, 384600 mg, 385200 mg, 385800 mg, 386400 mg, 387000 mg, 387600 mg, 388200 mg, 388800 mg, 389400 mg, 390000 mg, 390600 mg, 391200 mg, 391800 mg, 392400 mg, 393000 mg, 393600 mg, 394200 mg, 394800 mg, 395400 mg, 396000 mg, 396600 mg, 397200 mg, 397800 mg, 398400 mg, 399000 mg, 399600 mg, 400200 mg, 400800 mg, 401400 mg, 402000 mg, 402600 mg, 403200 mg, 403800 mg, 404400 mg, 405000 mg, 405600 mg, 406200 mg, 406800 mg, 407400 mg, 408000 mg, 408600 mg, 409200 mg, 409800 mg, 410400 mg, 411000 mg, 411600 mg, 412200 mg, 412800 mg, 413400 mg, 414000 mg, 414600 mg, 415200 mg, 415800 mg, 416400 mg, 417000 mg, 417600 mg, 418200 mg, 418800 mg, 419400 mg, 420000 mg, 420600 mg, 421200 mg, 421800 mg, 422400 mg, 423000 mg, 423600 mg, 424200 mg, 424800 mg, 425400 mg, 426000 mg, 426600 mg, 427200 mg, 427800 mg, 428400 mg, 429000 mg, 429600 mg, 430200 mg, 430800 mg, 431400 mg, 432000 mg, 432600 mg, 433200 mg, 433800 mg, 434400 mg, 435000 mg, 435600 mg, 436200 mg, 436800 mg, 437400 mg, 438000 mg, 438600 mg, 439200 mg, 439800 mg, 440400 mg, 441000 mg, 441600 mg, 442200 mg, 442800 mg, 443400 mg, 444000 mg, 444600 mg, 445200 mg, 445800 mg, 446400 mg, 447000 mg, 447600 mg, 448200 mg, 448800 mg, 449400 mg, 450000 mg, 450600 mg, 451200 mg, 451800 mg, 452400 mg, 453000 mg, 453600 mg, 454200 mg, 454800 mg, 455400 mg, 456000 mg, 456600 mg, 457200 mg, 457800 mg, 458400 mg, 459000 mg, 459600 mg, 460200 mg, 460800 mg, 461400 mg, 462000 mg, 462600 mg, 463200 mg, 463800 mg, 464400 mg, 465000 mg, 465600 mg, 466200 mg, 466800 mg, 467400 mg, 468000 mg, 468600 mg, 469200 mg, 469800 mg, 470400 mg, 471000 mg, 471600 mg, 472200 mg, 472800 mg, 473400 mg, 474000 mg, 474600 mg, 475200 mg, 475800 mg, 476400 mg, 477000 mg, 477600 mg, 478200 mg, 478800 mg, 479400 mg, 480000 mg, 480600 mg, 481200 mg, 481800 mg, 482400 mg, 483000 mg, 483600 mg, 484200 mg, 484800 mg, 485400 mg, 486000 mg, 486600 mg, 487200 mg, 487800 mg, 488400 mg, 489000 mg, 489600 mg, 490200 mg, 490800 mg, 491400 mg, 492000 mg, 492600 mg, 493200 mg, 493800 mg, 494400 mg, 495000 mg, 495600 mg, 496200 mg, 496800 mg, 497400 mg, 498000 mg, 498600 mg, 499200 mg, 499800 mg, 500400 mg, 501000 mg, 501600 mg, 502200 mg, 502800 mg, 503400 mg, 504000 mg, 504600 mg, 505200 mg, 505800 mg, 506400 mg, 507000 mg, 507600 mg, 508200 mg, 508800 mg, 509400 mg, 510000 mg, 510600 mg, 511200 mg, 511800 mg, 512400 mg, 513000 mg, 513600 mg, 514200 mg, 514800 mg, 515400 mg, 516000 mg, 516600 mg, 517200 mg, 517800 mg, 518400 mg, 519000 mg, 519600 mg, 520200 mg, 520800 mg, 521400 mg, 522000 mg, 522600 mg, 523200 mg, 523800 mg, 524400 mg, 525000 mg, 525600 mg, 526200 mg, 526800 mg, 527400 mg, 528000 mg, 528600 mg, 529200 mg, 529800 mg, 530400 mg, 531000 mg, 531600 mg, 532200 mg, 532800 mg, 533400 mg, 534000 mg, 534600 mg, 535200 mg, 535800 mg, 536400 mg, 537000 mg, 537600 mg, 538200 mg, 538800 mg, 539400 mg, 540000 mg, 540600 mg, 541200 mg, 541800 mg, 542400 mg, 543000 mg, 543600 mg, 544200 mg, 544800 mg, 545400 mg, 546000 mg, 546600 mg, 547200 mg, 547800 mg, 548400 mg, 549000 mg, 549600 mg, 550200 mg, 550800 mg, 551400 mg, 552000 mg, 552600 mg, 553200 mg, 553800 mg, 554400 mg, 555000 mg, 555600 mg, 556200 mg, 556800 mg, 557400 mg, 558000 mg, 558600 mg, 559200 mg, 559800 mg, 560400 mg, 561000 mg, 561600 mg, 562200 mg, 562800 mg, 563400 mg, 564000 mg, 564600 mg, 565200 mg, 565800 mg, 566400 mg, 567000 mg, 567600 mg, 568200 mg, 568800 mg, 569400 mg, 570000 mg, 570600 mg, 571200 mg, 571800 mg, 572400 mg, 573000 mg, 573600 mg, 574200 mg, 574800 mg, 575400 mg, 576000 mg, 576600 mg, 577200 mg, 577800 mg, 578400 mg, 579000 mg, 579600 mg, 580200 mg, 580800 mg, 581400 mg, 582000 mg, 582600 mg, 583200 mg, 583800 mg, 584400 mg, 585000 mg, 585600 mg, 586200 mg, 586800 mg, 587400 mg, 588000 mg, 588600 mg, 589200 mg, 589800 mg, 590400 mg, 591000 mg, 591600 mg, 592200 mg, 592800 mg, 593400 mg, 594000 mg, 594600 mg, 595200 mg, 595800 mg, 596400 mg, 597000 mg, 597600 mg, 598200 mg, 598800 mg, 599400 mg, 600000 mg, 600600 mg, 601200 mg, 601800 mg, 602400 mg, 603000 mg, 603600 mg, 604200 mg, 604800 mg, 605400 mg, 606000 mg, 606600 mg, 607200 mg, 607800 mg, 608400 mg, 609000 mg, 609600 mg, 610200 mg, 610800 mg, 611400 mg, 612000 mg, 612600 mg, 613200 mg, 613800 mg, 614400 mg, 615000 mg, 615600 mg, 616200 mg, 616800 mg, 617400 mg, 618000 mg, 618600 mg, 619200 mg, 619800 mg, 620400 mg, 621000 mg, 621600 mg, 622200 mg, 622800 mg, 623400 mg, 624000 mg, 624600 mg, 625200 mg, 625800 mg, 626400 mg, 627000 mg, 627600 mg, 628200 mg, 628800 mg, 629400 mg, 630000 mg, 630600 mg, 631200 mg, 631800 mg, 632400 mg, 633000 mg, 633600 mg, 634200 mg, 634800 mg, 635400 mg, 636000 mg, 636600 mg, 637200 mg, 637800 mg, 638400 mg, 639000 mg, 639600 mg, 640200 mg, 640800 mg, 641400 mg, 642000 mg, 642600 mg, 643200 mg, 643800 mg, 644400 mg, 645000 mg, 645600 mg, 646200 mg, 646800 mg, 647400 mg, 648000 mg, 648600 mg, 649200 mg, 649800 mg, 650400 mg, 651000 mg, 651600 mg, 652200 mg, 652800 mg, 653400 mg, 654000 mg, 654600 mg, 655200 mg, 655800 mg, 656400 mg, 657000 mg, 657600 mg, 658200 mg, 658800 mg, 659400 mg, 660000 mg, 660600 mg, 661200 mg, 661800 mg, 662400 mg, 663000 mg, 663600 mg, 664200 mg, 664800 mg, 665400 mg, 666000 mg, 666600 mg, 667200 mg, 667800 mg, 668400 mg, 669000 mg, 669600 mg, 670200 mg, 670800 mg, 671400 mg, 672000 mg, 672600 mg, 673200 mg, 673800 mg, 674400 mg, 675000 mg, 675600 mg, 676200 mg, 676800 mg, 677400 mg, 678000 mg, 678600 mg, 679200 mg, 679800 mg, 680400 mg, 681000 mg, 681600 mg, 682200 mg, 682800 mg, 683400 mg, 684000 mg, 684600 mg, 685200 mg, 685800 mg, 686400 mg, 687000 mg, 687600 mg, 688200 mg, 688800 mg, 689400 mg, 690000 mg, 690600 mg, 691200 mg, 691800 mg, 692400 mg, 693000 mg, 693600 mg, 694200 mg, 694800 mg, 695400 mg, 696000 mg, 696600 mg, 697200 mg, 697800 mg, 698400 mg, 699000 mg, 699600 mg, 700200 mg, 700800 mg, 701400 mg, 702000 mg, 702600 mg, 703200 mg, 703800 mg, 704400 mg, 705000 mg, 705600 mg, 706200 mg, 706800 mg, 707400 mg, 708000 mg, 708600 mg, 709200 mg, 709800 mg, 710400 mg, 711000 mg, 711600 mg, 712200 mg, 712800 mg, 713400 mg, 714000 mg, 714600 mg, 715200 mg, 715800 mg, 716400 mg, 717000 mg, 717600 mg, 718200 mg, 718800 mg, 719400 mg, 720000 mg, 720600 mg, 721200 mg, 721800 mg, 722400 mg, 723000 mg, 723600 mg, 724200 mg, 724800 mg, 725400 mg, 726000 mg, 726600 mg, 727200 mg, 727800 mg, 728400 mg, 729000 mg, 729600 mg, 730200 mg, 730800 mg, 731400 mg, 732000 mg, 732600 mg, 733200 mg, 733800 mg, 734400 mg, 735000 mg, 735600 mg, 736200 mg, 736800 mg, 737400 mg, 738000 mg, 738600 mg, 739200 mg, 739800 mg, 740400 mg, 741000 mg, 741600 mg, 742200 mg, 742800 mg, 743400 mg, 744000 mg, 744600 mg, 745200 mg, 745800 mg, 746400 mg, 747000 mg, 747600 mg, 748200 mg, 748800 mg, 749400 mg, 750000 mg, 750600 mg, 751200 mg, 751800 mg, 752400 mg, 753000 mg, 753600 mg, 754200 mg, 754800 mg, 755400 mg, 756000 mg, 756600 mg, 757200 mg, 757800 mg, 758400 mg, 759000 mg, 759600 mg,

Svensk rättspsykiatri – dags för en internationalisering

I och med att Sverige övergår till att bli ett mångkulturellt samhälle blir allt fler patienter och arbetskamrater annorlunda, spännande och svårare att förstå sig på. På den politiska och marknadsekonomiska nivån finns en uttalad vilja att öka människors och varors rörlighet över alla gränser och särskilt i Europa har harmoniseringen av politiska, administrativa och ekonomiska system gått med en rasande fart.

Till skillnad från de gamla invandrarländerna som USA, Australien och Nya Zeeland, finns det i Sverige inte samma beredskap att se utländskt inflytande som ett berikande för vårt samhälle. Den vita, västerländska livsstilen är normen mot vilket allt annat speglas. Ändå lever nog det västerländska samhället på övertid; det torde bara vara en tidsfråga innan de nya ekonomierna i tredje världen sätter dagordningen för alla oss andra. Likt Riddarhusets adelskap blir västvärldens kultur enbart av historiskt och pittoreskt intresse i ett globalt perspektiv.

Beslutsfattare vill likrikta

För den svenska rättspsykiatris del är internationaliseringsfrågan mer begränsad för i dagsläget gäller det att vänja sig vid att interaktionen med Europa blir allt viktigare. Läkare och andra har rätt att röra sig fritt över EU:s gränser, beslutsfattare kommer att vilja likrikta systemen för att hantera lagöverträdare, såväl sjuka som friska, dömda patienter kommer i ökande utsträckning bli aktuella för överföring mellan Sverige och andra länder etc.



På Nya Zeeland finns mycket bättre beredskap för se utländskt inflytande som berikande

Mitt utgångsläge i denna förändringsprocess är att svensk rättspsykiatri nu får en sedan länge behövlig möjlighet att bryta sin relativa isolering och skapa kontakter med kollegor och andra professionella i för Sverige närliggande områden med likartad kultur. Det finns ingen rationell anledning att motsätta sig den pågående internationaliseringen/europeiseringen (för att istället välja viktigmisering och förnekande som grundhållning).

Varifrån kommer rättspsykiatrin?

Den moderna rättspsykiatrin, med både utredning på uppdrag av domstol och med vårdande uppgifter, kan sägas ha börjat utvecklas i Tyskland före andra världskriget. I grunden fanns en stark akademisk och klinisk psykiatri med spridning i hela Centraleuropa. Efter kriget övertogs den ledande rollen av den engelska och senare brittiska rättspsykiatrin med London och Institute of Psychiatry som ledande utvecklingsenhet.

Än idag är Tyskland och Storbritannien de länder som har de mest utvecklade och sofistikerade systemen för utbildning av specialister i rättspsykiatri, för bedömning och behandling av olika slags psykiskt störda lagöverträdare och för forskning. För båda länderna gäller dock att utvecklingsnivån är ojämn över delstater (Tyskland) respektive länder (UK).

Rättsmedicinalverket ett föredöme

Den lagstiftning som berör samarbetet mellan psykiatri och domstol vad gäller påföljd för psykiskt sjuka lagöverträdare, skiljer sig åt mellan nästan alla Europas länder. På det praktiska planet är Sverige ett avundat föredöme genom tillkomsten av Rättsmedicinalverket år 1991. Verket har bl a utarbetat riktlinjer och bestämmelser för de två olika rättspsykiatriska intygen som förekommer i Sverige (s.k. §7 undersökning respektive RPU - rättspsykiatrisk undersökning). Det tillhandahåller dessutom en sjukvårdande organisation för att genomföra psykiatriska utredningar på häktade samt utbildar och certifierar specialister i rättspsykiatriskt bedömnings- och utredningsarbete. I inget annat land är psykiatrisk rådgivning åt domstol så väl organiserad. På de flesta andra håll utser domstol själv den (rätts)psykiatriska experten och i Nordamerika har psykologer tagit över en hel del av expertrollen i domstol genom att leverera riskbedömningar utifrån standardiserade, statistiska instrument. Någon systematiserad offentlig eller professionell certifiering av rättspsykiatriska experter finns inte heller med undantag av några få länder som Danmark, Finland, England & Wales samt Portugal.

"Det västerländska samhället lever nog på övertid; det torde vara en tidsfråga innan de nya ekonomierna i tredje världen sätter dagordningen för alla"

"I Sverige har den akademiska överbyggnaden inom kunskapsområdet rättspsykiatri varit utvecklad"

I likhet med Danmark och Norge är den svenska attityden till lagöverträdare traditionellt mycket behandlingsinriktad jämfört med andra länder och de skandinaviska länderna är ensamma med att inte döma personer med identifierad psykosjukdom till fängelse. I många fängelser i Europa

och annorstädes, finns det många intagna med aktiv och pågående psykosjukdom, t ex schizofreni. De vårdas vanligen på speciella sjukvårdsavdelningar inom fängelserna men betraktas ofta som kriminella i första hand. Grundbemanningen består av fängelsevakter, kompletterat med sjuksköterska och läkarkonsult.

Vårdutbud

På en organisatorisk nivå förefaller flera länder i Europa, inte minst Storbritannien, ha en mycket mer samordnad och differentierad modell för rättspsykiatrisk vård jämfört med Sverige. Man kan ana att den Brittiska statliga finansören av vård, National Health Services, nog har bidragit till att öka den lägsta nivån på vårdutbudet. Enheter som är och vill vara isolat och som arbetar utifrån obsoleta förhållningssätt och arbetsmetoder, ofta represivt färgade, får mindre chans att överleva i ett nationellt upphandlingssystem.

Akademins ställning

Rättspsykiatrins behov av kontinuerlig utvärdering av aktuell kunskap och av ny kunskap är enorm. Patienter som vårdas med tvång har rätt att kräva att den rättspsykiatriska vården lever upp till en hög vetenskaplig standard. De kan ju inte välja att gå till någon annan vårdgivare. Läkarna, de medicinskt ansvariga, behöver å sin sida uppdaterad och empiriskt belagd kunskap för att kunna stå mer fri gentemot politiska påtryckningarna och andra särintressen i vården.

I Sverige har den akademiska överbyggnaden inom kunskapsområdet rättspsykiatri varit utvecklad och svag. Särskilt forskarutbildning av läkare har i många år negligerats vilken innebär att det bland dagens medicinska beslutsfattare på (chefs-)överläkarnivå finns ett försvinnande fåtal som forskar och innehar akademisk lärartjänst, inte minst i vården. Situationen är likartad i Danmark och Norge men inte i Tyskland och Storbritannien och en del andra centraleuropeiska länder. I Storbritannien, som jag känner till bäst, finns nio professurer i rättspsykiatri och de producerar en mängd klinisk forskning av stort värde för oss i Sverige. De utbildningsprogram som tillhandahålls av "The Royal College", d v s. den egna professionen som också examinerar och certifierar specialister, är imponerande. När man har årsmöte i motsvarigheten till Svenska rättspsykiatriska föreningen, Faculty of Forensic Psychiatry, Royal College of Psychiatrists, blir det i Prag med två dagars program där inflytelserika auktoriteter från hela världen är inbjudna som föreläsare.

