

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - maj 2008

TEMA Etik



Psykiatern Radovan Karadzic (t.v) är efterlyst för brott mot de mänskliga rättigheterna. Här hälsar han glatt på en annan krigsförbrytare, den ökände Arkan.

TEMA Vardagen som psykiater innebär att man ständigt ställs inför etiska val. Om det så rör relationen mellan huvudhandledare och ST-läkare, rättspsykiatriska dilemman, underlåtenhet att se saker som man borde se eller ställs inför ekonomiska svårigheter. I förlängningen handlar det om liv och död. Och får egentligen läkare medverka till självmord? Se SID 3; 10–14; 16–18; 20–21; 30; 32–37; 14; 20 & 33

ÖVRIGT Svenska Psykiatrikongressen blev en succé. Kolla ett bildreportage värdigt Hänt Extra. Lars Jacobson och medarbetare skriver om psykiatri i Bosnien-Hercegovina tio år efter krigsslutet. SPFST skriver om sin turné och det finns ytterligare information om de nya SK-kurserna (METIS). Och så gör Sveriges snålaste läkare entré. Välkommen Tony Rosenqrantz! Se SID 8; 22; 24; 26–29; 46–49; 50 & 52

DEBATT Flera debattörer tar vid i diskussionen om synen på psykiatin. Claes Davidsson får svar igen. Christoffer Rahm svarar Christina Spjut och även huvudredaktören får sig en rejäl känga av Calle Sjöström som är ST-läkare från Gävle. Tomas Böhm skriver att hjärna och psyke inte är samma sak.. Debatten lever i allra högsta välmåga. Till nästa nummer om självhjälp ser vi fram emot ännu mer. Se SID 38; 40; 42–45



Ansvarig utgivare och huvudredaktör - David Eberhard





Behandla idag för en väg framåt

Ge dina patienter fördelarna med ABILIFY® (aripiprazol) från start:

Effekt

- Långsiktig kontroll av psykotiska symtom¹⁻³

Fysisk hälsa

- Bra tolerabilitet inom områden av betydelse för patienterna⁴⁻⁷

Patientupplevelse

- Föredras framför tidigare antipsykotisk medicinering⁸

Referenser: 1. Potkin SG, et al. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 681-90. 2. Kasper S, et al. Int J Neuropsychopharmacology 2003; 6: 325-37. 3. Kern RS, et al. Psychopharmacol 2006; 187: 312-20. 4. McQuade RD, et al. J Clin Psychiatry 2004; 65 (suppl 18): 47-56. 5. Kane JM, et al. J Clin Psychiatry 2002; 63: 763-71. 6. Hanssens L, et al. Poster, APA 2006. 7. Pigott TA, et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1048-56. 8. Hanssens L, et al. Poster APA 2006.

ABILIFY® (aripiprazol): Antipsykotikum för behandling av schizofreni. ABILIFY® injektionsvätska för att snabbt få kontroll på agitation och stört beteende hos patienter med schizofreni, när per oral behandling inte är lämplig.

Förpackningar och styrkor: Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. Fullständig information på www.fass.se

Liberating the person within the patient



Box 15200, 167 15 Bromma
Tel 08-704 71 00 www.bms.se



ABILIFY®
(aripiprazol)

Etiken genomsyrar allt så slutsatserna varierar

REDAKTIONELL
LEDARE

Etiken kommer in i vårt arbete oavsett tema eftersom ett etiskt förhållningssätt skall genomsyra allt. De olika deklarationer som världssamfundet ställt sig bakom har alla sin bakgrund i förtryck världen över under det förra seklet där läkare deltagit med handlingar som inte självklart varit för individens bästa utan haft det rådande systemets intressen som sina.

När vi talade om att göra ett år där vi från olika sätt försöker belysa de psykiatriska frågeställningarna också utifrån ett etiskt perspektiv så var det just utifrån denna tanke: hur skall vi förhålla oss till kliniska och andra frågeställningar? Räcker det med att endast ställa frågor om det observerbara symtomet eller finns det även här underliggande etiska aspekter som kan komplicera arbetet, oavsett om det gäller ställningstaganden kring tvångsvård eller psykoterapi eller diagnostik överhuvudtaget. På vilka olika sätt berörs de olika specialiteterna av dessa

"Barnets autonomi och behov ställs mot övriga familjemedlemmars behov och samhället på många sätt ingriper i barnets liv"

frågeställningar?

Barn- och ungdomspsykiatrien med sitt självklara familjeperspektiv kommer få sina specifika problem där barnets autonomi och behov ställs mot övriga familjemedlemmars behov och där samhället på så många sätt ingriper i barnets (patientens) liv genom skolplikt och socialtjänstens rätt till närvaro om oro för barnet dyker upp. Deklarationen om att alltid först se till barnets bästa kommer kräva en viss typ av uppmärksamhet även om bedömningen om vad som är barnets bästa kan variera mellan personer och över tid.

När har man provat färdigt?

En persons grundlagsskyddade rätt till personlig integritet står mot de psykiatriska och rättspsykiatriska tvångsvårdslagarnas undantagsregler från denna rätt men inte heller här är självklart när det ena eller det andra perspektivet skall väga tyngst. Det är väldigt sällan ett rent objektivi ställningstagande eftersom även LPT:s grundkriterier stadgar att tvång enligt andra punkten i 3§ kräver att vården "inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård". Vad "annat sätt" är, kan se mycket olika ut, hur omfattande insatser måste göras för att man skall säga att man provat allt annat?

I samband med rättspsykiatriska undersökningar kommer utlåtandet alltid väga tungt och endast till viss del vara grundat på objektiva testbara mått, det mesta är baserat på utredarens erfarenhet och kunskap och samhällets rådande normsystem styr i stor utsträckning på vilket sätt utredningsresultat tolkas i en eller annan riktning. Ett nu aktuellt rättsfall är ett tydligt exempel på det med en rättspsykiatrisk bedömning som pekar mot en lång övervakad vård och en annan bedömning som pekar från samma sorts vård. Bedömningsunderlaget är detsamma och läkarnas bild av situationen tycks vara snarlik men slutsatsen blir olika. Samhället och domstolen kommer bestämma vem som har "rätt", det är inte heller det ett endast juridiskt beslut utan lutar sig mot etiska aspekter som finns aktuella hos de personer som dömer.

Alla kolleger som arbetat tillräckligt länge har under sin verk samma tid upplevt eller varit inblandade i situationer som väckt etiska frågor till liv, vi kommer i det här numret också belysa detta.

I föregående nummer ville vi belysa vårt förhållande till media och de etiska och moraliska aspekterna av hur vi kommunicerar utåt. I höst tar vi upp självhjälp och ledarskap. Hur man bedriver ett ledarskap som ger medarbetare tillräckligt god uppmuntran och som samtidigt är tillräckligt följsamt mot rådande samhällsordning behöver noggrant belysas. Även gränsdragningen av det som inte är psykiatriskt kräver sitt ställningstagande i en tid när omvärlden erbjuder en stor mängd självhjälpsaktiviteter via olika grupper och trossöreningar och där Internet i stor utsträckning är en kanal för självhjälp både för personer som är inne i den psykiatriska vården och för dem som inte vill dit och inte får hjälp via den allmänna vården. Vi bjuder in läsekretsen till att komma med bidrag till dessa nummer.