Gentgruppen

På initiativ av Professorerna Norbert Nedopil, München och John Gunn, London, samlades år 2004 ett tjugotal (rätts-)psykiatriker

från ett 10-tal länder i Europa i Gent, Belgien. Syftet var att skapa ett europeiskt kollegialt nätverk och att påbörja en nödvändig dialog i gemensamma frågor, inte minst om specialistutbildning i rättspsykiatri och certifiering av specialister. Vi var två representanter från Sverige som deltog och vi kunde, i likhet med alla andra, konstatera att det finns starka skäl att satsa på ett fortsatt samarbete, inte minst i utbildningsfrågor - och därmed indirekt påverka disciplinens innehåll och avgränsning. När vi jämförde systemen i de olika länderna fann vi också oss att det bara är i Storbritannien, Irland, Tyskland och Sverige som det finns en rättspsykiatrisk specialitet.

Året därpå inbjöd vi till en fortsatt diskussion (på Långholmen!) med i stort sett samma grupp och förra året var Danmark värd. Nästa möte äger rum i München i höst och vi tror då att tiden är mogen för att övergå från att vara en informell, förberedande arbetsgrupp till en mer permanent och formaliserad grupp. Målet är att under 2008 samla till en öppen konferens där alla Europas länder och (rätts-)psykiatriker inbjudes att delta. För mig framstår "Gentgruppen" som en viktig indikator på ett ökande professionellt behov av att få jämföra sig, att kunna hämta argument för egna strävanden och att bli inspirerad av goda exempel i andra länder.

Svenska rättspsykiatriska föreningen

På senare år har Svenska rättspsykiatriska föreningen arbetat för ett ökat internationellt kontakttarbete. Vid styrelsemötet i anslutning till förra höstens årsmöte, beslöts att inrätta en ny funktion som internationell sekreterare. Vi hoppas att det ska permanentas i den allmänna stadgerevision som nu förbereds. Det är ett sätt att markera att vår profession behöver internationella kontakter och att vi bör förbereda oss på att det kan bli EU- gemensamma regelverk även för vår disciplin. Det är då viktigt att vi som läkare tidigt är med och påverkar den "likriktningen" så den blir medicinskt - etiskt ett framsteg.



Per Lindqvist

Svenska Rättspsykiatriska föreningen
Överläkare LRV enheten Gävle sjukhus
Nybliven medlem i Svensk Psykiatri redaktion

"I Sverige har den akademiska överbyggnaden inom kunskapsområdet rättspsykiatri varit utvecklad"

COPE föräldrautbildning som integrationsprojekt

Det är inte lätt att uppfostra barn. Det är ännu svårare om man lever i en ny och främmande kultur och dessutom har ett krävande barn.

Invandrarföräldrar saknar ofta sitt tidigare sociala nätverk och det kan vara svårt för dem att veta hur de ska göra om de får problem med sina barn. De kan känna osäkerhet kring kulturella normer avseende barnuppfostran samt vilka lagar och regler som gäller. Det florerar fördomar från såväl invandrare som infödda svenskar där tex invandrare tror att svenska barn får göra vad de vill medan svenskar tror att invandrare slår sina barn.

Inom barnpsykiatri tar vi idag emot barn från andra kulturer som remitterats först då problematiken har blivit allvarlig och som hade varit i behov av tidiga insatser. Vi har dåligt med resurser för att hjälpa dem. Invandrarföräldrar är därför en viktig målgrupp avseende stöd i föräldrarollen. Det har under senare år lanserats olika föräldraprogram i Sverige men COPE föräldraprogram har fördelar framför andra program eftersom det inom ramen för metodiken finns stort utrymme för kulturell och individuell anpassning.

COPE är kostnadseffektivt

COPE betyder Community Parent Education Program. Programmet infördes i Sverige via BUP-kliniken i Malmö i slutet av 90-talet och rekommenderas av Folkhälsoinstitutet bl a därför att det är kostnadseffektivt. En COPE-utbildning tar emot cirka 25 föräldrar. Metoden kommer från Kanada och riktar sig framför allt till föräldrar med krävande, utagerande barn med till exempel ADHD. Utbildningen går ut på att stimulera föräldrar att hitta nya strategier i uppfostran. Man arbetar med att förstärka positivt beteende hos barnen, att hjälpa föräldrar hantera sin egen ilska samt med att hjälpa de vuxna i familjen att lösa problem på ett konstruktivt sätt. Föräldrar samtalar i smågrupper utifrån filmsekvenser som föreställer vardagliga situationer där en förälder hanterar interaktionen med sitt barn på

ett mindre bra sätt. De diskuterar sedan gemensamt fram bättre sätt att hantera de olika situationerna.

Utbildningen har fått stor spridning i Sverige där tusentals föräldrar nu gått igenom programmet vilket drivs inom barnpsykiatri men f.a inom skolor och socialtjänst. COPE är utvärderat både i Kanada och i Sverige med goda resultat och finns i två versioner riktat till föräldrar med barn 3-12 respektive 13-18 år.



”Det florerar fördomar från såväl invandrare som infödda svenskar där t ex invandrare tror att svenska barn får göra som de vill”

Filmsekvenser på olika språk - arabiska, albaniska, den kurdiska dialekten sorani, persiska, somaliska och turkiska - har spelats in i Malmö i samverkan med olika invandrarföreningar och finansierats av Brottsförebyggande rådet i Malmö och Socialstyrelsen. Man har gjort anpassningar för att scenerna bättre ska passa den aktuella kulturen. Exempelvis är föräldrar och barn i den arabiska varianten mer högljudda än i den svenska versionen medan barnen i den somaliska versionen är mer respektfulla.

Det finns invandrarföräldrar som vill gå COPE tillsammans med svenskar därför att dom vill diskutera barnuppfostran med svenska föräldrar. Det finns andra invandrare som antingen inte behärskar svenska eller som trots att dom inte har problem med språket föredrar att gå i grupp tillsammans med föräldrar från den egna kulturen.

Inom svenskundervisning för invandrare i Malmö ingår som obligatorisk moment i vissa kurser att delta i COPE-utbildning. Dessa utbildningar har givits på hemspråket och varit mycket uppskattade. Man har även haft grupper för analfabeter vilket fungerat väl eftersom utbildningen inte innefattar material att läsa. Hemuppgifterna har då ritats i stället för att skrivas ner.

Inom BUP i Malmö har vi sedan flera år arbetat med att ta fram metoder som kan användas av skola och socialtjänst för att kunna ge såväl svenska- som invandrarföräldrar det tidiga stöd som man vet har stor preventiv betydelse. Det är speciellt angeläget att nå invandrarföräldrar då det inom många kulturer finns en rädsla för psykiatri som gör att man inte söker hjälp. COPE har blivit ett viktigt redskap.

”Man har även haft utbildningar för analfabeter vilket fungerat bra ”

Annons Lilly Zyprexa (går ej att läsa in)

Apatiska barn – ett iatrogen tillstånd?

I diskussionen om de apatiska barnen har det framför allt handlat om att de antingen är manipulerade och drogade av sina föräldrar eller att de lider av en livshotande sjukdom som kräver sjukhusvård som barnpsykiatri inte velat ta ansvar för. Inget av detta känner jag igen från mitt arbete med asylsökande barn och deras familjer.

Under 1998 till våren 2005 arbetade jag som överläkare inom barn- och ungdomspsykiatri i Luleå/Boden, på öppenvårdsmottagningen i Boden (PBU) samt delvis på slutenvårdsavdelningen

på Sunderby sjukhus. Under denna tid sökte 124 asylsökande barn från flyktingförläggningen i Boden, 27 av dessa behövde under minst en vecka hjälp med att få i sig närings- tillförsel varav i sin tur 15 klassificerades som apatiska. I en retrospektiv studie publicerad i Läkartidningen (2005), har socialpedagog Karin Dahlin och undertecknad redogjort för hur det gick för dessa barn i

relation till asylprocessen samt en mängd bakgrundsfaktorer.

I diskussionen framfördes ofta av bland andra barnombudsmanen och barnläkare att de apatiska barnen inte fick den behandling som behövdes och menade att barnen skulle behandlas på samma sätt som de vore svenska. En FN-tjänsteman framförde att barnens tillstånd var medicinskt och skulle behandlas så. Min erfarenhet var dock att vi i början försökte behandla dessa barn precis som om de vore svenska. Vi provade med individuella samtal med barnen, samtal med föräldrar samt med hela familjen. Även bildterapi och EMDR provades.

50 gånger utan förbättring

Vi hade mycket kontakter med socialtjänst, Migrationsverket och skola men vi stod för det övergripande ansvaret och hade ambitionen att hjälpa barnet och familjen så att de kunde gå vidare. Vår erfarenhet är att 55 % av de svenska familjerna behöver fem eller färre samtal för att gå vidare då det ofta sker en positiv process i samtalen. För de asylsökande familjerna skedde ingen sådan positiv process, barnens tillstånd försämrades ofta under behandlingen. En del familjer träffade vi över 50 gånger utan tecken på att de förbättrades. 80 % av de asylsökande barnen behövde en längre eller kortare tid inom slutenvården. Fyra barn vårdades under 1998-1999 upp till nio månader på avdelningen utan att de förbättrades, de hade svårt att äta, fick matas eller hade sond. När familjerna fick permanent uppehållstillstånd (PUT) kunde tillfriskandet starta. Familjer reagerade då som svenska familjer det vill

säga nästan alla kunde avsluta kontakten inom fem samtal och barnen kunde skrivas ut från avdelningen.

Stigande vanmakt

Denna situation var mycket frustrerande, behandlarna på PBU kände en stigande vanmakt som kulminerade en tisdag i oktober 1999. På remisskonferensen fanns då nio nya remisser på asylsökande barn. Ingen behandlare klarade av att ta ett nytt ärende. Detta blev starten för ett nytt sätt att se på problematiken och ett nytt sätt att arbeta. Hittills hade vi behandlat de asylsökande barnen som om de hade ett barnpsykiatriskt tillstånd.

Vårt uppdrag att behandla barnen kom från föräldrarna och nästan alltid fanns det också en skriftlig begäran från barnens juridiska ombud att barnen behövde barnpsykiatrisk behandling. Det var uppenbart för oss att barnen liksom föräldrarna for illa i asylprocessen. Vårt uppdrag blev ofta att bevittna barnens tillstånd och att skriva intyg som bekräftade att de var sjuka. Vi upplevde att det var en för stort fokus på barnens "sjukdom" och vi ville flytta fokus till familjen och framför allt till själva asylprocessen. Personal från andra instanser upplevde också situation som frustrerande. Tillsammans med primärvårdens flyktingenhet, socialtjänsten, skolan, vuxenpsykiatri och Migrationsverket startade vi ett nätverk. I nätverket deltog alla på samma villkor och tog tillsammans ansvar för att hjälpa barnen och deras familjer.

Från PBU utsåg vi en socialpedagog, (Karin Dahlin) och en överläkare (undertecknad) som tillsammans med andra i nätverket träffade barnen och föräldrarna. Målsättningen blev nu mer att hjälpa och stötta föräldrarna och att tillsammans med primärvård och barnmedicin erbjuda basal sjukvård till barnen. Vi gjorde hellre hembesök än att ta familjen till mottagningen och vi försökte i största utsträckning att undvika inläggning på barnpsykiatrisk avdelning. Vår erfarenhet från avdelningen var att både barnen och föräldrarna blev mer inaktiva under sjukhusvistelsen. De barn som vi bedömde ha egna barnpsykiatriska problem erbjöds sedvanlig behandling hos andra behandlare på PBU.

Trots insatser mådde barnen dåligt

Effekten av att vi bildade nätverket var att personalen på de olika instanserna fick nya krafter och genom att hjälpa varandra undvek man att komma in den tidigare känslan av vanmakt. Vi kunde också i ett tidigt skede fånga upp barn som inte mådde bra. Framför allt genom att skolans lärare deltog i nätverket. Trots dessa insatser så mådde många barn dåligt. Under 2001 blev två barn apatiska, 2002 ett barn, 2003 fyra, 2004 sex barn och under 2005 två barn. Ett enda av dessa barn blev friskt

"När det negativa beskedet kom från Utlänningsnämnden hade det gått senlång tid och barnen, framförallt ungdomar, hade rotat sig i Sverige"

innan familjen fick PUT de övriga tillfriskande efter besked om PUT. Efter 1 juli 2005 har inget barn blivit apatiskt och endast ett fåtal har sökt PBU. Den enda synliga förändringen var att regeringen antog den nya tillfälliga asyllagen där asylbedömningen blev betydligt mer liberal.

När jag nu försöker analysera vilka faktorer som bidrog till att de asylsökande barnen blev apatiska så finns det ingen enkel förklaring men några faktorer kan skönjas.

Asylprocessen

Under den tid som jag träffat asylsökande barn så har det blivit allt svårare att få asyl. Vi hade ett system i Sverige där vi välkomnade familjen, föräldrarna lärde sig svenska och barnen gick i skolan. Efter första avslaget från Migrationsverket överklagade i stort sätt alla till Utlänningsnämnden. Det första avslaget räknades inte trots att Utlänningsnämnden sällan ändrade Migra-

tionen och i hemmet. När de blev sjuka och riskerade att dö om de inte fick behandling så kunde de, efter att ett läkarintyg utfärdades, åter ansöka om uppehållstillstånd på humanitära skäl. Efter besked om PUT var de helt friska inom en vecka. Det innebär i praktiken att sjukdomen blev den enda möjligheten att få stanna i Sverige.

Asylprocessen som den då var utformad var alltså en faktor som bidrog till att en del av de asylsökande barnen blev sjuka men också till att de blev friska. Alla apatiska barn som vi träffade blev friska efter att de fått PUT men det gick inte lika fort som i exemplet ovan. Påtagligt var dock hur stämningen i familjen förändrades direkt efter besked om PUT. Föräldrarna fick tillbaka hoppet och kunde på ett helt annat sätt hjälpa och stötta sina barn. Ett enda apatiskt barn blev friskt före besked om PUT. Mamman till detta barn berättade hur pojken fick en positiv chock när han kom till Sverige, han blommade upp, kunde börja skolan och idrotta



tionsverkets beslut. När det negativa beskedet kommit från Utlänningsnämnden hade det gått en lång tid och barnen framför allt ungdomar hade rotat sig i Sverige, de hade fått en svensk identitet och kände sig trygga. Att då återvända till hemlandet kändes helt omöjligt, speciellt om man där hade varit med om traumatiska händelser.

Efter ett avslag från Utlänningsnämnden kunde man på nytt ansöka om asyl om det fanns nya omständigheter. En sådan omständighet var att man fått en livshotande sjukdom. Ett exempel var en familjefar som uttryckte stor förtvivlan över att familjen efter fyra år i Sverige plötsligt fått besked om att de skulle avvisas. När jag frågade om de inte tidigare fått ett negativt besked från Migrationsverket så svarade han "att det räknades ju inte". Två av hans döttrar gick på gymnasiet de hade blivit uppmuntrade att utbildas och hade efter fyra år i Sverige en stark svensk identifikation. När de ställdes inför hotet att bli avvisade slutade de i sin förtvivlan att äta och blev allt mer apatiska och behövde större del av tiden sond för att få i sig näring. De vårdades växelvis på avdel-

vilken han inte kunnat i hemlandet. Efter att en skolkamrat fick avvísingsbeslut så förstod han att han också kunde bli avvisad och förändrades därefter. Så småningom blev han apatisk, vårdades hemma. Mamman gav dock aldrig upp hoppet, uppehöll sina sociala kontakter och försökte ge hopp till pojken att de skulle få stanna. Hon hade också kontakt med hans skolkamrater och fick dem att hälsa på honom. Sakta kunde han efter 18 månader återgå till skolan, två månader innan familjen fick PUT.

Traumatisering

För hälften av de apatiska barnen fanns det uppgifter om att de varit med om ett trauma i hemlandet. Alla utom två barn fundrade dock bra innan de fick negativt besked. Dessa båda barn var präglade av att varit med om svåra trauman. De tillfriskande också efter att de fick PUT. Från traumaforskning i Kanada (William E. Copeland) vet man att barn kan klara ett enskilt trauma bra men om det upprepas är risken stor att man utvecklat symptom på psykiatrisk sjukdom. För de asylsökande barnen kan man tänka

"Föräldrar från forna Sovjetunionen hade en stark auktoritetstro till sjukvården och krävde ofta specialistläkare"

ness of asylum seeking children in Sweden". Studien grundar sig på intervjuer med svenska läkare och analys av 25 artiklar skrivna i Läkartidningen. Hon skriver att medikalisering av ett tillstånd uppträder när ett medicinskt språkbruk används och accepteras för att beskriva tillståndet. Genom att använda biomedicinska termer förstår patienterna vad det är för fel på dem. Detta gäller i hög grad för de apatiska barnen då mödrarna bättre förstår vad som händer med deras barn. Utan en medicinsk förklaring är tillståndet ett mysterium. Hon hänvisar till Wilbur J. Scotts forskning kring Post traumatic Stress Disorder (PTSD). Enligt honom kom krigsveteraner och media att medikalisera PTSD för att få en diagnos och behandling för de som hade upplevt traumatisk stress. Media kunde både förklara tillståndet och nå ut till andra krigsveteraner som hade varit med om samma upplevelser. Lindberg menar att samma sak händer med de apatiska barnen. Legitimiteten av att tillståndet är ett medicinskt problem når ut till befolkningen och skapar på så sätt mer människor med apatiskt beteende. Hon menar att den medicinska professionen har tagit sig an och beskyddar en grupp människor som regeringen inte lyckas att beskydda. Den medicinska professionen ger dessa människor en känsla av behörighet och känsla av trygghet. En av hennes hypoteser blir att "children in similar situations have adopted a medical ideology and thus an accumulation of these children has begun".