**Tove Gunnarsson
Daniel Frydman**

Innehållsansvariga SP:s redaktion temanummer Etik

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)

Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)

Camilla Hallek (camilla.hallek@sl.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@sl.se)

Annonser och material till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Psykiaterbrist och brist på fortbildning

LEDARE
SPF

Ordförande
Christina Spjut

Psykiatrins patienter är de mest utsatta av sjukvårdens patienter. De flesta patienterna varken kan eller vill driva sin rätt till god vård, åtminstone inte i of-fentligheten.

I praktiken tillämpas inte vårdgarantins tider för våra patienter, utom möjligtvis ställvis vad avser psykoterapi. Vad våra patienter skall ha rätt att kräva av vården har fortfarande inte definierats – alltså kan de i praktiken knappast ställa några krav alls. Eftersom det dessutom finns alldeles för få psykiatriker, kommer chansen till god psykiatrisk vård att vara liten och kanske t.o.m. krympande. Detta i kombination med kontinuerligt minskande resurser till psykiatri i landet, allt flera icke-psykiatriker som verksamhetschefer och en minskande extern fortbildning för våra psykiatriker, har åstadkommit den kris för psykiatri som vi befinner oss i. Tidigare har psykiaterbristen framför allt drabbat glesbygd. Vi ser nu en ny verklighet – aldrig tidigare har så många universitetsorter haft så svåra problem att rekrytera psykiatriker som nu. Men varför skulle en krisbransch attrahera unga doktorer?

För många år sedan myntade vår kollega, endokrinologen Sigbritt Werner (numera professor emerita), devisen "Fortbildning är en plikt". Detta skedde i diskussioner i dåvarande Överläkarföreningens styrelse. Varken den föreningen eller Sveriges Läkarförbund var

då moget att anta utmaningen och driva fortbildningsfrågan som läkarnas eget ansvar. Fortfarande uttalas alltsomoftast att ansvaret för vår fortbildning ligger på våra arbetsgivare. Jag menar att det kanske är dags att vi börjar inse, att vi själva är de enda som kan ta ansvar för vår fortbildning. Däremot måste självklart våra arbetsgivare se till att det finns medel både i form av pengar och av ledighet för att fortbildningen skall komma till stånd.

De två senaste åren har Läkarförbundets fortbildningsenkät visat att psykiatrikernas externa fortbildning har minskat kontinuerligt. Årets enkätdata är precis insamlade, resultaten är ännu inte klara. Är det någon som tror att trenden skulle ha vänt? Här skulle psykiaterbristen kunna vara en möjlighet för oss läkare att förhandla till oss mera och bättre fortbildning. Kanske är det dags för oss att vid varje tillfälle vi får att förhandla med våra chefer – vid nyanställning, vid ny befattning, vid utvecklingssamtal – få inskrivet i avtal eller minnesanteckning att vi



har rätt till extern fortbildning minst två veckor per år, varav den ena veckan på internationell nivå. Ett annat alternativ finns också – att vara garanterad en årlig summa att disponera för fortbildning enligt eget val. Detta förekommer redan nu på någon klinik.

Det är alltså brist på psykiatriker. Många utomstående har kreativa idéer om vad som be-

höver ske för att flera unga läkare skall välja psykiatri och för att flera specialistkompetenta psykiatriker skall stanna kvar inom psykiatri. Någon (inte

"Jag menar att det är dags att vi börjar inse, att vi själva är de enda som kan ta ansvar för vår fortbildning"

en läkare) har förespråkade att psykiatri borde slippa tvångsvården, andra menar att karismatiska föredragshållare efter en enda session kan komma att öka rekryteringen till vår specialitet. Ytterligare finns förslag om att öka läkarutbildningen särskilt i Umeå, eftersom läkarbristen är särskilt svår i Norra regionen. Regeringen kan komma att utöka tiden för psykiatri i grundutbildningen, den tid som precis har krympt ned.

Minskar resurserna

Fortfarande finns inga som helst tecken på att psykiatri kommer att få större resurser framöver. Snarare ser det ut som att flera landsting precis nu passar på att minska resurserna – kanske i hopp om att få extra statliga medel nästa år. De landsting som säger sig ha ökat resurserna, har i många fall inte fullt ut tagit med ökade kostnader orsakade av bl.a. politiska beslut. I mitt eget landsting har psykiatrins resurser minskat med över 1% jämfört med år 2007. De verkliga

signalerna från våra beslutsfattare i landsting och Regering är därmed att psykiatri inte är prioriterat och att det är rimligt att fortsätta neddragningen av resurserna. Samtidigt läser vi varje vecka om att politiker vill ge extra resurser till ortopediska operationer, till fetmaoperationer och andra åtgärder de bedömer som särskilt angelägna. Våra politiker och landstingstjänstemän har alltså inte tagit till sig kunskapen om att depression är den största enskilda orsaken till arbetsoförmåga i vårt land liksom i andra länder. De har i många fall inte heller förstått, att det är angeläget att de som drabbats av psykisk sjukdom har tillgång till högre vårdnivå i de fall de inte blir återställda av utredning och behandling inom första eller andra linjens vård.

Andelen verksamhetschefer med annan bakgrund än psykiatrikerns ökar kontinuerligt. Visst kan det finnas personer som är goda administratörer och ledare utan att vara psykiatriker. Problemet är att det inte räcker med att administrera sjukvård. Sjukvård måste kontinuerligt utvecklas i takt med kunskap och nya metoder att diagnostisera och behandla. Denna utveckling uteblir tyvärr i många fall i den verksamhet som enbart administreras och inte aktivt drivs framåt i utveckling. Det fungerar bäst om ansvaret för den psykiatriska kliniken utveckling av modern diagnostik och behandling är ett prioriterat område och ligger hos en verksamhetschef med kompetens att kraftfullt driva utvecklingen framåt.

Att bli sig själv igen - med effektiv behandling

Med en effektiv behandling uppnår du ett långvarigt resultat. Det krävs för att depressionspatienten ska bli fullt återställd och hitta tillbaka till sitt vanliga jag igen. Cipralex® (escitalopram) är ett modernt och effektivt antidepressivt läkemedel. Det finns idag omfattande långtidsdokumentation med Cipralex både vid depression och ångest (generaliserad ångest, tvångssyndrom och social fobi).¹⁻⁷ Dessutom har Cipralex en fördelaktig biverknings- och utsättningsprofil.⁸⁻¹² Det är också en viktig faktor för den som är på väg att bli sig själv igen.

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2007-05-11. DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska. För pris och vidare information, se FASS.se.

1) Boulenger et al Curr Med Research and Opinion, Vol 22, No 7, 2006, 1331-1341. 2) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 3) Hyman Rapaport et al Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65:44- 49. 4) Allgulander et al Internat Journal of Neuropsychopharmacology 2005, 9, 1-11. 5) Fineberg et al European Neuropsychopharmacology 2007, may Jun (6-7) 430-439. 6) Montgomery et al Clinical Journal of Psychiatry 2005; 66:1270-1278. 7) Lader et al Depression and Anxiety 2004;19:241-248. 8) Boulenger et al Curr Med Research and Opinion, Vol 22, No 7, 2006, 1331-1341. 9) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 10) Khan et al Clin Drug Invest 2007;27 (7): 481-492. 11) Montgomery et al Neuropsychobiology 2004; 50:57-64. 12) Baldwin et al Br Journal of Psychiatry 2006; 189: 264-272.

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

Tron på evig lycka och hälsa har aldrig varit lyckosam

När detta nummer av Svensk Psykiatri ges ut har vi nyligen avslutat en mycket lyckad kongress i Lund på temat Tidiga insatser - Vår mötet inom barnpsykiatri i Sverige. Förhoppningsvis kommer mer om detta i nästa nummer av tidningen.

"När är ångest, rädslor, oro för sjukdom, svårigheter att vistas bland folk att se som en sjukdom?"

För en liten specialitet som vår är det viktigt att ha ett forum där många kan träffas, ha tid till reflektion och kunskapsinhämtande. Det är också ett viktigt medel för att nå konsensus i angelägna frågor för professionen. Vårt fält är brett och, hos oss är ständigt återkommande frågor dels vilka frågor som faktiskt är våra, dels hur man på ett rimligt får ihop de olika uppdragen - sekundär prevention, diagnostik och behandling - allt i samverkan i ett komplext system med många vårdgrannar och många olika förväntningar och krav. (Något som för övrigt lär ha varit en fråga som den tyske barnläkaren Hans Asperger funderat mycket över- vikten av samverkan mellan forskning och klinik, mellan barnmedicin, psykologi, pedagogisk och social

expertis för att barn och unga skulle kunna bli hjälpta.)

Min upplevelse är att dagens samhälle är ett oerhört tolerant samhälle jämfört med det samhälle som låste in och förödmjukade barn som var anorlunda, olyckliga, fattiga och sjuka. Men det händer något annat istället- en allt större grupp av oss ryms inom gränserna för vad som anses vara ett tecken på sjukdom och ohälsa och speciellt de unga i vårt land påverkas av detta. Var går gränsen? När är ångest, rädslor, oro för sjukdom, svårigheter att vistas bland mycket folk etc. att se som sjukdom och när är det en normal del av ens utveckling eller dagliga liv? Detta är frågor som vi allt mer måste ta ställning till - både för att vår profession ska utvecklas och kunna ge vård till den som verkligen behöver det, men också för framtiden för den uppväxande delen av befolkningen. Att tro att livet kan innebära evig lycka och evig hälsa har aldrig varit lyckosamt för individer eller samhällen.

Barn och vuxna "kompisar" med varandra

De barn och de familjer vi möter lever i samma verklighet som vi, samtidigt som varje person har sin egen verklighet, sitt sätt att påverkas av omgivningen. Vårt samhälle är ett samhälle med många nya språk, nya traditioner och hög levnadsstandard, men också ett med en nästan obefintlig auktoritetstro, med barn och vuxna som är "kompisar", med en stor grupp unga som kan röra sig med mycket pengar, som

har ett stort mått av frihet och ett mod att säga saker, vara en egen person, pröva sin identitet och sitt uttryck, tänja gränser - samtidigt som unga mäns och kvinnors könsroller på ett sätt tycks stereotypare än någonsin och avståndet mellan olika etniska och sociala grupper verkar allt större.

Vår uppgift är att kryssa i detta landskap - att förfina vår diagnositik, utöka vårt kunnande kring psykiska sjukdomars uppkomst, uttryck och utveckling (förutom att hitta evidensbaserade metoder som ger så mycket vård som möjligt till så många som möjligt för de pengar som finns), samtidigt som vi ska förhålla oss till de värderingar och det samhälle vi alla lever i.

I dagens Sverige finns allt större anledning att tänka mycket och förmodligen ännu vidare kring de etiska frågorna inom våra verksamheter än vad vi gör . I vårt land är scientologernas hetskampanjer mot barnpsykiatri nästan obefintliga jämfört med hur det ser ut i många andra europeiska länder, men det finns hela tiden en pågående oro, undran och skepsis i delar av befolkningen kring diagnostik, medikalisering och sjukdomsförklaring. Detta kan säkert ses mot många olika raster- det allt starkare medicinska paradigmet, men också med det faktum att det är en relativt kort period i västerlandets historia där barn alls setts som egna individer värda att finnas och älskas även när de haft psy-

kiska problem och beteendevikelser.

I ett samhälle med nya utmaningar, med helt andra krav på oss som lever där, med en annan syn på auktoriteter och på värderingar än många av oss som arbetar i fältet själva bär med oss ställer det andra krav på oss som arbetar i barnpsykiatri - hur kan vi förstå, hur kan vi förmedla det vi vill?

Att starta etiska råd inom våra verksamheter, tillsammans med barnmedicin och/eller övrig psykiatri, kanske kunde vara ett sätt att få upp frågorna på bordet - inte bara de klassiska frågorna kring tvångsvård, kring vård av barn inom vuxenavdelningar eller långt från familj och vänner, utan också frågorna kring vilken

värdegrund som styr oss och bemötande. Frågor kring hur vi stannar upp, reflekterar, tar oss tid att behålla en nyfikenhet, ett systemiskt tänkande, att fråga, vara beredd att få andra svar än de man själv redan bestämt sig för är en sådan del- både i stort och smått.

Jag ser fram emot ännu ett spännande nummer av denna tidskrift som jag ser fyller en viktig funktion i vår profession och öppnar upp för just denna sorts reflekterande och ger möjlighet till alternativa tankar och förhållningssätt än de man själv kört fast i.



Nytt från rättspsykiatriska föreningen

Rättsåsykiatriska föreningen har nu konstituerat sig och på några poster har skett förändringar.

Ny sekreterare är Margareta Lagerkvist och kassörsfunktionen har tagits över av Mats Persson. Den arbetsgrupp som på socialstyrelsens uppdrag arbetat fram målbeskrivningar för ST-läkarutbildningen kommer att utvidgas och permanentas som förenings utbildningsutskott.

Ordförande för utbildningsutskottet blir Kristina Sygel som också får funktionen som vice ordförande.

Vid läkarstämman planeras

en halvdag av fria föredrag och i direkt anslutning därtill årsmöte.

**RPF LEDARE
ORDFÖRANDE
Lars Eriksson**

Stadgeändring i höst

Vår nytilträdde professor i rättspsykiatri Henrik Anckarsäter har lovat hjälpa till med det vetenskapliga programmet. För 2009 planerar vi att flytta

årsmötet till Psykiatrikongressen vilket dock förutsätter en stadgeändring som måste ske i höst.

Fler medlemmar är välkomna ! Man måste inte vara specialist i rättspsykiatri för att bli medlem i vår förening utan alla läkare verksamma med vård av rättspsykiatriska patienter, psykiatri inom kriminalvården och rättspsykiatrisk utredningsverksamhet är välkomna.

Web-master sökes !

En inaktuell hemsida är sämre än ingen hemsida alls. Därför släckte vi förra året ned föreningens hemsida men givetvis vill vi få igång den igen. Vi saknar tillräcklig kompetens inom styrelsen och vill få kontakt

med intresserad medlem som skulle kunna tänka sig att hjälpa oss med detta, gärna som adjungerad till styrelsen.