Lindbergs tankar stämmer bra med mina egna erfarenheter. Föräldrar som sökte PBU uttryckte nästan alltid att man ville ha behandling för sina barn, de hade ofta svårt att se kopplingen till asylprocessen. Många föräldrar trodde inte barnen visste att de fått negativt besked trots att detta var uppenbart. När Bodegård sedan i Läkartidningen (2004) beskriver fem fall av apatiska barn och menar att tillståndet är livshotande och kräver långvarig vård på sjukhus så sprids detta budskap snabbt i massmedia med uppbackning av andra läkare. På så sätt får tillståndet en medicinsk legitimitet som ger trygghet och behörighet och en möjlighet att på nytt ansöka om uppehållstillstånd. Samtidigt är det olyckligt eftersom vi har bristande medicinska redskap att behandla tillståndet.

Kulturella skillnader

I vår undersökning kunde vi se att 78 % av barnen som behövde hjälp med näringstillförsel kom från forna Sovjetunionen medan de representerade endast 29 % av de asylsökande barnen som hade vistas på flyktingförläggningen. Enligt min erfarenhet hade föräldrar från forna Sovjetunionen en stark auktoritetstro till sjukvården och krävde ofta att barnen skulle behandlas av specialistläkare. De hade svårt att se att de själva kunde hjälpa barnen. Speciellt

att ett negativt besked är traumatiskt och förstärker tidigare trauma.

Medikalisering

Kristina Lindberg, department of sociology and social anthropology, Dalhousie University har skrivit en intressant artikel: "Medicalization of Hopelessness and Helplessness

tydligt blev det när barn och förälder kom till avdelningen. Där blev de ofta helt passiva, låg i sängen med gardinen neddragen tills personalen kom och försökte aktivera dem. Föräldrarna slutade ofta att äta i sympati med sina barn. I början såg jag detta beteende som ett slags protest men vid ett besök i Ryssland besökte jag en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Det var mitt på dagen men alla låg i sängen. Det ingick i rutinerna att man låg i sängen några timmar mitt på dagen. På avdelningen fanns inga föräldrar, barnen vårdades ensamma på avdelningen. Jag kan tänka att det var svårt att ställa om till den svenska barnpsykiatrin där läkaren och behandlingspersonalens roll är nedtonad och där mycket fokus i stället är på föräldrarnas förmåga att stötta sina barn och på familjemedlemmarnas inbördes relationer. Som jämförelse kan nämnas att det på flyktingförläggningen fanns lika många barn från Somalia som från Kazakstan eller Armenien men att inget av dessa barn sökte till PBU trots att de enligt Migrationsverkets handläggare har varit med om svåra trauman. Senare läste jag att kvinnor från Somalia var obenägna att söka medicinsk hjälp då de ofta hade en misstro mot sjukvården.

Slutligen vill jag också framhålla att barnen i de asylsökande familjerna var mycket ambitiösa och duktiga i skolan. De fick en

"Barnen fick en ny framtidstro när de kom till Sverige, därför blev det extra smärtsamt när de skulle återvända till en otrygg och hopplös livssituation"

ny framtidstro när de kom till Sverige och därför blev det extra smärtsamt när de skulle återvända till en livssituation som kändes otrygg och hopplös. Jag har aldrig fått så mycket uppskattning av föräldrar och barn som jag fått av dessa asylsökande barn. Som exempel ville två mammor att

alla personal på avdelningen, inklusive läkaren skulle samlas med en tolk. Vi ställde genast in oss på att vi skulle få kritik men döm om vår förvåning när mammorna överlämnade blommor, choklad och vodka. De ville fira att det just den dagen var läkarnas dag i Ryssland. (Vodkan fick de ta med sig hem, tyvärr).

Lars Joelsson

Överläkare, BUP-mottagningen i Strömstad och Uddevalla
Chefsöverläkare BUP-kliniken NU-sjukvården, Västra Götaland regionen
lars.joelsson@vgregion.se

Referenser:

1. Joelsson L. Dahlin K. Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. Läkartidningen 2005;102:3646-50.
2. Bodegård G. Fallbeskrivningar av depressiv devitalisering. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Läkartidningen 2004;101:1696-9.
3. William E. Copeland. The epidemiology of trauma and posttraumatic stress in children. Föredrag på 52nd Annual meeting American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Toronto 2005.
4. Lindberg K. Medicalization of Hopelessness and Helplessness of asylum seeking children in Sweden. Department of sociology and social anthropology, Dalhousie University.

Stadgeändringsförslag till SPF:s stadgar



Bakgrund:

Med anledning av den ökade aktiviteten i föreningen finns ett behov av fler aktiva styrelsemedlemmar. Stadgemässigt bedöms det värdefullt att dessa medlemmar väljs in som ordinarie ledamöter i styrelsen och inte fortlöpande adjungeras till styrelsen av ordföranden. För att möjliggöra detta behöver stadgarna ändras. Genom att ange ett högsta antal ledamöter gör det möjligt för styrelse och valberedning att inför kommande årsmöten uppskatta behovet av styrelsemedlemmar samtidigt som minimibemanningen (ordförande, sekreterare och skattmästare) följer de förordningar som finns om föreningsstyrelsers sammansättning.

Nuvarande formulering:

§ 10. Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare samt ytterligare tre ledamöter.

Styrelsens ledamöter väljs för en mandattid på två år på ordinarie möte efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning. Ordförande, sekreterare och två ledamöter väljs varje udda år och vice ordförande, skattmästare och en övrig ledamot varje jämt år för tiden t o m ordinarie möte två år därefter.

Föreslagen ny formulering:

§ 10. Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare samt ytterligare **högst sex** ledamöter. Styrelsens ledamöter väljs för en mandattid på två år på ordinarie möte efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning. Ordförande, sekreterare och **högst tre ledamöter** väljs varje udda år och vice ordförande, skattmästare och **högst tre ledamöter** varje jämt år för tiden t o m ordinarie möte två år därefter.

Göran Rydén
sekreterare SPF

Välkommen till

Barnneuropsykiatriska sektionens årsmöte och utbildningsdagar

Uppsala 12-13 mars 2007

Prognos vid ADHD

För mer information och anmälan besök hemsidan
www.akademikonferens.uu.se/bnp

E-mail: bnp@akademikonferens.uu.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri
i samarbete med Uppsala universitet



Preliminärt program

Måndag 12/3

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 Välkommen. Anne-Liis von Knorring
- 10.15 Long-term effects in the treatment of ADHD with central stimulants. Paramala Santosh
- 12.00 Lunch
- 13.30 Long term follow-up of children with ADHD. Education and life quality. Sören Dalsgaard
- 14.30 Synfunktion och syntolkningsproblem hos prematurt födda barn. Lena Jakobsson
- 15.30 Förrisningar
- 16.00 Årsmöte
- 19.00 Middag på V-Dala nation

Tisdag 13/3

- 9.00 Prognos vid ADHD. Missbruk av alkohol och droger. Johan Franck
- 10.00 Kaffe
- 10.30 Prognos vid ADHD. Kriminalitet. Niklas Långström
- 12.00 Lunch
- 13.30 ADHD vid epilepsi. Susanna Danielsson
- 14.30 Förrisningar
- 15.00 The MTA study. Effects after several years. Paramala Santosh
- 16.00 Avslutning

Kvalitetsregister som redskap för verksamhetsutveckling

De båda vuxenpsykiatriska och den barn och ungdomspsykiatriska kliniken vid Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) är organiserade inom områdena Psykiatriska specialiteter med Lise-Lotte Risö Bergerlind som områdeschef och Claes Ridderb-jelke som områdets verksamhetsutvecklare.

Denna organisation har, förutom att underlätta samarbete över klinikgränserna för framför allt unga vuxna 16–25 år, också möjliggjort att deltagande i kvalitetsregister har kunnat organiseras i samverkan och med samverkansvinster som följd.

Klinikerna registrerar i två av de fyra psykiatriska nationella registren. Dessa register är RIKSÄT och sedan något åt tillbaks även Bipolärregistret. RIKSÄT registreras vid alla klinikerna, medan Bipolär är så länge bara är igång inom vuxenpsykiatrin.

Registreringen i Bipolär har tagit rejäl fart under 2006 och man gör nu flest registreringar i landet, förutom "moderkliniken" i Stockholm där registret startade.

Både för RIKSÄT och Bipolär har man sett en skillnad i framgångsrikt registreringsarbete beroende på om man verkar på en specialiserad mottagning eller en generalistmottagning, med större framgång för det specialiserade mottagningarna.

Om det dessutom finns skillnader i registrerings- eller behandlingskvalitet vet man inte, men området kommer att delta i ett forskningsprojekt för att studera detta.

Kvalitetsstjärnorna

Två andra "kvalitetsregister"/uppföljningsinstrument som man varit med om att utveckla, är de så kallade kvalitetsstjärnorna och kännetecknas av att belysa patient och anhörigperspektivet på ett påtagligt sätt. Detta är en skillnad från många etablerade och stora somatiska register, som nästan helt fokuserat det medicinska perspektivet.

Vuxenpsykiatrins stjärna är den äldsta och har utvecklats i samarbete med många kliniker i Sverige. Målgruppen för stjärnan är psykosgruppen F20–25, men inte F23 varför den numera benämns "psykosstjärnan" för att skilja den från "BUP-stjärnan" som är av senare datum. BUP-stjärnan tar alla barnpsykiatriska patienter och har utvecklats i samarbete med övrig barnpsykiatri i Västra Götalandsregionen.

Vuxenpsykiatrins psykosstjärna har tjänat som förebild vid uppbyggnaden varför stora likheter kan spåras i "registrens" struktur.

Vuxenpsykiatrins stjärna utprovades och testades 1997/98 och

startade 2000. Implementeringen har varit möjlig tack vare att ett antal "eldsjälar" har drivit arbetet framåt både genom insatser på hemmaplan och genom deltagande i nationella grupperingar. Ledande i de senaste årens arbete har varit MLA (medicinskt ledningsansvarig överläkare) och avdelningschef vid den specialiserade öppenvårdsmottagningen. Det har visat sig betydligt lättare att få igång registrering vid en specialiserad mottagning än en "generalistmottagning". Där detta har lyckats har det funnits lokala nyckelpersoner med genuint intresse för kvalitetsarbete.

Motivering av medarbetarna är A och O i arbetet. Man måste förstå patientnyttan med registrering och uppföljning, samt integrera detta i ordinarie arbete med patienter. Detta har man lyckats bra med på den specialiserade mottagningen och även flera av de "generella" mottagningarna i kranskommunerna.

Ett exempel på detta är det förbättringsarbete som gjorts med anledning av psykosstjärnans parameter "patienttillfredsställelse".

Man såg där att det fanns mycket att göra åt långtidsjukas situation. Mycket energi hade de senaste åren, och med all rätt, lagts på TIP-arbete (tidig intervention vid psykos) och man hade bl.a. startat ett TIP-team.

LÅS-team

För att balansera detta tillskapades nu ett "LÅS-team" (långtids sjuka) och man började ganska snart i teamet att studera och diskutera vad man såg i skattningsskalorna. Bland annat visade QLS-100 att dimensionen "relationer" var en svag punkt.

Vad göra? Svaret blev att starta ytterligare omgångar närståendebildningar. Förbättringshypotesen bygger på tanken, att om närståendes kunskap om sjukdomen ökar så tilltar också möjligheten att utveckla och bibehålla en god relation. Liknande utbildningar hade tidigare genomförts, men resultatet som syntes i skattningsskalan blev nu ett incitament för omstart. Just nu väntar man med stor spänning på nya skattningstillfällen och vad dessa skall visa efter genomförda närståendebildningar.

Bättre utfall på parametern relationer kan vara ett mått på att anhörigutbildning var "rätt" åtgärd. I annat fall får man söka nya angreppssätt.

BUP-stjärnan är, som tidigare nämnt en betydligt nyare företeelse, men analys av resultat har redan påbörjats på vissa enheter. Bland annat har man på en av öppenvårdsmottagningarna funnit brister i patienternas "känsla av delaktighet". Man har inventerat

"Olika skattningsskalor och frusterade behandlare gynnar varken verksamhetsutvecklingen eller våra patienter"

"Om närståendes kunskap om sjukdomen ökar så tilltar möjligheten att bibehålla en god relation"

och diskuterat vilka åtgärder som skulle kunna vidtagas. Några har utvalts och utmynnat i handlingsplaner, vilket passar väl in i det förbättringsarbete som bedrivs vid SÄS.



Kvalitetsarbetet måste nå ner till verksamheten

Förbättringsarbetet enligt dagens modell startade vid sjukhuset 2002 i samarbete med Handelshögskolan under arbetsnamnet LIFT och tar sin utgångspunkt i:

- enighet i ledningen
- engagera alla
- skapa uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring

Våga pröva framgångsfaktor

Förbättringsarbetet har nu bytt namn till SÄS-modellen och är en integrerad del av sjukhusets verksamhetsutveckling. Inte minst den öppna psykiatriska vården, som redan från start arbetade teamorienterat har haft snabb och god nytta av arbetet, som har stora likheter med genombrottsmetoden.

Kontinuerligt förbättringsarbete, våga pröva och mäta för att veta. Allt enligt välkänd PDSA-metod, är hörnstenar som även inom SÄS och SÄS-psykiatrin visat sig vara framgångsfaktorer.

I framtiden ser man ett närmande mellan de psykiatriska stjärnorna och de nationella kvalitetsregistren, under KPV:s vingar, som något mycket positivt. Projektmedel från nationella psykiatrisamordningen har gjort detta möjligt för de närmaste åren.

Central teknik och metodstöd skulle vara till stor hjälp, för att man istället skall kunna fokusera den egna energin på verksamhetsutveckling med anledning av resultaten.

Ett konstruktivt närmande mellan stjärnorna och de nationella registren skulle förmodligen vara välgörande för båda. Patientperspektivet och utfallsmått är något alla tjänar på att utveckla tillsammans.

Sker inte detta finns stor risk för ”konkurrerande verksamhet” med suboptimering som följd. Olika skattningsskalor och frusterade behandlare gagnar varken verksamhetsutvecklingen eller i slutändan våra patienter.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Områdeschef Område Psykiatriska specialiteter, SÄS

Claes Ridderbjelke

Verksamhetsutvecklare Område Psykiatriska specialiteter, SÄS

Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska föreningen

Tid: Torsdagen den 8/3 2007 kl 16.00-17.30

Lokal: Norra Latin, Stockholm

- §1. Val av ordförande för mötet
- §2. Val av två justeringsmän
- §3. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
4. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
5. Behandling av ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - a. Val av hedersledamot (styrelsens förslag)
 - b. Styrelsens förslag till stadgeändring angående styrelsens sammansättning
6. Val av ledamöter till styrelsen enligt §10
7. Val av revisorer och revisorssuppleanter

8. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
9. Val av valberedning
10. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
11. Övriga frågor

Varmt välkomna!

Göran Rydén

sekreterare

Anna-Maria af Sandeberg

ordförande

Transkulturella studier förbättrar förståelsen för barn

Transkulturella studier av barn och ungdom gjordes i mitten av 1900-talet av antropologer som Margaret Mead, som bl a studerade tonårsutvecklingen på Samoaöarna och av psykoanalytiker som Erik H. Erikson, som studerade sambandet mellan barnuppfostran och samhällsstruktur hos olika nordamerikanska indianstammar. Syftet var bl a att bättre förstå om barn- och ungdomsutvecklingen till en vuxen personlighet var oberoende av de kulturella förhållanden, där den unge växte upp.

Man fann både likheter och skillnader med barnutvecklingen i den västerländska kulturkretsen. Eriksons teori om personlighetsutvecklingen, baserad på dessa studier, har haft en genomgripande betydelse för synen på denna inom västerländsk psykologi och psykiatri i ett fyrtiotal år.

Den finska barnpsykiatern Forssén gjorde i början av 1970-talet i samma tradition en studie ("Roots of traditional personality development among the Zaramo in coastal Tanzania", 1979) av personlighetsutvecklingen hos barn i Zaramo stammen, där hon använde både Rorschachtestning och Warteggs teckningstest förutom intervjuer och deltagande observationer. Hon beskrev den långvariga nära relationen mellan mor och barn under de första två åren, som gav en stark grundtrygghet åt individen. Hon menade att den fortsatta utvecklingen var inriktad på att skapa ett kollektivt, socialt "ego" och "superego", ej att utveckla ett starkt individuellt "ego" och "superego", till skillnad från västerländsk barnuppfostran.

Sådana här studier har fått en förnyad betydelse på grund av att allt fler vårdgivare i sitt dagliga arbete möter människor från olika avlägsna kulturer, som kommer till Sverige som flyktingar och invandrare. I min egen doktorsavhandling ("A child psychiatric study on sudanese arab children", 1968) beskrev jag t ex kvinnlig omskärelse, infibulation, vid den tiden i Sverige en okänd, exotisk men otäck kulturell tradition. Nyligen disputerade Berggren på en doktorsavhandling ("Female genital mutilation", 2005), där hon undersökte samma fenomen hos invandrarkvinnor från vissa afrikanska länder som hon träffat på MVC i tre svenska städer.

Jämförelse Sudan och Europa

Huvudområdet för transkulturell barn- och ungdomspsykiatri har varit att jämföra ungas psykosociala anpassning mätt som beteendevikelser och emotionella problem i olika kulturer. I min doktorsavhandling jämfördes sudanesiska barn med europeiska. Den intervjumetod, som användes, hade tidigare använts i USA och Sverige. Under senare år har man framför allt använt Achenbachs

omfattande frågeformulär för föräldrar (CBCL), lärare (TRF) och ungdom (YSR). I en av dessa studier från tolv länder konstaterade Crijnen o medarb. 1997, att det var förvånansvärt små skillnader i frekvensen beteendeproblem, mätt med föräldraintervjun, CBCL, mellan de olika kulturerna.