"Vid läkarstämman planeras en halvdag av fria föredrag och i direkt anslutning därtill årsmöte"

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Berglind

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard

ST-representant: Johan Lundberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Riksstämmosekreterare: Rolf Adolfsson

(riksstamman@svenskpsykiatri.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall

(lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Kerstin Malmberg

(kerstin.malmbeg@sl.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 Marie Törnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)

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

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

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

Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson

(lars-hakan.nilsson@kriminalvarden.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(margareta.lagerkvist@vgregion.se)

Kassör: Mats Persson (mats.persson@lvn.se)

ST-frågor: Katarina Wahlund (katarina.wahlund@ki.se)

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

Christina Karlsson (christina.e.karlsson@lio.se)

Patrik Myrén (patriarken1973@hotmail.com)

METIS: SK-kurser i ny tappning

Idén till METIS har vuxit fram i samband med målbeskrivningsarbetet i Svensk Psykiatrisk Förenings utbildningsutskott. I samarbete med SKL skrevs en ansökan till Socialdepartementet för att ta del av kompetens medlen i NU projektet. IPULS fick regeringsuppdraget, S2007/4916/HS. Projektet ingår i NU projektet som är organiserat under Socialstyrelsen. Projektet har en tidsram på tre år och kommer att avslutningsrapporteras 2010 till Socialstyrelsen. Sammanlagt disponerar projektet 17,7 miljoner.

ST är en lärandeprocess, där läkaren går från "novis" till "expert" tack vare diverse erfarenheter av lärande (tjänstgöringen, återkoppling från handledare, deltagande i kurser och konferenser, mm). Kunskapsmassan är sådan att ingen kan besitta all kunskap i visst område, utan det gäller att utveckla effektiva metoder för att hela tiden förvärva nya kunskaper som man behöver i yrkesutövandet.

Klinisk erfarenhet är nödvändigt för att läkaren ska kunna skaffa sig specialistkompetens, men att regelbundet reflektera över sin och andras klinisk agerande och beslutfattande är lika nödvändigt. Reflektionen görs och stimuleras i handledning, som är en hörnsten i specialiseringstjänstgöring. Regelbunden och effektiv handledning är en utmaning i vår specialitet pga tidsbrist och psykiaterbrist, men den är så viktigt att det måste prioriteras.

Viktigt med teoretiska kunskaper

Psykiatrin berörs av stora vetenskapliga landvinningar och blivande specialister måste utrustas med förmåga att tillgodogöra sig dem. Att omsätta de kunskaperna som man får på kurs i den praktiska verkligheten är dokumenterat svårt. Efter kursen kommer man hem, vardagen tar över, man vill så gärna titta i kurspärmen och fördjupa sig, men man hinner inte. Resultatet blir att stor del av kursinnehållet faller i glömskan och man fortsätter helt enkelt som tidigare, utan att använda sig av det som kursen handlade om. Känner någon igen detta? Hur undviker man att det ska hända? Vardagen ser ju ut som det gör...Svaret är relativt enkelt: handledning och reflektion. Använda handledarsamtal för att "kompostera" de nya kunskaperna, berätta för handledaren vad kursen gick ut på, gå igenom patientfall som är

relevanta för kursämnet, upptäcka nya sätt att diagnostisera/utreda/behandla tack vare kunskaperna från kursen.

Detta är det vi vill med METIS kurserna: de ska vara utformade så att deltagaren hela tiden ser kopplingen mellan det dagliga arbete som läkare och den vetenskapliga teoretiska kunskapsmassan. Kurserna ska vara interaktiva och experterna ska finnas till för att svara på ST-läkarnas frågor, ge korta teoretiska inslag, inspirera, hjälpa till att utveckla ett vetenskapligt förhållningssätt till lärande. Som avslutning av kursen ska ST-läkaren med hjälp av sin personliga handledare bevisa att hon/han har omsatt de

teoretiska kunskaperna i praktiken, via fallpresentation till exempel. Detta kommer att bli provet som ger godkänt på kursen.

METIS kurserna vänder sig både till blivande allmänpsykiater som till blivande barn- och ungdomspsykiater.

"Nu söker vi experter i område psykiatrisk diagnostik, neurovetenskap och farmakologi, psykossjukdomar samt ångestsjukdomar"

Hur långt har METIS kommit?

En introduktionskurs till ST-läkare att givits i Stockholm, två är planerade i andra delar av landet under 2008. En så kallad SK-A kurs i neuropsykiatri ges vår 2008. Kurskonceptet har utvecklats. En pedagogisk referensgrupp är tillsatt, för att få kursernas upplägg att följa de mest effektiva pedagogiska metoderna. Två pilotkurser ska vara klara under höst 2008 och ska kunna ges på två olika orter i landet vår 2009.

Nu söker vi experter i område psykiatrisk diagnostik, neurovetenskap och farmakologi, psykossjukdomar samt ångestsjukdomar i syfte att utveckla dessa kurser, som planeras kunna ges på två orter i landet höst 2009. Om du vill vara med att utveckla någon av dessa kurser hör av dig till oss.

Vill du veta mer?

Läs på www.metisprojektet.se eller www.ipuls.se Eller kontakta oss :

Raffaella Björk

Psykiatri Nordväst, Stockholm

IPULS-METIS

Raffaella.bjork@ipuls.se

Kajsa Norström

Psykiatri SÄS

IPULS –METIS

kajsa.norstrom@ipuls.se

Referens:

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/NU-projektet/index.htm>



Dags att fira. METIS är här!



Jag kan börja **leva** igen.

börja arbeta igen umgås med vänner skratt
tid med familjen

Att endast stå ut, eller verkligen leva? Vad är egentligen remission? För oss är remission när patienten fullt ut kan känna glädje för sådant som intresserade henne innan depressionen fick fäste; att hon får komma hela vägen tillbaka.

När anser du att din depressionspatient uppnått symtomfrihet? Vad bör målet vara; att överleva vardagen eller verkligen leva?


Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Cymbalta[®] (duloxetine). N06AX21. R., För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60 mg en gång dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. F. Datum för översyn av produktresumén: 2007-08-28. För mer information och priser, se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se.

Etiska dilemman i samband med bedömning inför familjehemsplacering

Som läkare i Barn- och Ungdomspsykiatri avkrävs vi ibland av samhället att ställa vår kompetens till förfogande i knepiga lägen. Det kan vara socialtjänsten som vill ha vår hjälp att avgöra viken hjälp en familj behöver eller i frågor om allvarlig föräldradysfunktion. Det kan också vara juridiska instanser – Läns- och Tingsrätt som önskar knyta oss till sig som sakkunniga när det gäller barns behov eller kallar oss som vittnen. Dessa insatser leder inte sällan till flera etiska dilemman och vi värjer oss därför, kanske alltför ofta, att ta på oss sådana uppdrag.

I LVU-lagen finns följande paragraf: ”32 § I ett ärende enligt denna lag får socialnämnden besluta om läkarundersökning av den unge samt utse läkare för undersökningen. Om undersökningen inte lämpligen kan genomföras i den unges hem, får nämnden bestämma någon annan plats för den. I ett mål enligt denna lag har rätten samma befogenhet. Läkarundersökning skall, om den inte av särskilda skäl är obehövlig, ske innan nämnden gör ansökan enligt 4 §.”

Syftet med denna undersökning är ju inte beskrivet i lagtexten men brukar tolkas som att man inför en placering skall konstatera om några medicinska sjukdomar föreligger som behöver beaktas, alltifrån löss till allvarigare somatiska tillstånd. Därutöver har ju socialtjänsten rätt att begära hjälp i sina bedömningar av oss i barnpsykiatri och de önskar ofta ett läkarutlåtande då de anser att en läkares ord väger tungt. Detta rimmar ju inte med vår syn på pro-

fessionen som tvärvetenskaplig där vi tillsammans med psykologer, kuratorer och annan personal skapar gedigna bedömningar.

I Umeå har socialtjänsten sedan länge haft ett utredningshem för familjer, huvudsakligen med barn från nyfödda upp till tonåren. När man utrett en allvarlig ”Barn-som-far-illa”-situation och funnit frivilliga hjälpåtgärder provade och gagnlösa har frågan om placering kommit upp. Ibland har man inte kommit över-

ens med föräldrarna om en frivillig placering varför ett rättsligt förfarande blivit aktuellt.

Man vände sig då till barnpsykiatrikliniken på Norrlands Universitetssjukhus, särskilt om det rörde sig om svårbedömda fall men också för att få en opartisk bedömning då rätten kunde anse att soc. eget utredningshem var part i målet på soc. sida och föräldrarna med sin advokat var motpart.

Vår avdelning genomförde då dessa bedömningar via ibland flera veckors familjeinläggning. Ett dilemma uppstod då vi ju nästan alltid fann samma förhållanden som utredningshemmet redan konstaterat med sin erfarna personal. Detta dubbelutredande upplevdes meningslöst men kvar stod rättens krav på en opartisk bedömning och soc. hjälpbehov i knepiga fall..

Vi skapade då en alternativ modell där en barnpsykiatrisk specialist gjorde en tvåstegsbedömning på utredningshemmet.

1. Utredningstiden var bestämd till åtta veckor och i halvtid fick vi del av personalens preliminära bedömning. Genom intervju av personalen skulle vi försöka värdera om deras arbetssätt varit rimligt och professionellt och att deras slutsatser därigenom kunde bedömas som välgrundade.

2. Dessutom genomfördes samtidigt en bedömningsintervju och observation av familjen och deras samspel på utredningshemmet. Dessa samtal kunde röra sig om ca 1 tim-

me.

3. Proceduren upprepades då utredningstiden gick mot sitt slut med intervju av hur personalen gått tillväga vid sin bedömning, om de provat ut förändringsbarhet i föräldraförhållningssätt och vilka observationer som låg till grund för deras ställningstaganden.

4. Ny intervju och samspelobservation genomfördes vid samma tillfälle med familjen.

5. Därefter utformades ett barnpsykiatriskt utlåtande och svar på remissen från socialförvaltningen där ofta tidigare utredningar på soc. fanns med i materialet och ofta också intervjuer med ansvariga socialsekreterare och ibland andra anhöriga till familjen.

Kan man lita på två intervjuer?

Jag var under fem, sex år den på BUP som tilldelades uppdraget. Jag kan se ett flertal svårigheter och etiska dilemman i detta förfarande:

1. Är det rimligt att basera den barnpsykiatriska bedöm-



Anders Weterlund

”Vi skapade då en alternativ modell där en barnpsykiatrisk specialist gjorde en tvåstegsbedömning på utredningshemmet”

***"Försvarsadvokater
kan i sina plädering-
ar vränga ut och in
på ens ord utan att
man har möjlighet
att bemöta det"***

min 35-åriga yrkesbana som barnpsykiater anmäld av två familjer som fått sina barn omhändertagna. De ansåg att mitt bedömningsunderlag betr. mina samtal med dem var för litet för att jag skulle kunna uttala mig som jag gjorde. Ingen prövning av ärendet gjordes då HSN konstaterade att "det inte rörde sig om sådan yrkesutövning inom hälso- och sjukvården som har direkt betydelse för patientsäkerheten."

2. Man kan ifrågasätta hur neutral och fristående mina bedömningar var eftersom jag i inget fall kom till väsentligt annorlunda slutsatser än utredningshemmet. Borde jag inte i något fall gått emot deras bedömning? Borde jag inte i något fall hittat brister i deras utredningsförfarande som fått mig att invända mot deras slutsatser? Förvisso tyckte jag inte alltid som dem men det rörde sig om nyanser, jag förkastade aldrig deras slutsatser.

3. Ett annat dilemma rör framträdandet i rätten som ofta blir följden av dessa utlåtanden. Vi vill ju alltid bli kallade av rätten som deras sakkunniga, men i dessa fall som jag refererar är det ju inte rätten som begärt vår bedömning utan socialtjänsten. Då blir man kallad som vittne och får ej vara med på mer av förhandlingarna än sitt eget vittnesförhör, vilket kan vara en stor komplikation. Försvarsadvokater kan i sina pläderingar vränga ut och in på ens ord utan att man har möjlighet att bemöta det.

4. Ytterligare ett dilemma i rätten är det juridiska språket. Som naturvetenskapligt skolade uttrycker vi oss ju vanligen i sannolikheter vilket ofta inom juridiken tolkas som att vi inte är säkra på vår sak. Många av oss som framträtt i rätten och vittnat bl.a. om föräldradysfunktion och inte minst sexuella övergrepp har bitert fått erfara att vi blivit ifrågasatta och våra utsagor söndersmulade.

Nersabla i rättegång

Jag minns fortfarande hur psykolog Hellis Sylvan och Öl Frank Lindblad i Stockholm blev nersabla i en rättegång om sexuella övergrepp på 70-talet(?) Detta ledde till att Hellis for till USA för att hämta hem de senaste rönen och utredningsmetoderna medan Frank Lindblad skrev sin avhandling om sexuella övergrepp på barn. Det blev grunden till vår moderna kunskap om dessa övergrepp. Så i det fallet kan man säga "intet ont som inte har något gott med sig."

Jag har tvingats lära mig att tillämpa ett annat språkbruk i rätten där jag måste uttrycka mig tvärsäkert för att bli trodd. Det är mycket frustrerande att måsta uttrycka sig så fyrkantigt men min erfarenhet är att det är nödvändigt.

5. Ytterligare ett etiskt dilemma är de förståndshandikappade föräldrar med nyfödda som inte kan förstå att de inte räcker till som vårdnadshavare för sina barn. De tycker ofta att de villigt tar emot råd av personalen på utredningshemmet och lär sig hur man skall mata och byta blöjor mm. Att inte turtagning och emo-

tionell närvaro fungerar har de svårt att inse och förstår inte det växande barnets ökade krav på omvårdnad både fysiskt och emotionellt. Det är känslomässigt tungt att möta deras ilska och sorg utan att kunnat få dem att förstå vad som brister.

Som avslutning vill jag ändå hävda att samhället skall ha rätt att ta i anspråk våra professionella kunskaper både inom socialtjänst och domstolsväsende. Om vi skall kunna hävda barns rättigheter till en godtagbar hälsa och psykisk utveckling måste vi våga oss ut utanför kliniken trygga väggar. Sen kan jag möjligen undra om det över huvudtaget är etiskt försvarbart att publicera dessa fun-deringar offentligt. De kan ju möjligen användas mot barnpsykiatrisk expertis i allmänhet av advokater som ett bevis för att vi minsann inte är så duktiga och säkra på vår sak som vi vill påskina. Men jag tar chansen för att uppmuntra andra trots de etiska dilemman som föreligger.