En svårighet med sådana här jämförelser är att informanter kan uppfatta frågorna olika, även om forskarna använder samma frågeformulär. Dessutom kan kulturella förväntningar på beteenden hos pojkar respektive flickor påverka rapporteringen. Weisz o thailändska medarb. 1987, gjorde t ex en studie där de jämförde beteendevikelser hos barn i Thailand med sådana hos barn i USA. Deras hypotes var att föräldrar i den thailändska kulturen utifrån buddhistiska värderingar skulle undertrycka aggressivitet, särskilt hos pojkar, jämfört med den mera aggressionstoleranta attityden hos amerikanska föräldrar. De fann en ökad rapportering av "överkontrollerade symtom" i den thailändska gruppen, men

ingen skillnad mellan grupperna beträffande "underkontrollerade symtom". I båda kulturerna hade pojkar mer "underkontrollerade symtom" än flickor. Femton år senare gjorde jag och thailändska medarb. 2001, en motsvarande studie i stads- och landsbygdsområden i samma delar av Thailand, där deras studie utförts. Även vi fann högre frekvens "överkontrollerade symtom", men totalpoängen i vår studie var också högre än i Weisz studie, speciellt enligt föräldraintervjuerna. Skillnaderna kunde förklaras av de snabba och omfattande kulturella förändringarna, som ägt rum mellan

undersökningstillfällena. Snabb urbanisation hade splittrat många storfamiljer eller lämnat barnen i far- och morföräldrars vård, när föräldrarna givit sig av till städerna för att få bättre betalda arbeten, ibland medförande årlånga separationer av föräldrar och barn. Det hade skett en upplösning av traditionella värderingar genom en massiv påverkan av västerländsk masskultur via TV, video, film och turism.

Olika uppfostringsmetoder?

En ny inriktning på denna typ av studier har börjat publiceras sedan 1990-talet. Invandrarbarn från olika kulturer jämförs med barn från den inhemska majoritetskulturen, men också med barn från ursprungslandet, som lever kvar i detta. Bengi-Arslan o medarb. 1997, gjorde en sådan studie av turkiska invandrarbarn i Holland. Dessa jämfördes med en grupp turkiska barn i Turkiet och med barn från den holländska majoritetsgruppen. Immigrantbarnen hade högre totalpoäng på CBCL än majoritetsgrupp barnen. Det var däremot ingen skillnad mellan immigrantbarnen och den barngrupp i Ankara, som de jämfördes med. Författarna diskuterade om detta berodde på att de turkiska och de holländska föräldrarna uppfattade problembeteenden olika, om deras "tröskel"

"Det hade skett en upplösning av traditionella värderingar genom en massiv påverkan av västerländsk masskultur via TV, radio, film och turism"

för att rapportera ett beteende som avvikande skilde sig åt eller om resultatet visade verkliga skillnader mellan grupperna, som berodde på olika barn uppfostringsmetoder.

De stora flyktinggrupper, som kommer till Sverige och andra europeiska länder, har inneburit att man inom sjukvården kommer i kontakt med patientbeteenden, som beror på svåra upplevelser i ursprungslandet. Ett sådant aktuellt område är behandlingen av psykiska trauman hos föräldrar och barn. Den västerländska behandlingsmetod, som används t ex vid sådana psykiska trauman, som uppstått efter överfall, familjevåld, våldtäkt och incest, bygger på verbal bearbetning av trauma förloppet i en trygg individualpsykoterapeutisk samtalsserie. Detta förhållningssätt är främmande för individer i många kulturer, där man tvärtom lär barn och ungdom att undertrycka uttryck för rädsla och sorg och att försöka "glömma" det som hänt. Angel o medarb. 2001, kommenterade detta i en studie av bosniska flyktingar. De noterade att föräldrarna inte ansåg att det var bra för deras barn att prata om sina krigsminnen. I många afrikanska kulturer har man starkt ritualiserade sätt att hantera traumaupplevelser (t ex då man tar hand om f d barnsoldater) i ceremonier, som omfattar hela storfamiljen eller bygemenskapen ledda av traditionella healers (Agger, i Reyes & Jacobs, 2006). Västerländska hjälparbetare har rapporterat sina erfarenheter från flyktingläger och katastrofområden i olika kulturer, vilket kan ge möjlighet att försöka utveckla alternativa traumabehandlingsmetoder för olika flyktinggrupper (Reyes & Jacobs; Handbook of international disaster psychology, del 2 – 4, 2006).

Gatubarn sämre psykisk hälsa

I och med att psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri byggs ut även i utvecklingsländerna blir det möjligt med ett annat slags samarbete inom det här området. Läkare, psykologer och sociologer kan utföra studier i sina hemländer med vetenskaplig assistans från svenska universitet. Okellos studie av depression hos

kvinnor i Uganda, doktorsavhandling på Karolinska Institutet ("Cultural explanatory models of depression in Uganda, 2006) är ett exempel inom vuxenpsykiatri med betydelse även inom barn- och ungdomspsykiatri, eftersom deprimerade mödrar kan utgöra en risk för sina barns psykosociala anpassning särskilt under de tidigare åren.

I Umeå pågår två transkulturella doktorandprojekt i barn- och ungdomspsykiatri (Dr. Fedadu och dr. Desta). Det ena rör psykisk ohälsa hos ca 500 gatubarn (och lika många kon-



Vi kan lära oss psykiatri av folk från andra sidan jordklotet

troller) i Addis Abeba, Etiopien. Det andra är en populationsbaserad, epidemiologisk studie av 5 000 6 – 15 åringar i samma stad. Båda studierna använder moderna, standardiserade, barnpsykiatriska, diagnostiska intervjuer (DICA). Hittills publicerade fynd visar att gatubarnen hade sämre psykisk hälsa än kontrollerna och

i hög frekvens utsatts för omsorgssvikt, fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Den epidemiologiska studien visade att 17 % hade olika DSM IV diagnoser. Ångest och enuresis nocturna var vanliga symtom. (Hägglöf, pers. meddel.)

Depression med psykotiska symtom - en klansjukdom

De tre sistnämnda studierna visar också olika sätt att gå till väga vid den här typen av forskning. Okellos avhandling kartlade hur depression uppfattades, beskrevs och förklarades i den stamkulturen, där hon gjorde studien. Hon använde sig av Fokusgrupper för diskussioner med "vanliga människor", intervjuer med ett antal patienter, som behandlades för depression på en psykiatrisk klinik samt intervjuer med några traditionella healers. Hon fann att befolkningen och healerna hade andra förklaringsmodeller för orsak till och behandling av depression än den västerländska biomedicinska modellen. Depression utan psykotiska symtom betraktades som en "tankesjukdom", medan depression med psykotiska symtom ansågs vara en "klansjukdom", som orsakades av en relationsstörning mellan de levande och de döda. För detta fanns kulturellt förankrade traditionella behandlingsmetoder. Endast starkt störande sociala beteendeeavvikelser hos den sjuke gjorde, att man sökte hjälp hos psykiater. De barn- och ungdomspsykiatriska studierna har valt att kartlägga den typ av störningar, som definieras av DSM IV. Man har valt undersökningsinstrument, som tidigare använts i många länder och är reliabilitets- och validitetsprövade i de tidigare studierna. Det ger god möjlighet till jämförelse av resultaten med samma typ av studier i andra kulturer, i likhet med de tidigare nämnda studierna av beteendestörningar. Däremot fångas inte unika kulturella förklaringsmodeller av psykiska fenomen med den typen av metodik, förstås.

Till sist; Att lämna den egna kulturkretsen för att studera sin profession i ett nytt sammanhang ger också nya perspektiv på arbetet i hemlandet. Jag tror att alla transkulturella forskare, lärare och kliniker, som arbetat i olika internationella hjälpprogram kan ge personliga exempel på detta. Självt fick jag en ny syn på psykiatriskt behandlingsarbete när hela storfamiljen satte sig på huk med den hjälpsökande patienten i mitten i mitt arbetsrum på den psykiatriska kliniken i Khartoum, Sudan 1964. Den upplevelsen blev startpunkten för mitt livslånga intresse för familjeterapi.

Marianne Cederblad

Professor em Barn- och ungdomspsykiatri
Lunds universitet.

"Verbal bearbetning av trauma är främmande för individer i många kulturer, där man tvärtom lär ut att undertrycka uttryck för rädsla och sorg"

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.

Transkulturell psykiatri – medicinsk kunskapsområde eller flyktingpolitisk arena?

Som vikarierande underläkare på Beckomberga mentalsjukhus i Bromma mötte jag för första gången i början på 80-talet vad vi idag benämner transkulturell psykiatri. Då kände jag inte till några begrepp för det jag mötte. Att möta asylsökande patienter med svårtolkade symtom, patienter med osäkra och för mig främmande sociala villkor och den psykiatriska vården som en arena för svensk flyktingpolitik var en förvirrande upplevelse. Jag var oförberedd, saknade teoretiska referensramar, men nyfiket förundrad.

Mycket har ändrats sedan början på 80-talet. Idag är mer än 12% av befolkning född i ett annat land. Sedan 70-talet har vi haft en stor flyktinginvandring. Sverige har blivit allt mer mångkulturellt men också allt mer segregerat. Många nyanlända flyktingar är bosatta i förorternas lågstatus områden.

Då Sverige är segregerat och psykiatrin lokalt organiserad har behovet av kunskapsutveckling i transkulturell psykiatri framför allt vuxit fram i en sorts "marginal", vid psykiatriska enheter i segregerade förortsområden, bland dem som varit engagerade i att möta traumatiserade flyktingar och bland enskilda forskare (Bäärnhielm med fler 2005). I denna marginal har det skett en kunskapsutveckling som i en begränsad omfattning påverkar psykiatrin i dess helhet.

Att möta mångfald i syn på psykisk sjukdom

Transkulturell psykiatri handlar om att förstå och värdera kulturella faktorerens betydelse för psykisk sjukdom och för behandling. Det är ett kunskapsområde inom såväl klinisk vård som forskning. Idag handlar transkulturell psykiatri i Sverige ofta om att möta patienter i en migrationssituation, många gånger flyktingar med en traumatisk bakgrund. Men det handlar också om att möta mångfald, mångfald avseende uttryck för psykisk sjukdom, syn på psykisk sjukdom, sjukdomspanorama, sociala förhållanden, familjekonstellationer, språk, trosuppfattningar, levnadsvillkor, utbildning och mycket annat. Hittills har perspektivet mångfald fått en begränsad uppmärksamhet i psykiatrin.

Betydelsen av kultur och etnicitet för symtom och förlopp av psykisk sjukdom påtalas i introduktionen till DSM-IV. För att öka användbarheten internationellt och i mångkulturella vårdmiljöer innehåller DSM-IV:

1) en diskussion om hur kulturella variationer påverkar presentationen av psykiska sjukdomar 2) en diskussion om kulturbundna syndrom och 3) ett förslag till en kulturell diagnostisk formulering för att på ett systematiskt sätt kunna värdera och rapportera betydelsen av patientens kulturella sammanhang.

I anslutning till de olika sjukdomskategorierna i DSM-IV finns återkommande rubriker om hur kulturell variation påverkar sjukdomspresentationen. Rubriken kultur är ofta sammanförd med gender och ålder. Några exempel från innehållet följer. I introduktionstexten till kapitlet om schizofreni och övriga psykosjukdomar påtalas behovet av att kliniker tar hänsyn till patientens kulturella sammanhang. Syn och hörselhallucinationer beskrivs kunna vara normala religiösa upplevelser i vissa kulturella sammanhang men inte i andra. Det påpekas att bedömning av affekter kräver en sensibilitet för skillnader i uttryck av emotioner, ögonkontakt och kroppsspråk. Med hänvisning till erfarenheter från USA och Storbritannien påtalas risken för att kliniker kan överdiagnostisera schizofreni i vissa minoritetsgrupper. Depression beskrivs i vissa kulturella sammanhang förmedlas främst i kroppsliga termer och inte som skuld och skam. Kulturella skillnader i terminologi och i bedömning av allvaret i upplevelse av dysfori beskrivs.

DSM-IV är ett exempel på hur kulturell variation börjar beaktas som en klinisk realitet som kräver kunskapsutveckling och arbetsmetoder som beaktar just mångfald och variation. Det finns många kliniska områden där det finns ett behov av att förstå och ta hänsyn till kulturell variation, exempelvis: psykologiska testmetoder, skattningsskalor, informationsspridning och familjearbete. Listan görs lätt längre.

Psykiatri – som ett asylpolitiskt redskap

Fortfarande är den psykiatriska vården på många vis en arena för svensk asyl och flyktingpolitik. Etnologen Eva Norström (2004) analyserar i avhandlingen "I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik" skillnaden mellan logos (lagstiftning, direktiv och målbeskrivningar) för asylprövning och praxis. Norström konstaterar att beslut i enskilda ärenden ligger på byråkrater och att en "särskild kår har utsetts att utföra det obehagliga arbetet att faktiskt säga nej till en lång rad skyddsökande". Norström betraktar detta som ett sätt för andra aktörer att lägga skulden för den hårda flyktingpolitiken utanför sig själva, samtidigt som man själv kan identifieras som god och human.

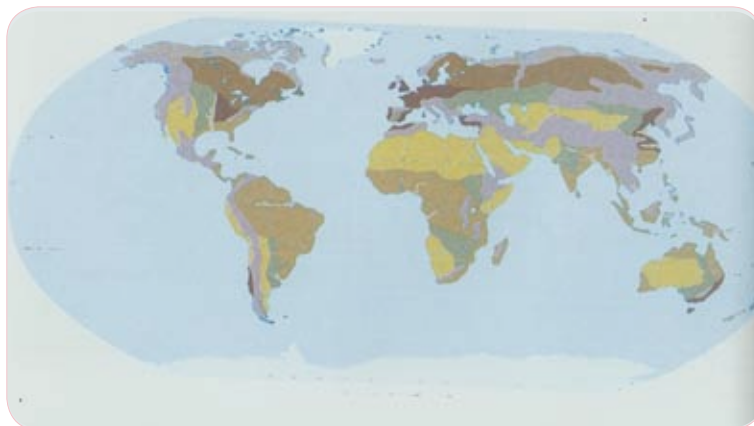
Det finns en analogi till psykiatrin. Även psykiatrin har haft en direkt roll i asylprövningsprocessen. Med intyg, eller genom att inte skriva intyg, har läkare kunnat påverka utslaget för den en-

" Sverige är ett av de länder i Europa som har den lägsta andelen beslut om uppehållstillstånd på grund av flyktingkäl "

skildes asylsökande. Genom att hänvisa till ett begränsande regelverk har enskilda läkare kunnat vara restriktiva med vårdinsatser. En restriktivitet som har kunnat påverka så väl hälsan för den enskilde som utslaget i asylprocessen.

Sverige är idag ett av de länder i EU som har den lägsta andelen beslut om uppehållstillstånd på grund av flyktingskäl (SOU

Här har jag kort beskrivit två frågor där jag ser ett stort behov av kunskapsutveckling. Att kunna möta mångfald i alla dess former är egentligen en del av den kliniska vardagen för hela psykiatrin men kommer i ett särskilt i fokus i mångkulturella vårdmiljöer. Kunskapsutveckling om mångfald och kulturell variation kräver ett engagemang av psykiatrin i sin helhet, inte bara av "margi-



2006:6). Avståndet till EU-genomsnittet är stort (SOU 2006:6). Sverige är också ett av de EU länder som är mest restriktivt med hälso- och sjukvård till asylsökande (Norredam med fler 2006). För vuxna asylsökande ersätter staten landstingen för akut vård och vård som inte kan anstå samt när föräldrabehandling är nödvändig för barn med vård inom barnpsykiatrin. En restriktiv tolkning av rätten till vård har lett till en begränsning av öppenvårdsinsatser. FNs specielle rapportör om mänskliga rättigheter, Paul Hunt, kritiserade för drygt ett år sedan Sverige för att sjukvården för asylsökande inte motsvarar internationella överenskomelser om mänskliga rättigheter. Hunt pekade på det etiska dilemma för enskilda läkare i att tolka och tillämpa den restriktiva rätten till sjukvård.

Läkarkåren kan få göra polisjobb

I den nya processordningen för asylsökande skall migrationsverket pröva om det föreligger verkställighetshinder. Detta öppnar för ett scenario av att läkarintyg kan få en viktig betydelse i asylprocessen. Som genom att glida på ett bananskal kan politiska beslut om asylrätt grumlans och läggas över på läkarkåren. En politisering av medicinska frågor har vi kunnat åse runt de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom. En översyn av frågan initierades av regeringen 2004. Ansvaret gavs till UD och migrationsministern. En nationell samordnare tillsattes. Samordnaren fick bland annat i uppdrag att kartlägga förekomsten av barn med uppgivenhetssymtom och att tillsammans med andra myndigheter

"Sverige är ett av de länder i Europa som är mest restriktivt med hälso- och sjukvård till asylsökande"

utveckla metoder för att upptäcka, möta och hindra att barn utvecklar svåra stressreaktioner (SOU 2006:114). En medicinsk fråga politiserades.

nalen". Forskning, undervisning och klinisk metodutveckling i transkulturella frågor måste bygga på samma vetenskapliga standard och kriterier som övrig psykiatrisk kunskapsutveckling. Kunskaperna kan komma hela befolkningen till godo.

För den asylpsykiatriska vården finns ett behov av en diskussion om tillämpning av medicinsk etik i mötet med asylsökande patienter, psykiatrins roll i asylprocessen och om den pågående tendensen till politisering av medicinska frågor. Det behövs även ett systematiskt utvecklande av kunskaper om asylsökandes hälsosituation, vårdbehov och konsekvenser av begränsningen i möjlighet till vård. FoUU-arbete behöver omfatta även asylsökande och den växande gruppen av "odokumenterade migranter".

Sofie Bäärnhielm,

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting
sofie.baarnhielm@sl.se

Referenser

- American Psychiatric Association. (2003). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, (4th ed.) Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bäärnhielm, S., Ekblad, S., Ekberg, J. & Ginsburg, BE. (2005). Historical Reflections on Mental Health Care in Sweden. The Welfare State and Cultural Diversity. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 394-419.
- Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. *Läkartidningen* 2006, 103(17):1317-9.
- Norström E. I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik. Umeå: Boréa förlag; 2004.
- SOU 2006:6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. Betänkande av Skyddsgrundsutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2006.
- SOU 2006:114. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – ett svenskt fenomen åren 2001-2006. Slutrapport av nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2006.

Trauma ger posttraumatiskt stressyndrom – En realitet som myndigheterna inte vill se

Psykiatri har alltid haft ett problematiskt förhållande till psykologiska trauman. Svårigheten har varit att bestämma hur fruktansvärd verkligheten får vara och var fantasin tar vid.

Freud accepterade initialt sina patienters berättelser om barn- och ungdomstrauma som skildringar av verkliga förlopp och ansåg i sin ursprungliga teori att dessa trauman var orsaken till neuroser. Han valde senare att förklara dem som fantasier och uttryck för den barnets omedvetna önskningar att förföra den vuxne. Medan fruktansvärda saker kunde pågå i det omedvetna var verkligheten mer kontrollerad och ordnad! Att på detta sätt hantera skuldfrågan medförde också att hela behandlingen kunde äga rum i det slutna analysrummet utan att behandlaren tvingades till besvärliga konfrontationer med omgivningen. Denna hållning, som kommit att prägla psykiatri framöver har av många ansetts vara ett svek mot patienterna och ett skuldbeläggande av den som behövt känna tillit och skydd (t.ex. Miller A, 1983). Var och en som varit kliniskt aktiv vet att en objektiv verklighet kan vara svår att fastställa. Var och en med någon psykoterapeutisk insikt inser också att våra patienters berättelser ibland är så skrämmande och provocerande för vår egen tro på en säker och god värld, att vi kan förledas att tro att allt egentligen är påhitt eller manipulation. Med psykoanalytiskt språk kallas det motöverföring.

Koncentrationslägerfångars överretlighet antogs bero på undernäringen

Med denna ovilja att förstå vilken påverkan psykologiska trauman kan ha i uppkomsten av olika tillstånd föredrar man ibland biologiska förklaringar. Leo Eitinger beskrev efter andra världskriget hur de människor som kom till de nordiska länderna från Hitlers koncentrationsläger uppvisade en nervös överretbarhet, koncentrationssvårigheter och diverse andra symptom. Tillståndet antogs bero på undernäringen i lägren. Först småningom började man acceptera att livshotande psykiska trauman i sin egen rätt kunde ge upphov till dessa symptom, som kom att betecknas med KZ-syndromet (Eitinger 1961).

1984 startades Röda korsets center för torterade flyktingar i Stockholm. Jag kom att bli centrets första chefläkare. Under några månader togs patienter från olika delar av världen emot. Cen-

trets behandlare, av vilka flera hade judisk bakgrund, började lära känna innebörden av begreppet posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Det hade några år tidigare lanserats i DSM-III (Association, AP 1980) som en mer allmängiltig diagnos än KZ-syndromet. Vietnamkriget var den omedelbara orsaken till att tillståndet åter hade uppmärksammats. Diagnosen fick en politisk betydelse genom att uppmärksamma följderna av krig och lade orsaken i de extraordinära förhållanden som människor ibland utsätts för och endast i mindre utsträckning hos den drabbade. När den första palestinska flyktingen berättade om sina symptom efter tortyr i ett israeliskt fängelse, ifrågasatte flera behandlare vid centret sanningshalten i berättelsen eftersom man ansåg sig veta att tortyr inte förekom i israeliska fängelser. Denna uppfattning fick revideras efter ytterligare kontakter med verkligheten.

Lekmän blundar för trauma

Trots att PTSD knappast längre kan anses vara en ny diagnos möter den fortfarande motstånd. Den har i enlighet med den ursprungliga beskrivningen i DSM-III förknippats med "händelser utanför normal livserfarenhet" och man har därför ofta förnekat dess existens i vardagspsykiatri. Den är

en naturlig reaktion för lekmän att vilja blunda för trauma, att förneka verklighetens ohälsorika förhållanden för att på det sättet lättare behålla tron på att världen är god. När det gäller myndighetspersoner, som handläggare på Migrationsverkets gäller det också att försvara en tro på att man fortfarande handlar i linje med lagstiftningens intentioner att ge skyddsbehövande det skydd de har rätt till. Samma mönster tycks upprepas gång efter annan. För några år sedan försvann ett barn från sin asylsökande familj. Polisens utredning präglades av tron att familjen gömt barnet i syfte att påverka asylprocessen. Lång tid senare hittades resterna av barnet i skogen inte långt från familjens hem. En mer ambitiös räddningsinsats från början, av det slag som brukar organiseras när svenska barn försvinner, hade sannolikt kunnat ändra förloppet.

I TV-programmet Spelet om de apatiska flyktingbarnen, och efterföljande artiklar i Dagens Nyheter, har journalisten Gellert Tamas visat att också på högsta politiker- och sakkunnignivå har samma enkla mekanismer fått genomslag. Statens tillsatta utredare Marie Hessle har samverkat med invandrarminister Barbro Holmberg för att systematiskt bortförklara betydelsen av traumatiska händelser för psykopatologi till förmån för spekulationer kring manipulering och simulering hos de drabbade (SOU

"Statens tillsatta utredare Marie Hessle har systematiskt bortförklarat trauma till förmån för spekulationer om manipulation"

2006:49, SOU 2006:114). Migrationsverket gjorde polisanmälningar mot barnens föräldrar på misstanke om förgiftning eller vanvård! Samtliga anmälningar har visat sig sakna grund.

Psykiatrer som såg sig kallade att hjälpa till med hemsnickrade teorier om allt från bromidförgiftning till simulering på föräldrarnas uppdrag återopades som experter i utredningen. Man skulle inte tro att det var möjligt, att mer än 60 år efter andra världskrigets slut och mer än 25 år efter att PTSD introducerats i DSM-III, i en psykiatrisk kontext fortfarande förhålla sig så förnekande till betydelsen av psykiska trauman. Detta är naturligtvis en lågvattenmarkering för en statlig utredning. Inte desto mindre visar exemplet hur starkt motståndet är att ta till sig det uppenbara, åtminstone om detta uppenbara utmanar den trygga, värld där snusförnuftet har tolkningsföreträde. Argumentationen faller in i en välkänd mall, som förefaller ha präglats för att hålla obehagliga frågor på avstånd.

Trauma och psykiatri

På professionella inom psykiatrin borde ställas större krav på empati än på tjänstemän med ansvar för invandrarlagstiftningens tillämpning. Befolkningsundersökningar från USA har visat, att trauman av det slag som kan ge upphov till PTSD har upplevts av en majoritet av den vuxna befolkningen och att prevalensen av PTSD ligger mellan 5 och 10 % (Breslau et al 1991, Kessler et al 1995). I Sverige har siffran 1-2 % tills nyligen brukat upprepas utan hänvisning till undersökningar – också av fackfolk. Det har varit förvånande eftersom man i vårt grannland Norge vid undersökningar i Oslo och Lofoten fått siffror av samma storleksordning som i världen i övrigt. Den första större svenska undersökningen för ett par år sedan visar en livstidsprevalens på 5.6% (Frans Ö et al 2005). Intresset för PTSD har i Sverige haft en katastrofpsykiatrisk inriktning med ökande intresse i samband med Estoniakatastrofen och tsunamin julen 2004, således ett intresse för det som ligger "utanför normal livserfarenhet". Denna formulering av A-kriteriet ändrades för övrigt redan 1987 i DSM-III-R (Association AP, 1987) till en händelse som varit förenad med hot mot livet och som uppväckt fasa eller stark skräck. Den nya formuleringen ligger i linje med de epidemiologiska fynden av allvarliga traumas vanlighet.

Inom psykiatrin används diagnosen sällan, också när det gäller

befolkningar med ett stort inslag av flyktingar (Al-Saffar, Borgå m.fl. 2002) eller t o m när det gäller renodlade flyktinggrupper (Roth 2006). Inom den psykiatriska vården föreligger alltså en uttalad underdiagnosticering. Det gäller svenska patienter, där användande av ett självskattningsformulär i

öppen vård visar en prevalens av trolig PTSD på 29 % (Al-Saffar, Borgå et al 2002). Men det gäller i än högre utsträckning etniska minoritetsgrupper, där prevalensen varierar med ursprung men i flera grupper ligger över 50 %. Sedan länge finns studier som visar att den överväldigande majoriteten av patienternas allvarliga psykiska trauman förblir okända för behandlarna och att PTSD underdiagnostiseras (Jacobson & Richardson 1987, Zimmerman et al 1999).

Det förefaller som om det inom psykiatrin finns två strategier för att undvika att ta ansvar för traumatiserade patienter. Den första går ut på att kriser och trauma främst bör handläggas inom primärvården. När traumatiserade patienter ändå hamnar inom psykiatrin är den andra strategin att hävda att det krävs

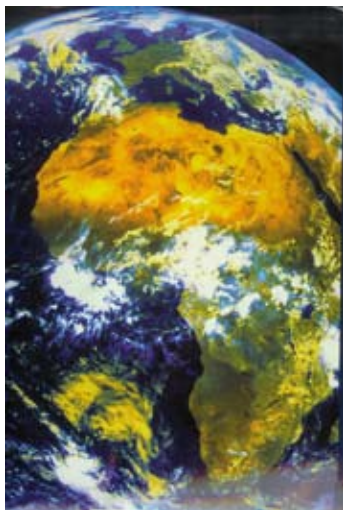
traumaspecifika terapeutiska kunskaper för att bemöta och behandla traumatiserade. Har man inte det riskerar man att göra mer skada än nytta genom att aktualisera trauma! Inte desto mindre ansåg cirka hälften av patienterna i ovan nämnda patientgrupp på en vanlig öppenvårdsmottagning att deras traumatiska upplevelser hade uppmärksamats och tillräckligt beaktats i behandlingen (Al-Saffar, Borgå et al 2004, a). Intressant är att bland dessa patienter var det sju gånger vanligare att patienterna hyste stort förtroende för behandlaren och utfallet i självskattad hälsan och symptomatologi (PTSD och depression) var också väsentligen bättre än i den grupp, som inte var nöjda med hur trauma beaktats. Det förelåg emellertid en skillnad i hur invandrade patienter upplevde att deras traumatiska upplevelser beaktats. Invandrare var i signifikant lägre utsträckning

nöjda med hur trauma beaktats jämfört med svenskfödda. Man kan förstå detta som att invandrarskapet, kanske med åtföljande språksvårigheter, och oförmåga hos behandlaren att sätta sig in i patientens bakgrund ökar motståndet mot att tala om trauma.

Utvecklingen av PTSD

Samtidigt som man uppmärksammat hur vanligt det är med trauma i befolkningen, har det blivit tydligt att ett enstaka sådant trauma sällan leder till utvecklingen av PTSD. Det förefaller att de flesta av oss är rustade för att ta både en, två eller tre smällar, åtminstone om vårt sociala nätverk är intakt och om vi har någorlunda gynnsamma förhållanden för att bearbeta vad vi varit med om. Om vi däremot drabbas av ett flertal upprepade traumatiska händelser, kanske utan möjlighet att bearbeta de tidigare, ökar också risken för utvecklande av PTSD. Intressant är att ingen som inte uppgivit minst ett trauma – hos sig själv eller nära anhörig – uppvisade symptom-bilden för PTSD. Detta styrker diagnosens validitet.

"Den överväldigande majoriteten av patienternas allvarliga psykiska trauman förblir okända för behandlarna och PTSD underdiagnostiseras"



"Psykiatrer som såg sig kallade att hjälpa till med hemsnickrade teorier om allt från bromidförgiftning till simulering återopades som experter"

Det tycks vara vid fyra eller fler trauman som risken för PTSD starkt tilltar. Men även bland de som rapporterat 10 trauman eller mer uppvisade endast 75 % PTSD. Samtidigt hade de ju alla sökt psykiatrisk öppenvård och hade alltså andra besvär. Men reaktionerna och de patologiska uttrycksformerna efter traumatiska belastningar varierar. Lika vanligt som att traumatiserade patienter uppvisar PTSD är att de visar symptom från den depressiva sfären. Depressiv symptomatologi eller symptom förenliga med andra etablerade diagnoser, som ofta överlappar PTSD-symptomatologin, kan också vara en av förklaringarna till att man kliniskt ofta förbiser PTSD. Man talar något oegentligt om en co-morbiditet, som om det vore fråga om oberoende och icke-relaterade sjukdomar, när det i själva verket rör sig om en patoplasticitet med stor individuell variation i uttrycksformer på trauma.

I detta symptomatiska traumaspektrum finns också mycket somatiska uttrycksformer, som smärta eller i de gravare formerna påverkad kroppslig koordination. Även personlighetsstörningar som en följd av trauma är en realitet som man bör räkna med. För att bättre täcka in en del av dessa utvidgningar av det ursprungliga PTSD-begreppet talas ibland om komplex PTSD eller DESNOS. I den kliniska vardagen förefaller det viktig vara att våga fråga om, uppmärksamma och fokusera på patientens traumatiska upplevelser i behandlingen oavsett klinisk manifestation.

Är PTSD ett kulturspecifikt syndrom?

Kritiken mot PTSD har luftats från många håll men varit särskilt intensiv i USA. Här finns en politisk oro att utbetalningar i kompensation till många krigsinvalida ska bli en alltför betungande del för statsfinanserna. Mellan 1999 och 2004 steg betalningarna till krigsveteraner från 1.7 miljarder USD till 5.4 miljarder vilket skapar oro för att invasionerna i Afghanistan och Irak ska bli alltför kostsamma (Washington Post Dec 27, 2005). Ändå har bara en liten del av de soldater som sänts till Irak börjat få sin kompensation.

I spelet kring krigsinvaliditet är PTSD-diagnosen ofta avgörande. Av samma skäl som diagnosen från början hade en politisk betydelse, motarbetas den nu aktivt av etablissemangen. Detta är helt i linje med osynliggörandet av krigets konsekvenser, som är viktigt för president Bush om han inte totalt ska förlora det politiska stödet. I detta osynliggörande finns utnyttjande av civilanställda med vapen, som inte faller under krigets lagar och där antalet stupade inte behöver redovisas. Tyvärr märks även från psykiatriskt håll ett medagerande i detta osynliggörande, långt utanför den marknad för vilken det var ämnat. Således framför ibland



även svenska psykiatrer att PTSD är litet av en "trenddiagnos", till vilken det finns skäl att ställa sig skeptisk.

Andrew Young har i *The Harmony of Illusions* (1995) framfört

att PTSD är en kulturell konstruktion, något som man förvisso kan säga om alla psykiatriska diagnoser. Andra forskare (Jones et al 2003) har påpekat att ett symptom som i USA närmast anses patognomont för PTSD, de s.k. "flash-backs" inte finns beskrivna i patientjournaler från första och andra världskrigen eller boerkriget. Detta har tagits till intäkt för att PTSD är ett nyare fenomen. I USA anser man att PTSD nu är så välkänd i befolkningen, bl a genom skildringar i film och böcker, att man måste räkna med att åtskillig f d soldater utnyttjar diagnosen för att skaffa sig invalidpension. Från flera läger har argumenterats att PTSD bör betraktas som ett kulturbundet syndrom, knutet till den västerländska- och kanske speciellt anglosaxiska – kulturen. Diagnosen skulle således höra hemma i den lista som redovisas i DSM-IV som Kulturbundna syndrom som amok och dhat (semenförlust), båda exemplen från den asiatiska kultursfären.

Eftersom samma drivkrafter att få krigspension inte funnits i Sverige, borde det vara en god idé att undersöka i vilken utsträckning som tillståndet finns bland psykiatriska öppenvårdspatienter. Genom att titta på förekomsten i olika etniska grupper borde man också kunna upptäcka om diagnosen har en särskild bindning till någon viss kultursfär. I patientmaterialet från den ovan nämnda öppenvårdsstudien undersökte vi förekomsten av självskattad PTSD i fyra etniska grupper: Araber, iranier, svenskar och turkar. Självskattningsformulär liksom frågor om egna och nära anhörigas trauma hade översatts till de aktuella språken. Förekomsten varierade, men inte med någon övervikt för den västerländska kulturen, där ju exponeringen av trauma också var minst. Man kunde visa att traumabelastningen – mätt i angivna trauman mot den egna personen eller mot en nära anhörig – hade ett rätlinjigt samband med andelen som utvecklat syndromet PTSD i respektive etniska grupp (se Fig 2 på www.svenskpsykiatri.se).

I detta avseende skilde sig PTSD från andra undersökta diagnoser som visade mer svårförklarlig överrepresentation i olika etniska grupper. Somatoformt syndrom var vid samma mottagning nästan nio gånger så vanligt hos greker jämfört med alla övriga grupper sammantagna och psykosor hos afrikaner hade en OR= 5.6 jämfört med alla övriga grupper sammantagna (Al-Saffar, Borgå et al, 2004 b). Det förefaller alltså som PTSD hör till de diagnoser som är relativt opåverkade av kultur, vilket är rimligt om man ser dess ursprung i som en av skräck framkallad överlevnadsreaktion.

Sanna berättelser tvingar fram ändrad världsbild

Motståndet att se trauma bland patienter har manifesterat sig genom en förnekande attityd bland många behandlare. Bakom denna attityd kan man ana en idylliserande världsbild, som man vill behålla intakt. Om patienternas berättelser är sanna kan jag bli tvungen att korrigera min egen världsbild, och jag kan inte längre känna mig lika trygg. Även när man förstått att det finns bakomliggande trauma har man inte alltid ansett det indicerat att

"Det förefaller alltså som om PTSD hör till de diagnoser som är relativt opåverkade av kultur"

undersöka detta närmare med rationaliseringen att det kan skada patienten genom en retraumatisering. Tills helt nyligen har den typen av argument förfäktats i vetenskapliga skrifter. Den som känner till PTSD:s kardinalsymptom "intrusion" vet att de påträngande minnena är något som patienten dagligen umgås med, men i regel i sin ensamhet. Att möta en behandlare som empatiskt frågar efter trauma innebär därför ingen retraumatisering utan en lättnad. Risken för retraumatisering ligger endast i oskickligt beteende från behandlaren, dit nog också får räknas undvikande och förnekande. Studien ovan från öppenvårdsmottagningen (Al-Saffar, Borgå 2004 a) visar också att även när personal utan specifik traumaterapeutisk utbildning adekvat adresserar trauma ingjuter det förtroende hos patienterna och leder sannolikt till ett bättre utfall.