Anders Westerlund

F.d. överläkare BUP-kliniken Norrlands Universitetssjukhus
Numera Samordnande Länsstudierektor för alla AT- och ST-läkare

Recensera böcker om självhjälp

Inför det kommande numret med tema självhjälp utanför psykiatrin tar vi gärna emot recensioner av självhjälpslitteratur

Det gäller böcker som riktar sig till personer som har ett specifikt problemområde, viss psykiatrisk diagnos eller en mer allmän problematik.

Vilka böcker har varit hjälpsamma som komplement till annan behandling inom psykiatrin? Finns det böcker som snarast "ställer till det"?

Skriv kortfattat och skicka in till redaktionen senast 20/6.

Maila gärna innehållsansvariga för numret:

**Camilla Hallek (camilla.hallek@sll.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@sll.se)**

eller till huvudredaktören på

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Ojämlikheter i handledningssituationen etiskt dilemma

Etik är givetvis ett centralt tema inom barn- och ungdomspsykiatri precis som inom all annan vård. Själva valet att arbeta med barn och därmed anta ett barnperspektiv kan sägas vara ett etiskt val. Barn är icke-autonoma och behöver talespersoner och barnperspektivet kräver förutom kunskap och empati också att man solidariserar sig med och tar ställning för barnet i intressekonflikter såväl generellt som på det individuella planet. Att arbeta inom barn- och ungdomspsykiatri innebär att anta barnet som sin arbetsgivare.

Som huvudhandledare blir etikfrågor aktuella på två sätt, dels i handledningens etik, dels i handledning i etik. Båda aspekterna behöver reflektion, såväl för huvudhandledaren själv som i dialogen med den handledde.

Grundläggande för huvudhandledningens etiska dimensioner är att huvudhandledare – ST-läkarrelationen är ojämlig, där huvudhandledaren har ett makt- och kunskapsöverläge och st-läkaren i flera avseenden är i beroendeställning. Detta lägger ett etiskt ansvar på i första hand huvudhandledaren.

Den främsta etiska principen inom all sjukvård är självklart att ge så god vård som möjligt. Evidensbaserad barn- och ungdomspsykiatri är därmed det första etiska budet och det som handledarens både skall vägleda i och följa upp att ST-läkaren lär sig och

strävar efter. Då ligger det också i huvudhandledarens svar att bidra till och verka för att ST-läkaren får de optimala villkoren för utbildningen. Huvudhandledaren har ansvar för att, tillsammans med ST-läkaren, se till att tjänstgöringens innehåll, placeringarnas utformning och arbetsförhållandena främst gynnar utbildningsgången och att kunskaps- och erfarenhetsinhämtandet är det överordnade. I detta ansvar kan huvudhandledaren komma att stå i motsatsställning till t.ex. verksamhetschefen, som skall se till verksamhetens behov och sjukvårdsproduktionen eller till läkarkollegor, som vill ha jämn fördelning av klinisk arbets- och jourbörda.

"Grundläggande för huvudhandledare – ST-läkarrelationen är ojämlig"

Intressekonflikt med etiska dimensioner

Näraliggande till detta etiska ansvar är huvudhandledarens ansvar för st-utbildningens kvalitet generellt och den kontrollfunktion, som därmed ligger i huvudhandledningen: att kontrollera att ST-läkaren blir tillräckligt bra. I detta avseende står huvudhand-

ledaren och ST-läkaren på olika sidor. Huvudhandledaren är den kritiske granskaren, som skall uppmärksamma brister, ST-läkaren har intresse av att framstå som så bra som möjligt. Detta leder till en intressekonflikt, som också har etiska dimensioner. I handledning är en förutsättning att den handledde känner tillit och kan vara öppen, ta upp svåra frågor, tillkortakommanden och osäkerhet. Man skall kunna redovisa sina problem och diskutera sånt som gått fel. Men om ens handledare samtidigt är kontrollant och har makt att fria eller fälla beträffande ens duglighet, så finns inte dessa förutsättningar fullt ut. Som i alla etiska dilemman finns här ingen självklar lösning. Det är istället genom öppenhet och dialog runt själva problemsituation, som huvudhandledaren och ST-läkaren kan hantera detta. Ibland kan t.ex. en fristående handledare i ett särskilt infekterat ärende eller en mentor för en speciell del av yrkesutvecklingen vara en lösning.

"Om ens handledare samtidigt är kontrollant och har makt att fria eller fälla beträffande ens duglighet, så finns inte dessa förutsättningar"

Period av ifrågasättande

Relationen mellan huvudhandledaren och ST-läkare består, med varierande intensitet, i normalfallet i c:a fem år. Det är en lång tid och mycket hinner hända mellan två människor under en sådan period. ST-läkare kanske börjar med att se sin handledare som den allvise läraren, idolen, som mött alla sorters patienter, klarat alla de svåra fallen, löst alla de kinkiga medarbetarrelationerna och är helt klar över sin egen roll och funktion. Ett sådant – här kanske något karikerat – idealiserande ersätts vanligen förr eller senare av en period av ifrågasättande, kanske av besvikelse och av kritik från ST-läkaren för att därefter oftast övergå i en mer jämställd relation med en mer realistisk syn på handledaren. För huvudhandledaren finns en på många sätt motsvarande utveckling från att se ST-läkaren som det oskrivna bladet som huvudhandledaren skall skriva in sin samlade barnpsykiatriska kunskap i, den törstiga svamp, som suger upp all handledarens visdom för att sedan se st-läkaren som den besvärlige, olydige, självgode, som med otillräcklig erfarenhet tror sig kunna allt. Också för huvudhandledaren utvecklas detta efter hand till en realistisk och jämställd syn på ST-läkaren som en nyutbildad specialist med i vissa avseenden mer uppdaterade kunskaper. Att hänga med i dessa svängningar i den ömsesidiga relationen, att se såväl sin egen som den andres roll och kunna hantera spänningar och känslomässiga kast kräver mognad och självinsikt. För ST-läkaren är egenterapi en

plats att ventileras detta och få en ökad förståelse för de processer som pågår. Ansvar vilar dock tyngre på huvudhandledaren, som ju, förutom att vara den som har makten, också bör ha kunskap och kanske tidigare erfarenhet av denna utveckling och som bör, på ett icke dömande eller värderande sätt, kunna ta upp spänningar i relationen i handledningssamtalen.

Den långa tid, som relationen varar innebär också att den per-



Om man har en massa skräp inombords blir samspelet med den man handleder lidande

sonliga relationen utvecklas i fler avseenden. Inte minst sker detta på mindre kliniker, där huvudhandledare och st-läkare möts i många olika sammanhang, allt från rent professionella som underläkare – överläkare, primärjour – bakjour till kafferumsprat och gemensamma resor till skolbesök eller konferenser. Det skapas en tydlig arena för den personliga relationen. Avsikten är ju att handledare och handledd skall trivas och komma bra överens med varandra. Med samma yrkes- och specialitetsval som bakgrund finns ofta förutsättningar för också en privat sympati. Samtidigt finns de olika rollerna i handledningsrelationen kvar. Blir den privata relationen viktig blir det svårare att hantera den professionella och inte minst den kontrollerande funktionen i huvudhandledningen. Risken för de inblandade att fara illa är uppenbar. Samtidigt är ju känslor och ömsesidig sympati inget som vi beslutar över. Inom psykoterapi finns, alltifrån Freuds onsdagsmöten med sina elever, utvecklade etiska principer för hur man skall se på privata relationer mellan terapeut och patient, men dels ingår en hel del av dessa i en psykoanalytisk idétradition, dels är huvudhandledarrelationen till sin grundläggande karaktär, liksom de praktiska sammanhangen, annorlunda. Det är dock viktigt att benämna och diskutera dessa förhållanden och hålla fokus både på att individer inte blir skadade och att handledningsfunktionen inte blir impotent.