Så länge trauma kunde betraktas som "utanför normal livsfarenhet" kunde man låta specialiserade institutioner handlägga det, t ex under beteckningen Kris- och katastrofpsykiatri eller mottagningar för torterade flyktingar. Fortfarande kunde illusionen behållas att det rörde sig om företeelser som bara undantagsvis inträffar, och om de mer frekvent inträffar så gäller detta i alla fall inte vårt land. Man skulle då förvänta sig att symptomen hos flyktinggrupper som vistats viss tid i mottagarlandet skulle avta, och att deras psykiska hälsa gradvis skulle förbättras. Så är inte fallet.

Två avhandlingar från de senaste åren om flyktingars psykiska hälsa, en från Norge (Birgit Lie, 2002) och en från Sverige (Göran Roth, 2006) visar att den psykiska hälsan inte förbättras med tiden i det nya landet. Tvärtom tycks den successivt försämrats på ett närmast katastrofalt sätt. Med dessa fynd följer insikten att den dåliga hälsan inte bara har att göra med traumatiska händelser i ursprungslandet (premigrationstress) utan också förhållanden i mottagarlandet (postmigrationstress). Säkert bjuder det ännu större motstånd att titta på dessa faktorer.

Det ligger nära till hands att tro att den utdragna asylprocessen och motsägelsefulla flyktingmottagandet – initialt välkomnande och erbjudande av socialt stöd och svenskstudier som regelmässigt följs av avslag, överklaganden och osäkerhet – spelar en väsentlig roll i denna produktion av psykisk ohälsa. I Norge är förhållandena något bättre än i Sverige genom att en större andel beviljas asyl som flyktingar. Göran Roths studie rörde sig om kosovoalbener som endast fick tillfälligt uppehållstillstånd initialt, men där ändå ganska många efter en flera år lång process av osäkerhet, kom att beviljas uppehållstillstånd.

Det rörde sig alltså om människor vars livssituation djupfrysts i osäker väntan på att den legala processen skulle ha sin gång. Ganska många av dagens invandrare befinner sig i en liknande situation. Prognosen av traumarelaterad sjuklighet har visat sig vara särskilt dålig för dem som uppvisar en kombination av PTSD- och depressiva symptom (Roth 2006).

Säkert finns det skäl att också studera psykiatriens roll i denna ogynnsamma utveckling.

"Vård som inte kan anstå"

Vi har tidigare nämnt bristen i uppmärksammande av trauma

bland psykiatriens patienter. Som framhölls gäller detta i ännu högre grad om patienten är utlandsfödd. Allvarligt traumatiserade, t ex de med ett större antal trauma eller allvarliga trauman med interpersonellt våld, och patienter med utländsk bakgrund upplever i lägre utsträckning att deras trauma beaktats tillräckligt i behandlingen (Al-Saffar, Borgå m.fl. 2004 a). Om patienten saknar uppehållstillstånd finns ofta den felaktiga uppfattningen hos vårdpersonalen att han eller hon inte har rätt till annat än akut vård. Detta kan samverka med behandlarens motstånd att gå in i en traumafokuserad behandling.

Den riktiga beskrivningen är att patienten har rätt till "vård som inte kan anstå". Vi har då skäl att fråga oss hur det begreppet bör tolkas inom psykiatrin. Dit bör räknas sådan vård som inte kan

skjutas upp utan men för patienten, men också sådan vård som inte kan skjutas upp utan att läkarens grundprinciper och dess manifestationer i internationella konventioner bryts. En god översikt av dessa får man på World Medical Associations hemsida (www.wpa.org), som också tillhandahåller en mycket praktisk manual i medicinsk etik. Den internationella koden för medicinsk etik fastslår vår skyldighet att behandla varje patient utifrån hans eller hennes behov, utan att ta hänsyn till exempelvis nationalitet eller ställning i samhället.



"Om patienten saknar uppehållstillstånd finns ofta den felaktiga uppfattningen att han eller hon inte har rätt till annat än akut vård"

Vinster med tidig intervention

Begreppet bör vidare ses i relation till de senaste decenniernas utveckling inom psykiatrin. Vinsterna av tidig intervention har uppmärksamats alltmer. Genom tidig intervention undviker man lidande och dessutom i de flesta fall kostsam slutenvård. Utbyggnaden av den psykiatriska öppenvården har haft som uttalat mål att förebygga inläggningar i slutenvård, med medföljande iatrogena effekter. Denna utveckling har i huvudsak varit framgångsrik med en minskning av psykiatriska sjukhusplatser, även om det finns skäl att tycka att minskningen de senaste åren gått för långt.

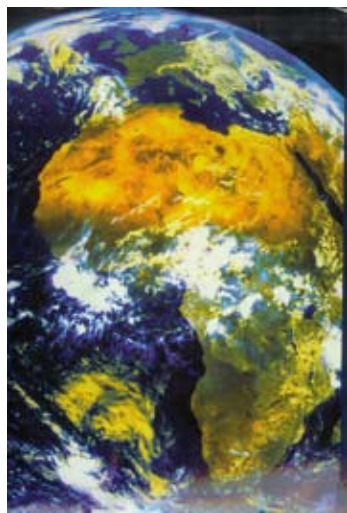
Det finns inget rimligt skäl att anse att inte också asylsökande, som vi vet ofta kommer att stanna i vårt samhälle många år, också skulle omfattas av samma synsätt. För närvarande vårdas de i stor utsträckning inom psykiatrisk slutenvård, vilket är ett utslag av en alltför stor begränsning av insatserna i öppen vård.

Man kan tycka att det inte är ett idealiskt läge att gå in i en traumafokuserad psykoterapi, om patientens asylsituation inte är klarlagd. Det är dock svårt att veta när situationen blir bättre och planera för det. Ofta är det inte en fråga om allt eller intet. Att inta en avvisande eller undvikande attityd, kring frågor om trau-

ma, är inte något som patienten har nytta av. En sådan attityd kan patienten ibland identifiera som del av det förnekande han redan mött hos myndighetspersoner, i sitt eget land eller i Sverige. I sådant fall hindras han känna den tillit som är en förutsättning för behandlingsalliansen. Ofta känns det som en trygghet att behandlaren har förstått något om bakgrunden. Det är då lättare att ta emot olika former av psykosocialt stöd. Som behandlare kan man ofta kunna överlåta till patienten att avgöra när läget är lämpligt för en djupare bearbetning, förutsatt att man visat sin beredvillighet. Denna "timing" är en viktig del av all trauma-behandling.

Vi måste påminna oss att i psykoterapi är det patienten som gör det stora arbetet. Att väcka frågan om trauma innebär därmed inte att vi övertar ansvaret för det arbete som patienten, mer eller mindre framgångsrikt, själv bedriver. Vi kan i bästa fall medverka som en katalysator.

Det är vår övertygelse att om man lyckas skapa ett utrymme för patientens reflektion och bearbetning, så står han bättre rustad inför nästa traumatiska belastning. Det är den additiva effekten av trauma som i bästa fall kan brytas av att patienten i någon mån "klarat av" ett trauma innan nästa kommer. Kanske kan på detta sätt de gravare formerna av PTSD undvikas. Det faktum att den psykiska sjukligheten ökar i traumatiserade flyktinggrupper med tiden i det nya landet tyder på att varken samhället, eller den psykiatriska vården som är en del av det, kunnat skapa trygghet och utrymme för bearbetning. Vi vet redan något om vårdens tillkortakommanden på området och måste motverka dem. När det gäller traumatiska upplevelser med PTSD-symptomatologi har vi definitivt ett exempel på "vård som inte kan anstå". Ännu allvarligare är läget om det i tillägg finns en depression.



En fråga som kan kännas obehaglig kring traumatiserade flyktingar, är känslan av att man som behandlare blir ett redskap i kampen om asyl. Det kan kännas svårt då advokater "beställer" intyg för att förbättra asylchanserna. Det är viktigt att det man ger uttryck för är sådant, som man själv genom en behandlande kontakt med patienten kunnat styrka. Om intyget står för sig och behandlingsjournalen är tom, brukar också de asylprövande myndigheterna ha skäl att vara skeptiska.

Det är dock motsatsen som för behandlaren utgör de känslomässigt påfrestande situationerna. Det är inte ovanligt att patienten efter en tids behandlingskontakt, med stor vanda och synbar ångest berättar om sådana traumatiska händelser som han inte tidigare uppgivit för sin advokat eller i tidigare kontakter med myndigheterna. Man kan då plötsligt känna att bitarna faller på plats. När man återoppar detta i ett intyg känns det ytterligt kränkande när svaret blir att berättelsen "inte bär sanningsprägel eller i vart fall får anses starkt överdriven".

För att ytterligare markera att man inte tänker låta sig påverkas av detta intyg framhåller man att uppgifterna – om de vore sanna – skulle återopats redan i ansökan. Om sådana berättelser berättas lätt och ledigt vid första kontakt finns det skäl att ställa sig skeptisk! När man upplevt hur kränkande sådana myndighetsuttalande känns för en själv som behandlare, är det inte svårt att föreställa sig att de kan utgöra retraumatiseringar för patienten. Tyvärr innebär den typen av händelser sannolikt att många behandlare ransonerar sina kontakter med asylsökande, där man kan förutsätta att konfronteras med Migrationsverket.

"När det gäller traumatiska upplevelser med PTSD-symptomatologi har vi definitivt ett exempel på 'vård som inte kan anstå'"

Psykiatrins motstånd drabbar flyktingar

Vi har i denna artikel velat peka på, vad som förefaller vara psykiatrins inneboende motstånd att se sina patienters traumatisering. Det finns data som visar att detta särskilt drabbar flyktingar. Asylsökande är i sammanhanget en utsatt grupp, därför att de inte erbjuds ordnade former för behandling. Samtidigt vet vi att flyktingarnas psykiska hälsa tenderar att försämrats med tiden i det nya landet. Eftersom andra data visar att en fokusering av genomgångna trauma i behandlingen är förknippad med bättre självupplevd hälsa och mindre symptom på PTSD och depression, finns det skäl att rekommendera att i inget läge skjuta upp behandling av traumatiserade flyktingar oavsett asylstatus.

Det förefaller som om den viktigaste terapeutiska tillgången i detta sammanhang är modet att våga fråga om genomgångna trauman – och att lyssna på svaret. Ett neutralt sätt att fråga – som också förmedlar betydelsen av trauma till patienten – är färdigtryckta "traumaformulär" som patienten kan kryssa i. Det är i regel inte svårt för patienten att tillstå vad han eller hon varit med om när dessa händelser är så vanliga att det uppenbarligen finns skäl att fråga om dem i ett formulär. I regel upplever patienten en lättnad av att se att behandlaren uppenbarligen är beredd att tala om dessa saker. Bearbetningen börjar då redan med genomgången av frågeformuläret tillsammans.

**Per Borgå
Medförfattare: Suad Al-Saffar**

Referenser och figurer, se www.svenskpsykiatri.se

VÅRMÖTET 7 - 9 MARS 2007

Sammanställning av diskussion av parallella seminarier

Seminarium 1. Unga vuxna. Samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatri med utgångspunkt från två projekt, Ett avslutat på Värmdö, "Samverkan i fokus" och ett pågående "Mottagning för unga". Från BUP Anders Schiöler och Penny Fagerberg från Vuxenpsykiatri Ulf Brinck.

Seminarium 2. Späda barn och sårbara mödrar. Samverkan BUP och FoU-enheten Psykiatri Södra. Anna Malmqvist Saracino från Vuxenpsykiatri Margareta Blomdahl

Seminarium 3. Neuropsykiatri. Lena Nylander från vuxenpsykiatri

Seminarium 4. Barn till psykiskt sjuka. Ninni-gruppen, Gun Wallin från Vuxenpsykiatri, Eva Thurnell från BUP

Seminarium 5 UTGÅR

Seminarium 6. OCD - behandlingsverkstad. Susanne Bejerot från Vuxenpsykiatri.

Seminarium 7. Suicid bland ungdomar, Bo Runesson från Vuxenpsykiatri

Seminarium 8. DBT. Färdighetsträning. Workshop, Peter Csatló. Per Lundström från Vuxenpsykiatri

Seminarium 9. Titel: Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Barn - och vuxenpsykiatri i samverkan. Lotta Wiberg och David Eberhard.

Seminarium 10. Att kommunicera med media. Problematisering utifrån de apatiska flyktingbarnen.

Olav Bengtsson, Hanne Kjöllér, Birgitta Sevefjord mfl

Seminarium 11. Ätstörningar, samverkan BUP Vuxenpsykiatri. Anna-Maria af Sandeberg Stockholms centrum för ätstörningar

Seminarium 12. Unga med psykos. Margareta Egeberg från BUP, Lena Flyckt från Vuxenpsykiatri Sydvest

Seminarium 13. Mindfulness. Workshop, Karin Hellman från Vuxenpsykiatri

Seminarium 14. En studies öden och äventyr. Eva Serlachius från BUP

Seminarium 15. Barn som bevittnar våld mellan vuxna Bågen-filmen, Anna Norlén BUP

Seminarium 16. En utvärderingsmodell för kliniskt barn- och ungdomspsykiatriskt arbete. Rökindamodellen, J-O Larsson, Birgitta Nordenborg från BUP.

Seminarium 17. Ett gott yrkesliv - förutsättningar och förhinder. Birgit Hallerfors från BUP

Seminarium 18. MBT, - evidensbaserad psykoanalytisk terapi vid svår personlighetsstörning Så kan man starta en ny verksamhet. Göran Rydén, Psykiatriska kliniken Sydvest, Huddinge.

Seminarium 19. UTGÅR

Seminarium 20. Titel: BUP Vasas verktygslåda - exempel på hur man "bär sig åt" i behandling av sexuellt utsatta barn- och ungdomar. En hjälp att göra teorier och kunskaper konkret användbara Bengt Söderström

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2007 - 2008

NUMMER 2

Psykiatrins risker del 1 (Riskbedömningar suicid och farlighet)
(Innehållsansvariga Kristina Sygel & Per Lindqvist)
Deadline 20 april 2007

NUMMER 3

Själ och ande
(Innehållsansvariga Björn Wrangsjö & Tove Gunnarsson)
Deadline 20 juni 2007

NUMMER 4

Psykiatrins risker del 2 (Hur förändrar jobbet psykiatern?)
(Innehållsansvarig Daniel Frydman)
Deadline 20 oktober 2007

NUMMER 1 2008

Psykiatri och media
(Innehållsansvarig David Eberhard)
Deadline 20 januari 2008

**SKRIV TILL
OSS**

Psykolog Peter Anderberg: "Antidepressiva läkemedel har ingen effekt"

Vad är en evidensbaserad depressionsbehandling? Under det senaste årtiondet har ökade krav ställts på att behandling av psykisk ohälsa skall vara evidensbaserad. Den organisation i Sverige som har haft störst inflytande i detta avseende är Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Problemet är att SBU misstolkat vad det är som har evidens vilket leder till missvisande slutsatser. Dessutom tillämpar SBU olika kriterier för evidens för psykoterapi respektive psykofarmaka vilket systematiskt missgynnar psykoterapi [1]. I denna artikel granskas SBU:s slutsatser om behandling med antidepressiva respektive psykoterapi vid depression [2].

Vad har egentligen effekt vid behandling med antidepressiva?

SBU menar att behandling med antidepressiva vid depression generellt är evidensbaserad. Slutsatsen bygger på att antidepressiva i randomiserade kontrollerade studier uppnår något bättre effekt än placebo. För att generalisera dessa resultat till all behandling med antidepressiva utgår SBU från att det primärt är antidepressiva i sig som står för effekten. SBU ställer därför inga krav på att en evidensbaserad behandling med antidepressiva i sedvanlig sjukvård utöver adekvat dosering och behandlingstid. En granskning av vad det är som står för effekten i behandling med antidepressiva leder till helt andra slutsatser.

Det finns tusentals studier där antidepressiva jämförs med placebo.



I metanalyser där studier med negativa resultat finns representerade i den utsträckning de verkligen förekommer uppnår placebo omkring 80 procent av antidepressivas effekt. Omkring 50 procent av de som får antidepressiva uppnår en signifikant symtomreduktion jämfört med omkring 40 procent för placebo. I omkring 60 procent av studierna saknas signifikanta skillnader mellan

antidepressiva och placebo. [5-8]. Detta är viktigt då flertalet publicerade studier av antidepressiva är finansierade av läkemedelsbolag. Eftersom industrifinansierade studier ger en överdrivet positiv bild av bolagets

egna produkter ger metaanalyser av publicerade studier en osakligt positiv bild av antidepressiva [3]. Samma problem finns i all farmakologisk forskning. Omkring 75 % av alla publicerade läkemedelsstudier är finansierade av läkemedelsbolag. Det är fem gånger vanligare att dessa studier visar positiva resultat än att oberoende studier gör det [4].