Öppna dörren för komplikationer

Ålder, kön och etnicitet påverkar hur relationen utvecklas. Maktförhållandet mellan en äldre svensk manlig huvudhandledare och

en yngre kvinnlig ST-läkare från ett utomeuropeiskt land blir en annan än mellan en kvinnlig specialist och en manlig ST-läkare i ungefär samma ålder. Att inte reflektera över detta och i samband med att st-kontrakt och handledarkontrakt görs upp men också kontinuerligt, prata

om det innebär att man öppnar dörren för komplikationer av bl.a. etisk natur. När ST-läkare kommer längre i sin utbildning och mer och mer skaffar sig en egen barnpsykiatrisk profil, kan detta också ställa till problem, som får en etisk dimension. Om han/hon väljer intresseinriktning, profilerar sig psykoterapeutiskt eller vill subspecialisera sig på ett sätt, som inte överensstämmer med huvudhandledarens preferenser, kan detta innebära risker för konflikter, där en sammanblandning mellan professionella bedömningar och privat ressentiment hotar och huvudhandledaren kan frestas att använda sin makt på ett oetiskt sätt. Likadant finns risken för sammanblandning av professionell värdering och privata behov om ST-läkaren går i huvudhandledarens fotspår. Många huvudhandledare befinner sig i en yrkesmässig fas, då det är både lockande och smickrande att få en adept och efterföljare. Att kvalitetsmässigt godkänna en sådan lite för lätt, är givetvis frestande.

På en rad andra områden i huvudhandledar – ST-läkarrelationen finns det etiska fallgropar. Hur värderar jag ST-läkarens behov av handledning, när jag själv är överlupen av annat arbete?

När handledare och st-läkare ogillar varandra av t.ex. politiska, religiösa eller etniska skäl, vad gör man då? När ST-läkaren blir tilldelad en huvudhandledare, som han/hon inte själv hade som förstaval?

Etik är läran om att tänka rätt, moral att handla rätt. Att finna bra sätt att handla går då ofta via hjälp att tänka. Det innebär att dialogen är det främsta verktyget i etiskt svåra situationer, dialog mellan handledare och elev, i en grupp av handledare eller i en st-grupp. Etik bör vara en återkommande punkt på studierektorernas st-möten liksom självklart i handledarens och st-läkarens

gemensamma arbete. Vid de seminarieveckor, som Svenska Förening för Barn- och Ungdomspsykiatri återkommande arrangerar om huvudhandledning, är etik ett tema som alltid finns med, som alltid engagerar och som man ofta beklagar att det inte varit mer av.

Evidens mot ideologi?

Att handleda i etik beträffande det dagliga barnpsykiatriska arbetet är ett stort och eget område. Vägledning kan vi få från olika etiska riktlinjer och dokument, alltifrån internationella etiska deklarationer och FN's konvention om barnets rättigheter till artiklar i facktidsskrift och aktuella läroböcker. Ofta är etiska diskussioner i ett tvärprofessionellt forum på en klinik något som många uppskattar men antagligen minst lika ofta något som får stå tillbaka i det dagliga arbetets prioriteringar. Att man har ST-läkare

"Hur värderar jag ST-läkarens behov av handledning när jag själv är överlupen med arbete?"

"Maktförhållandet mellan en äldre svensk, manlig huvudhandledare och en yngre kvinnlig ST-läkare från ett utomeuropeiskt land blir en annan..."

på kliniken kan utgöra en anledning till att skapa ett sådant forum. Där kan frågor som angår de flesta inom barnpsykiatri tas upp: hur ser vi på den absoluta anmälningsplikten kontra att bibehålla barnets förtroende, vilka etiska aspekter finns på vårdnads- och umgängesstrider, vems intressen värnar barnpsykiatri, när föräldrar vill ha växelvis boende för små barn, hur bör vår roll i asylproblematiken vara? Var går och var bör gränsen gå mellan att agera etiskt för barns psykiska välbefinnande såväl på individplanet som på ett generellt plan och att agera utifrån en personlig politisk ståndpunkt? Och kanske än mer centralt i många av våra verksamheter: hur gör vi när evidensbaserad behandling inte kan erbjudas vid vår klinik, för att sådana terapeuter inte finns eller för att den rådande ideologin vid kliniken tycker annat än vad forskningen säger?

När vi ser ut över världen blir vi ofta skakade av fruktansvärda förhållanden, som inte minst drabbar barn och vi kan med rätta se att vårt eget samhälle i många avseenden är framstående och välfungerande ur etisk synpunkt. Att etik, vad som är rätt och fel och hur barns villkor bör vara och utvecklas liksom att utbildning och auktoriteter kan diskuteras och ifrågasättas öppet i levande dialog, allt detta är viktiga adelsmärken för Sverige och bl.a. för svensk barnpsykiatri. Men det vilar på att vi inte slår oss till ro utan hela tiden fortsätter dessa viktiga samtal.

Torgny Gustavsson

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
Växjö

**Skriv en bok-
recension till
tidningen:**

**Vad finns det för
nya böcker?**

**Maila till
redaktoren@
svenskpsykiatri.se**

David Eberhard slutar som huvudredaktör

Hej alla. Jag har nu gjort Tidskriften för Svensk Psykiatri i drygt två år. Det har varit otroligt stimulerande och kul. Jag gick därför med på att väljas om vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte i mars. Dock räcker inte tiden till.

Om man har fyra barn, skriver böcker och filmmanus på sin fritid, gärna spelar fotboll i korpen och dessutom arbetar som chef så kan det tyckas närmast oansvarigt att dessutom göra en tidning. Och ja. Jag är oansvarig. Men nu har tiden kommit då jag på grund av alla andra engagemang måste avsäga mig mitt redaktörsskap.

Jag är mycket stolt över att föreningen nu har en riktig tidning. Men för att det har kunnat ske har jag behövt arbeta flera nätter inför varje nummer. Alltså bör man, tror jag, dela upp arbetsuppgifterna. Och trots att jag känner stolthet är jag helt medveten om att det finns människor som är mycket kunnigare på lay-out. Har bättre tålamod vid brödtextridigering. Tar bättre bilder och inte lika ofta som jag illustrerar artiklar med synnerligen långsökta motiv.

Jag lämnar därför över en produkt som jag tror har mycket goda utsikter att bli ännu bättre. För att inte lämna läsare och de engagerade föreningarna i sticket kommer jag att också göra nästa nummer av tidningen, men i höst är det dags för nya krafter att ta vid.