"Skillnaden mellan mellan bra och dåliga läkare är större än skillnaden mellan antidepressiva och placebo"

Både placebo och antidepressiva uppnår således relativt goda resultat i kontrollerade studier men medicineringen är inte avgörande för behandlingsresultatet. Huvuddelen av effekten kan istället förklaras av det psykosociala stöd som patienterna får. Oftast får de träffa sin läkare varje eller varannan vecka under åtminstone de två första månaderna och därefter minst en gång per månad. I läkarsamtalen ingår oftast en strukturerad symtomskattning som i sig minskar både ångest och depression [9]. Kraften hos läkarsamtalen visas av att skillnaden mellan bra och dåliga läkare är väsentligt större än skillnaden mellan antidepressiva och placebo [10]. Patienter hos dåliga läkare försämrades av behandlingen och patienter hos bra förbättrades oavsett om de får placebo eller antidepressiva [11,12]. Patienter upplever att läkare med bra resultat förstår dem bra och alliansen är bättre mellan bra läkare och deras patienter än mellan dåliga läkare och deras [10,11].

Det räcker inte med en god kvalitet på läkarkontakten för att behandlingsresultaten skall bli bra. Antalet samtal är av stor betydelse. Skillnaden i symtomreduktion mellan patienter som får tät (varje eller varannan vecka) respektive gles kontakt är större än skillnaden mellan antidepressiva och placebo [13,14]. Dessutom kan nästan hela skillnaden i effekt mellan olika studier av antidepressiva förklaras av hur stödet till patienterna är upplagt [15].

Att som patient inom ramen för upprepade förtroendefulla samtal få möta en läkare som tror på sin metod och får patienten att känna sig förstådd är en psykologisk behandling med god effekt

i sig. Sammantaget står mängden och kvalitén på denna psykologiska del av behandlingen för nästan hela effekten. Behandling med antidepressiva i kontrollerade studier är därför primärt en psykologisk behandling.

Konsekvenser för effekt och evidens av sedvanlig behandling med antidepressiva

I kontrollerade studier kombineras täta stödsamtal med antidepressiva eller placebomedicinering. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att stödsamtal kombinerat med antidepressiva är något effektivare än stödsamtal kombinerat med placebomedicinering. Behandlingseffekten beror huvudsakligen på stödsamtalen. Den enda behandling med antidepressiva som har ett vetenskapligt stöd är därför den som kombineras med lika många stödsamtal som i kontrollerade studier. För den behandling med antidepressiva kombinerat med gles läkarkontakt som sannolikt är den vanligaste i sedvanlig vård saknas vetenskapligt stöd. Den är dock väsentligt mindre effektiv än behandlingen i kontrollerade studier eftersom den innehåller färre av de stödsamtal som förklarar huvuddelen av behandlingseffekten.

Vad har egentligen effekt vid behandling med psykoterapi?

SBU:s menar att endast ett antal manualbaserade terapier på omkring 20 samtal är evidensbaserade. Slutsatsen bygger på antagandet att det är omöjligt att säkert veta något om mer allmängiltiga principer för psykologisk förändring. Den enda säkra kunskapen är att en psykologisk intervention som ser exakt ut som i kontrollerade studier har en viss effekt. Endast den psykoterapi i sedvanlig sjukvård som använder samma manual under lika lång tid som i kontrollerade studier anses därför evidensbaserad. En granskning av vad det är som står för huvuddelen av effekten i psykoterapi leder till andra slutsatser.

Det finns hundratals randomiserade kontrollerade studier av psykoterapi. Sammantaget har psykoterapi god effekt vid psykiska problem inom samtliga större diagnoskategorier som depression, ångestsyndrom, personlighetsstörningar och schizofreni. Det saknas skillnader i effekt mellan olika etablerade psykoterapiformer [16-21].

För depression finns det ett tjugotal randomiserade kontrollerade studier av psykodynamisk psykoterapi (PDT) och väsentligt fler av olika former av kognitiv beteendeterapi (KBT), som är de vanligaste psykoterapimetoderna vid depression i Sverige [22,23]. Studierna är överlag gjorda på korta psykoterapier. Undantaget är en finsk studie där flerårig PDT gav bättre resultat än korttidsterapi

för jagsvaga patienter [Knekt och Lindfors, citerade i 24]. Korttidsterapi ger minst lika goda resultat som antidepressiva kombinerat med omkring åtta stödsamtal. PDT och KBT är lika effektiva [16,19,22].

Att olika psykoterapiformer uppnår lika goda resultat visar att faktorer som inte på ett enkelt sätt har med terapimetod att göra står för huvuddelen av effekten [16]. Skillnaden mellan psykoterapeu-

terapeuter som använder samma terapimetod är väsentligt större än skillnaden mellan olika etablerade metoder [10,25]. Två viktiga faktorer som förklarar en stor del av skillnaden i utfall är terapeutens personlighet [16,26] och kvaliteten på alliansen mellan terapeut och patient [27]. Generellt ger både rigid metodföljksamhet och avsaknad av metod sämre resultat [28,29]. En annan viktig faktor är att intensitet och längd anpassas till den unika patienten [30]. Dessutom är psykoterapier som bedrivs utan manual lika effektiva som manualbaserade forskningsterapier [31,32]. Det finns således inget stöd för att psykoterapier som bedrivs precis som i kontrollerade studier skulle vara särskilt effektiva [16]. Om något finns det stöd för att påtvingade tidsbegränsningar är kopplade till sämre resultat [33].

Psykoterapi är en behandling med starkt vetenskapligt stöd vid depression. Faktorer som förmåga att anpassa metoden till den unika patienten och hur god allians psykoterapeuten förmår skapa är viktigare än vilken psykoterapimetod som används.

Konsekvenser för effekt och evidens av sedvanlig behandling med psykoterapi

Psykoterapi i sedvanlig sjukvård liknar den som bedrivs i kontrollerade studier. Den använder sig av samma tekniker, bedrivs oftast med samma intervall mellan samtalen och under minst lika lång tid. Alla etablerade psykoterapiformer har således ett omfattande forskningsstöd i den form de vanligen bedrivs i sedvanlig behandling. Patienter som går i psykoterapi på en vanlig mottagning förbättras därför sannolikt minst lika mycket som patienter som får psykoterapi i kontrollerade studier. Dessutom förbättras de väsentligt mer än patienter som behandlas med antidepressiva utan de täta stödsamtal som ingår i kontrollerade studier.

Relationen som försvann

Som framgått är SBU:s slutsatser om evidensbaserade behandlingar vid depression vilseledande. I grunden utgår SBU från att en bättre depressionsvård kan uppnås genom att specifika tekniker genomförs på bred front. SBU:s övertro på tekniker illustreras kanske tydligast av att man missar det uppenbara att antidepressivas effekt primärt beror på de stödsamtal som patienten får.

SBU:s teknikfokus är märkligt då det är den enskilda läkaren/psykoterapeuten förmåga att få patienten att känna sig mött och förstådd som är helt avgörande för behandlingsresultatet. För både antidepressiva och psykoterapi är skillnaderna mellan olika läkare/psykoterapeuter större än skillnader mellan olika metoder [15,17]. Om syftet är att ge en god vård är det således viktigare att evidensbasera enskilda mottagningar, läkare och psykoterapeuter. Risken med SBU:s definition av evidens är att dåliga läkare och psykoterapeuter kan fortsätta ge dålig vård men hävda att den är bra eftersom den är evidensbaserad.

Peter Ankarberg

leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Samtalscentrum Unga Vuxna, Nyköping
peter.ankarberg@dll.se

För referenser se www.svenskpsykiatri.se

"SBU:s slutsatser om evidensbaserade behandlingar vid depression är vilseledande"

En vetenskapsman tar bladet från munnen

BOKRECENSION

"Gener är inte allt" skriver Barn- och ungdomspsykiatern Lennart Ramberg i sin kortfattade presentation av Steven Pinkers bästsäljande bok "Ett oskrivet blad". En bok som bör diskuteras ur flera synvinklar. Ramberg problematiserar kring det som inte är självklara sanningar för alla och reflekterar över Pinkers huvudtes. För en mer djupgående analys hänvisar han till tidskriften Psykisk Hälsa 3/2006 eller www.lennartramberg.praktikertjanst.se

Steven Pinker är professor i kognitiv psykologi och har skrivit böcker såsom *The Language Instinct* och *How the Mind works*. Föreliggande bok är skriven utifrån filosofen Hobbes tragiska vision om människan, enligt vilken hon är deterministiskt bunden till att leva sitt liv fyllt av flera i konstruktiv mening lösbara men i huvudsak olösliga konflikter, för så vitt inte samhället träder in och tyglar en del av deras yttringar.

Han menar att förra seklets humanistiska och psykologiska forskning skydde den genetiska forskningens resultat och i stället utgick från utopiska doktriner såsom att vi för det första föds till livet som oskrivna blad (*tabula rasa*), att vi för det andra i grunden är ädla vildar samt att vi för det tredje äger en själ som ett slags spöke i maskinen. Detta, menar han, bidrog till att förra seklet präglades av en utopisk ideologi, totalitarism och industriellt utförda sociala experiment i massiv skala med åtföljande mänskliga katastrofer som följd.

Pinker visar på de nya forskningsrön som framkommit under de sista decennierna och som gör de nämnda doktrinerna förlegade och menar att vi måste sluta att förneka människans medfödda natur.

Djuppersonlighet från savannen

Han tänker då på kognitionsforskningen i dess vida mening, som kan visa på hur den psykiska världen kan beskrivas i termer av informationsöverföring, komplexa beräkningar och återkopplingsprocesser (typ dynamisk systemteori). Vidare att medfödda strukturer existerar utifrån vilka medvetandet (liksom andra mänskliga egenskaper) utvecklas. Den visar vidare att det behövs bara en begränsad mängd program för att utveckla en oändlig mängd be-

teenden. Dessutom att det finns universella mekanismer som ligger bakom sinsemellan olikartade kulturer.

Evolutionspsykologin och beteendegenetiken är emellertid de vetenskaper han mest lyfter fram i boken.

Han menar att vi är människor med en genuppställning och följaktligen (sic!) med en djuppersonlighet som utvecklades under vår tid på savannen och att den bestämmer vårt psyke och vår intuitiva förståelse av världen samt vår kognitiva förmåga.

Utifrån vår genetiska grund utvecklar vi en inre (psykisk) verklighet och de språkbilder kulturen överför ändrar inte nämnvärt denna. Den ger oss: en intuitiv form av biologi med vars hjälp vi, utifrån en kodningsprocess som omvandlats till en genetisk disposition, relaterar till omvärlden. Vi särskiljer därför utan reflektion levande från död materia och är självklart övertygade om att levande varelser bär på en inneboende essens, som ger dem egen viljekraft. Vidare att andra människor är uppfyllda av ett osynligt väsen, själen, eller medvetandet, som i sin tur innehåller tankar och begär.

Vi har en läggning för att leva i mindre grupper till vilka vi räknar vår anknytning och vilka vi försvarar mot hot. Liksom vi har en inneboende känsla för kärlek, vänskap och solidaritet och odlar deras värde, har vi också en inneboende intuitiv känsla för när övergrepp av något slag sker och kräver lika intuitivt att ett rättmätigt straff utkrävs (inklusive dödsstraff).

Dessutom, menar Pinker, har vi en intuitiv känsla för ekonomiska realiteter i form av enkla utbyten.

Det intuitiva sättet att finnas till upplevs av oss som okomplicerat äkta och sant. Det till synes okomplicerade sättet att relatera till omvärlden är emellertid inte längre anpassat till

vår realitet. Vi har en intuitiv uppfattning av omvärlden och oss själva, grundad på den tolkning av omvärlden som var ändamålsenlig för den savannernas värld vi då levde i.

För ett samhälle med stor befolkning med en hög grad av diversifiering mer eller mindre g och ett system med utvecklade hierarkier, samt för mer komplexa ekonomiska transaktioner som den numera globala ekonomin kräver, finns ingen intuitiv förståelse. De mer eller mindre rationella regler vi lever efter måste läras in. Pinker menar att vi bör bygga vårt samhälle utifrån vår kunskap om det mänskliga psyke vi faktiskt har.

Samtidigt är det viktigt att vi i undervisningen av barn och ungdom dels lär ut de kunskaper som behövs för att leva i vårt samhälle och som vi inte intuitivt förstår. Vi måste använda vårt kritiska, rationella tänkande samtidigt som vi respekterar vår mänskliga

"Det till synes okomplicerade sättet att relatera till omvärlden är emellertid inte längre anpassat till vår realitet"

natur när vi söker forma vårt samhälles värderingar och lagar.

Några kritiska synpunkter.

Gener är inte allt. (Den mänskliga) Kulturen utgör en nisch i Darwins mening, om än en virtuell sådan.

Psykobiologen Jaak Panksepp (1998) har visat att många däggdjur i princip har samma grundläggande emotioner och drifter som Pinkers intuitiva urmänniska (mitt uttryck).

Pinker visar att hjärnan på många sätt är väl genetiskt förprogrammerad för sin framtida funktion – ett i sig mycket intressant avsnitt i boken. Han tycks tro att många menar att hjärnan är plastisk i så måtto att den omgivande miljön kan omforma den. I samma anda viftar han dock bort seriösa forskares resultat (Se t.ex. Deacon "The Symbolic Species").

I vår tid, när vi får så goda dietresultat med GI-metoder och stenålders-bantning, är det lätt att anamma tanken att vi alla i grunden är savannmänniskor, med en genetisk uppsättning som kanske är upp till en miljon år gammal, och att inte mycket hänt med den mänskliga naturen sedan dess. Pinkers tes måste vara riktig, tycker vi. Men vi glömmar då att vi sedan länge lever i kultursamhällen och att de i sig fungerar som nischer för människans natur att utvecklas i, bara att den naturen förmedlas av levande människor och inte av gener! Förändringar i relation till den nischen sker mångfalt effektivare och snabbare än en genetisk förändring, om bara några i kulturen överlever och skapar nya barn.

Pinker verkar höra till de reduktiva fundamentalisterna inom evolutionspsykologin, i meningen att han använder en bärande förklaringsprincip för att förklara mycket komplexa fenomen. Han skriver dock själv att han inte är en reduktionist utan att han är en hierarkisk reduktionist, eftersom han söker föra samman olika kunskapsfält till en syntes i sitt tänkande.

Han blir i min mening enformigt induktiv och "platt", när han så fort som han beskriver en mänsklig egenskap, postulerar att genen selekterades fram i jägarsamhället eftersom den då gav ett överlevnadsvärde.



Om den sömlösa infliktningen av arv och miljö under den tidiga utvecklingen.

Gerald Edelmans (1987, 2000) banbrytande arbete om hjärnans utveckling, funktion och oerhörda plasticitet samt hans hypotes om neuro-darwinism visar ju klart hur genetiskt uttryck och miljö (nature/nurture) obetingat och sömlöst är intvinnade i varandra. Enligt den senare utvecklas visserligen hjärnan efter ett visst förutbestämt mönster, men varje förändring, även den minimalaste, i den inre miljön ger upphov till nya förbindelser mellan neu-

ronen, som i sin tur lägger grunden för andra etc. En unik hjärna med icke förutbestämda neuronala nätverk uppstår. Vi vet numera att barnets hjärna kräver en kvalitativ dialog med modern för att utvecklas (Schore 1994, 2003)

Pinker gör i boken ett hopp mellan den i hans mening genetiskt grundade instinktiva psykologin och det rationellt grundade omdömet, medan man inom den psykoanalytiska/psykodynamiska domänen rör sig i den komplexa och mångdimensionella kontinuiteten och diskontinuiteten däremellan. Han har inte utvecklat en teori om motivkrafter och emotioner till en organiskt integrerad affekt-kognitiv teori. Affektteori nämns bara på någon sida. Hur emotioner, tidig (primärprocess) och senare utvecklad kognition (sekundärprocess) integreras med motivkrafter till en inre symbolisk värld – den som faktiskt är människans viktigaste karaktäristikum - förbigås med tystnad. Att inte utarbeta en sådan (epigenetisk) utvecklingsbeskrivning av människans psyke/mind är en brist, eftersom avsaknaden av den länken gör att hans teori om den mänskliga naturen inte ter sig övertygande.

I sin polemik gentemot vänsterradikaler och förmodade utopistiska psykoterapeuter och forskare återoppar han i stort sett enbart Marx och Freud och negligerar därmed marxismens och psykoanalysens/psykodynamikens teori- och kunskapsutveckling under det senaste seklet!

Om risken för "stadfästandet" av ett positivistiskt medicinskt paradigm för psykoterapi i Sverige.

Den här boken ger inte stöd för någon form av psykoterapi som arbetar utefter målsättningen att förändra den inre världen, men den ger ett implicit stöd för miljö- och beteendeterapeutiska metoder att hjälpa människor att påverka, i vilket fall att tygla, uttrycket av icke önskvärda böjelser till följd av vår intuitiva psykologi.

Det stora problemet är emellertid att Pinkers enkelspåriga – i hans mening kanske robusta (hierarkisk reduktionism) – och objektiverande – i hans mening sakliga - resonemang länkar sig så väl till ett positivistiskt medicinskt paradigm.

Många terapeuter¹ ser det som klarlagt att just psykoterapi inte bör bedömas utifrån evidensbaserad forskning utan från en kontextbaserad sådan (Wampold, 2001). Psykoanalytiska och psykodynamiska terapiformer arbetar utifrån mer komplexa och för terapeutens person mer involverande teorier, såsom objektrelationsteori och intersubjektivt grundade teorier, än beteendeterapi. Att arbeta utifrån den subjektiva dimensionen har emellertid i sig ingen generativ betydelse för förändring utifrån Pinkers synsätt.

Sammantaget Jag ser boken huvudsakligen som en moralisk essä om hur samhället borde se ut om en vetenskapsman i kognitiv psykologi med psykobiologisk inriktning fick bestämma. Den innehåller mycket intressant vetenskapligt material som

¹ Se t.ex. Läkartidningen apropå Böhm SBU:s ställningstagande för evidensbasering av psykoterapi.

"Bokens förtjänster ligger främst i hans försök att ge kognitiv teori en djuppsykologisk grund"

framförs på ett underhållande sätt även om den innehåller mycket facklig polemik riktad mot meningsmotståndare.

Jag måste medge att jag finner bokens innehåll och skrivsätt stundtals förföriskt och rejält provocerande, vilket kan skymma dess förtjänster i övrigt. Det sakliga innehållet är ofta kontroversiellare än vad som framgår av texten, och i mitt tycke är många av hans slutsatser inte tillräckligt underbyggda.

Bokens förtjänst ligger främst i hans försök att ge kognitiv teori (spec. konnektivism) en djuppsykologisk grund. Hans beskrivning av människans evolution är dock alltför reduktionistisk för att övertyga. Det finns således utrymme för en i modern djuppsykologi kunnig person som, likt 1600talets Hobbes och vår tids Pinker, modigt, alternativt dumdristigt, vågar ta steget att "föreskriva hur ett folk skall styras".

Lennart Ramberg

Barn och ungdomspsykiater
psykoanalytiker och familjeterapeut.

Hur hjälper man ungdomar som utsätts för hedersrelaterat våld?

Recension av boken Ungdomar och hedersrelaterat våld – om transkulturellt behandlingsarbete av Sevil Bremer, Monica Brendler-Lindqvist och Björn Wrangsjö.

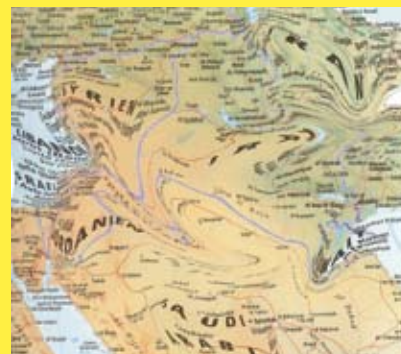
Sevil Bremer är leg. psykolog och leg. psykoterapeut och arbetar på Rädda Barnens centrum för ungdomar och ungdomar i kris. Monica Brendler-Lindqvist är socionom, leg psykoterapeut och handledare och arbetar också på Rädda Barnens centrum för ungdomar och ungdomar i kris. Björn Wrangsjö är leg läkare, docent i barn- och ungdomspsykiatri, psykoanalytiker och familjeterapeut

Jag har under flera år arbetat som konsultläkare på Rädda Barnen och kommit i kontakt med ungdomar som varit utsatta för hedersrelaterat våld när de psykiatriska problemen blir allt för stora. Det var med stort intresse jag läste denna bok som ger ytterligare dimensioner till det svåra att upptäcka, förstå och behandla dessa ungdomar.

Hedersrelaterat våld och problematiken kring detta är ett problem som kan vara svårt att upptäcka och förstå på rätt sätt. Det är en bra och nyttig läsning. Boken beskriver historik om hedersrelaterat våld och det komplicerade behandlingsarbetet med dessa ungdomar. Författarna beskriver upptäckt och behandlingsarbete. Det gäller att närma sig ungdomen på ett ödmjukt och rakt sett för att få dem att våga ta hjälp.

Läsning som berör

Problematiken när ungdomar bestämmer sig för att lämna sin familj och bo i skyddat boende och samtidigt längtan efter sin familj berör en när man läser om det. Många ungdomar vågar inte träda fram och Rädda Barnen har en mail-service där de kan e-maila anonymt och beskriva och få råd om sina problem. Familjearbetet med att



få familjen och hur de ska kunna anpassa sig till en förståelse av ungdomen. Beskrivningen när ungdomarna är i sina hemländer och ringer eller mailar i sin förtvivlan över att de ska bli bortgifta och kvarlämnade i sitt hemland är skrämmande.

Många av ungdomarna som mailar kan om det skapas ett förtroende med den som svarar på mailen få hjälp att få kontakt

med socialförvaltningen genom kurator eller skolsköterska. Det är ett stort och svårt behandlingsarbete som beskrivs och också ett stort engagemang där terapeuterna måste hitta ett annat sätt än de vanliga terapeutiska metoderna för att nå ut och kunna hjälpa. Det är också

så bra beskrivningar på när ungdomar inte tror att de kan få hjälp och försvinner från mailkontakten eller uteblir från terapin.

Jag vill varmt rekommendera denna bok för att öka förståelsen för och för att upptäcka och kunna hjälpa dessa ungdomar. Ett stort tack till författarna som har engagerat sig i att skriva boken.

"Det är ett stort och svårt behandlingsarbete som beskrivs och också ett stort engagemang där terapeuterna måste hitta nya vägar"

Kerstin Malmberg

Specialist i
barn och ungdomspsykiatri
BUP Stockholm

BOKRECENSION

PROGRAM FÖR VÅRMÖTET 7-9 MARS 2007

Onsdag Lokal Folkets hus

1300-1330 Föreningarnas ordförande: Anna Maria af Sandeberg och Bruno Hägglöf
Värdarna: Olav Bengtsson och Göran Tidbeck

1330-1400 Vad gör vi med vår nya kunskap? Olav Bengtsson

1400-1430 Kaffe

1430-1515 Kunskapssyn. Margaretha Hallberg.
Moderator: Olav Bengtsson

1515-1645 Kunskap och evidens: Ett historiskt perspektiv
Marianne. Cederblad, Marie Åsberg och Per-Anders Rydellius. Moderator; Björn Wrangsjö

Torsdag Lokal Norra Latin

1000-1000 "Kunskapsläget", Bengt-Åke Armelius, "Patientläget", Olle. Lindevall, Göran Tidbeck", "Implementeringsläget", Clara Gumpert

1000-1030 Kaffe

1030-1200 Motivationsprocesser, skapa engagemang, organisationsförankring, utbildning och horisontell kunskapsspridning. Siv Boalt Bothius,

Birgit Hallerfors och Sten Lundqvist. Moderator: Göran Tidbeck

1200-1330 Lunch

1330-1430 Parallella presentationer

1430-1500 Kaffe

1545-1545 Parallella föreläsningar.
Bipolär sjukdom, Göran Isacsson
2005 och sen! Olav Bengtsson

1550 - 1730 Föreningsmöten

1900 Middag

Fredag Lokal Norra latin

1000-1000 Parallella föreläsningar
Ångesttillstånd. Sergei Andréewitch Kristian Ruck

DBT: Arbete med vuxna respektive ungdomar

1000-1030 Kaffe

1030-1130 Parallella presentationer

1135 -1200 Sammanfattning, avslutning:
Olav Bengtsson, Göran Tidbeck

CONTINUING MEDICAL EDUCATION (CME) FÖR SVENSK PSYKIATRI

SPF avser tillhandahålla och vidareutveckla system för fortbildning för svenska specialistläkare inom de psykiatriska specialiteterna. Kurserna (SPF-CME) ska vara tillämpliga inom läkarnas kontinuerliga fortbildning och stämma med de planer som finns inom läkarförbundet för detta. Formatet följer det som är vedertaget inom europeisk psykiatri, tolkat av UEMS, Section of Psychiatry (läs mer <http://www.uemspsy psychiatry.org/section/reports/>)

CME/pdf) Kurserna är i allmänhet 3 timmarlänga (2x3 timma kan förekomma) och skall ha tydligt tema och utbildningsmål. Med en SPF-CME-kurs förväntas deltagaren ha erbjudits en möjlighet att förvärva avgränsad kunskap inkluderande bakgrund och någon färdighet att tillämpa i klinisk praxis.

Tove Gunnarsson och Nils Lindefors

CME-ansvariga inom Svenska Psykiatriska Föreningen

CME-KURSER UNDER VÅRMÖTET 2007

Onsdag 7/3 kl 09.00 - 12.00:

Utagande och antisocial utveckling hos unga. Clara Gumpert

Läkemedelsbehandling vid schizofreni. Nils Lindefors

SPF s kliniska riktlinjer vid ätstörningar. Anna-Maria af Sandeberg & Caroline Thörn Björk

Fredag 9/3 kl 13.00 - 16.00

Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom. Göran Isacsson

ADHD hos barn och vuxna. Ylva Ginsberg & Maria Silfverberg

SSRI och nyare antidepressiva. Björn Mårtensson



Kvalitetsregister är viktiga för psykiatrin!

I dagens sjukvårdsdebatt har frågor om kvalitet ofta en central plats. Politiker på både nationell och regional/lokal nivå, tjänstemän och professionella inom vården talar ofta om vikten av kvalitet och i dessa sammanhang nämns inte sällan de nationella kvalitetsregistren.

Nationella kvalitetsregister startade inom ortopedin redan på 70-talet och dessa är fortfarande i drift. Det var dock först under 1990-talet som en bred uppbyggnad påbörjades och idag finns det drygt 60 nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Ytterligare flera är på gång. De nationella kvalitetsregistren har det gemensamt att de startats av representanter för den medicinska professionen och byggts upp som stöd för kvalitetsutveckling vid den egna kliniken.

Psykiatrisamordningen

Den Nationella Psykiatrisamordningen med Anders Milton och medarbetare tillsattes hösten 2003 och identifierade tidigt kva-

Kvalitetsregister inom psykiatrin

Nationella kvalitetsregister inom psykiatrin har en relativt kort historia och det finns idag fyra nationella, psykiatriska kvalitetsregister i drift. Dessa är:

- RIKSÄT för specialiserad ätstörningsbehandling
- Bipolär för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA för behandlingsuppföljning av svår ADHD samt
- SchizofreNY för nyinsjuknade i schizofreni. Detta kvalitetsregister är under utveckling och kommer fr.o.m. februari 2007 vara ett kvalitetsregister för ett bredare spektrum av psykoser och även inkludera individer som haft psykossjukdom under en längre tid.

Datainsamling påbörjades i RIKSÄT 1999 och i de tre övriga re-

"Både brukare och anhöriga kommer att ställa allt högre krav på transparens"

	NYREG. PAT. 2005-12-31	NYREG. PAT. 2006-12-31
RIKSÄT	3544	4785
Bipolär	186	518
BUSA	52	138
SchizofreNY	21	40

litetsbrister inom den psykiatriska vården. Medel avsattes för ett nationellt projekt som under två års tid skulle verka för att arbetet med nationella kvalitetsregister skulle komma igång på bred front inom psykiatrin. Resurscentrum KPV (Kvalitet i Psykiatrisk Vård) bildades och fick detta uppdrag. Detta är en enhet som organisatoriskt hör till Psykiatriskt Forskningscentrum, Örebro läns landsting, och enheten är en resurs för hela landets psykiatriska verksamheter i att driva och stödja arbetet med kvalitetsregister.

"Under 2006 har antalet nyregistrerade patienter ökat i samtliga kvalitetsregister, men i flera av dem har ökningen varit blygsam"

gistren under 2004. Sedan 2001 har ett samarbete utvecklats mellan registerhållarna för de olika kvalitetsregistren, det så kallade KPV-samarbetet, och härigenom har ett internetbaserat program för säker inmatning av data utvecklats och en gemensam uppsättning variabler för de psykiatriska kvalitetsregistren. Därtill har varje register tagit fram registerspecifika variabler.

Huvuduppgiften för Resurscentrum KPV är att arbeta för en ökad anslutning till de psykiatriska kvalitetsregistren och betydligt fler registrerade patienter. Antalet nyregistrerade patienter under 2006 (t.o.m. november 2006) kan ses i tabellen.

Under 2006 har således antalet nyregistrerade patienter ökat i samtliga kvalitetsregister, men i flera av kvalitetsregistren har ökningen varit mycket blygsam. Det krävs att betydligt fler patienter registreras för att kvalitetsregistren ska bli till nytta för vården. Glädjande nog kan nu noteras att psykiatrisk verksamhet över hela landet arbetar aktivt för att komma igång och Resurs-

centrum KPV's insatser i form av information och utbildning efterfrågas alltmer.

Varför behövs kvalitetsregister?

När man dokumenterar i kvalitetsregister får man en enhetlig dokumentation som ser likadan ut var än i landet den sker

När man dokumenterar i kvalitetsregister får man en uppföljning av det man gör över tid och kan på så sätt följa olika parametrar

När man dokumenterar i kvalitetsregister kan man ta ut data för sin enhet och jämföra med rikssnittet för samtliga i registret registrerade patienter och man ser på så sätt hur den egna enheten ligger till i jämförelse med rikssnittet för olika parametrar.

Verksamhet behöver alltid utvecklas och förbättras. Det gäller då att veta vad som behöver förändras. För att veta detta måste man ha data på vad som görs. Man måste också ha något att jämföra med. Kvalitetsregister erbjuder detta.

Psykiatrisk verksamhet har ofta diffusa uppdrag och det beror på en otydlighet kring vad psykiatin ska åstadkomma. Denna otydlighet beror i sin tur ofta på att det finns en bristfällig dokumentation över vad som presteras inom psykiatin och med vilka resultat. Genom arbete med kvalitetsregister skapas underlag för chefer/beställare att utgå ifrån när uppdragen ska formuleras. Kvalitetsregister är sålunda viktiga instrument för ledning/styrning.

Synen på psykiatin

Media har under senare år fokuserat på tillkortakommanden inom psykiatin och ett antal våldshändelser där psykiskt sjuka människor varit inblandade har särskilt kommit i fokus. Media har ofta bidragit till en negativ bild av psykiatin och det finns ett tydligt behov av att psykiatin också visar de positiva bilder som finns. För att göra detta krävs att man kan visa vad som görs inom psykiatin på ett lättbegripligt och tydligt sätt.

Andra verksamheter inom landsting och kommuner samarbetar ofta med den psykiatriska vården. Vid olika typer av utvärderingar framkommer ofta att samarbetet fungerar bra mellan enskilda individer men att många upplever att psykiatin är introvert och svår att samarbeta med samt att man är dålig på att tala om vad man faktiskt gör och vad man har att erbjuda.

Från allmänhetens sida finns det många som undrar "vad man egentligen gör inom psykiatin", inte minst genom den bild media har skapat. En ökad insyn och transparens efterfrågas liksom att psykiatin öppet redovisar sina resultat.

Framtiden

Brukarinflytande betonas alltmer inom vården, inte minst inom psykiatin, och ett flertal olika brukar- och anhörigorganisationer har bildats under senare år. Medlemmarna i dessa har egna erfarenheter och stora kunskaper inom psykiatri och ställer krav på insyn och påverkansmöjligheter. Både brukare och anhöriga kommer att ställa allt högre krav på transparens, där psykiatin tydligt måste redovisa sitt behandlingsutbud och sina resultat. För att kunna göra detta måste psykiatin på ett strukturerat sätt doku-

mentera det som görs och följa upp verksamheten över tid.

I juni 2006 redovisade Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting för första gången det som kallades "Öppna jämförelser". Somatisk vård inom en rad discipliner jämfördes på nationell nivå mellan landsting/regioner och redovisades öppet för allmänheten. Psykiatin fanns inte med i denna redovisning men det finns förväntningar om att psykiatin ska delta vid nästa redovisning. En stor del av de data som redovisades i "Öppna jämförelser" var tagna från nationella kvalitetsregister.

Det är viktigt att insatser inom vården dokumenteras och följs upp på ett enhetligt sätt för att möjliggöra uppföljning över tid av den egna verksamheten och jämförelser med andra enheter. Kvalitetsregister erbjuder en sådan möjlighet och det är angeläget att psykiatin inte hamnar på efterkälken i dessa sammanhang jämfört med den somatiska vården.

Genom att dokumentera vad som görs och öppet redovisa detta kan sannolikt även psykiatrins status höjas.

Genom att tydliggöra sina prestationer och resultat ökar också möjligheten för psykiatin att i samband med budgetdiskussioner erhålla en ekonomisk ram som överensstämmer med uppdraget.

Kvalitetsregisterarbete innebär att man på ett enkelt sätt kan få en återkoppling på det man gör och en möjlighet att hitta fokus för förbättringsarbete och för att plocka bort sådant som inte är verksamt. Det kan alltså vara både utvecklande och sanerande för verksamheten.

Erfarenheter visar att arbetsmiljön ofta förbättras när man får en tydlig återkoppling på det man gör och detta kan leda till att det blir mer attraktivt att arbeta inom psykiatin

Det är framför allt viktigt att både patienter och behandlare upplever en tydlig nytta med kvalitetsregister. Resultaten ska användas i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet och bidra till en bättre efterlevnad av Hälso- och sjukvårdslagens intentioner – lika vård för alla – samt till att den psykiatriska

vården hela tiden utvecklas och förbättras.

Kristina Lange Carlsson

Psykiater och chef för Resurscentrum KPV





Kalendarium

2 mars 2007

Sista inlämningsdag för förslag på
Gemensamma symposier till Riksstämman

7 - 9 mars 2007

Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningens
och Svenska Psykiatriska föreningen vårmöte, Stockholm, Sverige

12 - 13 mars 2007

Barnnep Möte, Uppsala Sverige

17 - 21 mars 2007

AEP 15 th Euroean Congress of Psyciatry, Madrid Spanien

17 - 27 april 2007

WFSB Second International Congress of Biological Psychiatry Santiago, Chile

18 - 20 april 2007

BUP-kongress (föredrag och workshops), Stockholm, Sverige

3 - 6 maj 2007

international Federation of psychiatric Epidemiology, Göteborg, Sverige

7 - 9 juni 2007

Seventh International Conference on Bipolar Disorder
Pittsburgh, USA

19 - 24 maj 2007

American Psychiatric Associations Annual Meeting San Diego, USA

22 - 24 augusti 2007

7 e Nordiska rättspsykiatriska konferensen, Oslo, Norge

25 - 29 augusti 2007

ESCAP Florens, Italien

13 - 17 oktober 2007

ECNP, Wien, Österrike

21 - 25 oktober 2007

19 th World Association for Social Psychiatry Congress
Prag, Tjeckien

Schizofrenisällskapet



Schizofrenisällskapets stipendium
för år 2006 har tilldelats

**Lilly Schwieler
&
Erik Pålsson**

Pålssons och Schwielerers forskningsarbete och de aktuella
forskningsplanerna har bedömts ligga i schizofreniforskningens
frontlinje i ett internationellt perspektiv.

Prof. Frits-Axel Wiesel
Ordförande

Parisa Rahmani
Sekretare