Förhoppningsvis har jag medverkat till att starta en livskraftig och intressant tidning. Jag vet att vissa av mina nattliga utfall (då klockan börjar närma sig fem på morgonen) har skapat debatt. En debatt som jag hoppas ska fortsätta på samma sätt som hittills. Förhoppningsvis kommer den även i fortsättningen att starta med polariserade ståndpunkter som sedan i uppföljande nummer visar sig vara mer modererade.

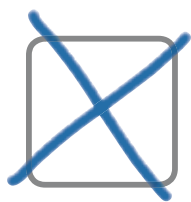
Redaktionen är kvar

För er som uppskattat tidningen kan jag säga att ni inte har stor anledning till oro. Den synnerligen kompetenta redaktionen sitter, mig veterligen, kvar. Och i ärlighetens namn har min uppgift mest varit att klippa och klistra ihop den färdiga produkten. Nu får alltså ett proffs göra det. Mina provocerande texter (och bilder) klarar ni er nog utan. Men vem vet om jag gör det. Så när tiden så medger kanske jag kommer tillbaka. Löfte eller hot? Det står skrivet i stjärnorna.

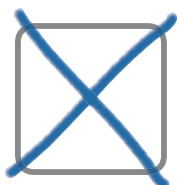
David Eberhard
Huvudredaktör SP



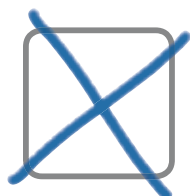
En trött redaktör



SNABB
INSÄTTNING^{*1}



ENKEL
DOSERING^{*1}



BEVISAD
ÅTERFALLSPREVENTION²

**I jämförelse med Seroquel®.*

Nu har Seroquel® Depot godkänts av Läkemedelsverket för behandling av schizofreni¹.

Den nya depottabletten gör att måldos kan nås redan dag 2 och möjliggör dosering en gång per dag.

Seroquel® Depot erbjuder dessutom en bevisat effektiv återfallsprevention vid schizofreni².



Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-01-25. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förebygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, utan föda. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. **För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.**

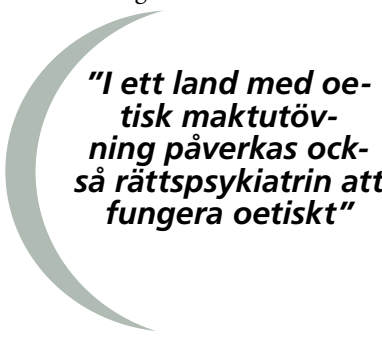
1. www.fass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2007;22:S132.

Den rättspsykiatriska pliktetiken och yrkesrollen

Med "rättspsykiatri" avses här endast rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet beträffande för brott misstänkta personer.

Man kan en smula vinklat påstå, att rättspsykiatrien bygger på en humanitär ideologi och utgör ett slags praktisk etik. Sjukdomsbehandling används (i laglig och realistisk omfattning) för att vårda och hjälpa i stället för att låta straffa. Och den bibehållna läkarrollen ger viss befogenhet att förordna individualpreventivt meningsfulla påföljder. Men en ideologi är alltid sårbar och kräver lojalitet av sina medarbetare.

Rättspsykiatrien är krånglig, svår att överblicka och även riskfylld. Det har med rätta sagts, att den rättspsykiatriska verksamheten vimlar av etiska problem. Där finns inte bara sociala spänningar och intressekonflikter. Där finns också ett ofta otydligt faktaunderlag, som medför behov av vissa tumregler, en genomtänkt värdehierarki och en etisk kompass. Den rättspsykiatriska yrkesetiken är dessutom en förutsättning för professionens autonomi och goda anseende.



"I ett land med oetisk maktutövning påverkas också rättspsykiatrien att fungera oetiskt"

en svensk rättspsykiatrisk etikkod (en sådan bör förkludera den rättspsykiatriska vårdens etik). Internationell samsyn är tyvärr helt utom räckhåll.

Samhället och myndigheterna

Rättspsykiatrien är beroende av landets politiska förhållanden. I ett land med oetisk maktutövning påverkas också rättspsykiatrien att fungera oetiskt. Det måste råda demokrati med hållbara garantier för domstolars och domstolsexperters politiska oberoende.

En skräckblandad kriminalpolitisk atmosfär kan starkt försvåra de humana hänsyn i rättspsykiatrien som är grunden för läkaretiken. Om straffpolitiken saknar individualpreventiva syften, blir rättspsykiaterns arbetssituation ansträngd, och förekomst av dödsstraff bör av etiska skäl kanske ses som ett hinder för läkare att överhuvudtaget befatta sig med domstolarnas personutredning i brottmål. Läkare kan inte ge klartecken för avrättning.

Rådande attityder i samhället kan ha stor genomslagskraft på rättsskipningen. Folk kan ha en övervägande benägenhet att se lagöverträdare som kallhamrade skurkar eller att se dem som på olika sätt handikappade eller olycksdrabbade. På samma sätt kan

de se ovillkorligt straff som det enda raka eller hellre vilja att man satsar på något slags vård. Här har kriminaljournalistiken på gott och ont stora möjligheter att påverka.

Rättspsykiatrien har fördel av att inte rättens parter utan den partsneutrala domstolen är dess uppdragsgivare. Till saken hör, att domstolarna också har hela ansvaret för att utnyttjandet av rättspsykiatrien blir adekvat.

En grundförutsättning för rättspsykiatrisk utveckling och kvalitet är upprättandet av en specialiserad rättspsykiatrisk organisation, bestående av regionala enheter, helst lokaliserade i anslutning till sjukvården, varje enhet med minst två specialistkompetenta rättspsykiatrier. Det är väsentligt för rättspsykiatriens oavhängighet, att denna undersökningsorganisation får ha en budgeterad statlig ekonomi. Den bör vara så väl tilltagen, att förutsättningarna blir gynnsamma för både rekrytering och fortbildning av läkare och annan personal.

Med detta är sagt, att också det allmänna – regering och riksdag, massmedia, domstolarna och den för rättspsykiatrien ansvariga centrala myndigheten – har del i ansvaret för rättspsykiatriens etiska fungerande.

Slutligen har den rättspsykiatriska yrkesföreningen väsentliga uppgifter som förmedlare mellan yrkesutövarna och samhället. Det är viktigt, att rättspsykiatriens röst hörs – men också att rättspsykiatrien lyssnar och förstår.

Målsättningar och lojalitet

Rättspsykiatrien är en verksamhet, som i huvudsak styrs av sina målsättningar (här avses eftersträvarvärdade ideal, inte påbudna produktionsnormer). Dessa bör helst formuleras av professionen själv, naturligtvis i samklang med statsmaktens uttalanden. Det brukar bli en lång målkatalog. De olika målen kan förslagsvis grupperas som brottspreventiva, rättsliga, medicinska, humanitära, vetenskapliga och systemuppbyggande. Dessa målsättningskategorier är naturligtvis i viss utsträckning sammanfallande. Med systemuppbyggande målsättningar avser jag verksamhetsinriktningar för att bygga upp, effektivisera, kvalitetssäkra och popularisera rättspsykiatrien såsom skydd mot skadlig besparingsiver och politisk destruktivitet.

Målsättningarna utgör riktpunkter för rättspsykiatrisk konsekvensetik.

Mänskliga rättigheter och grundlagen

I modern tid har människorättsrörelsen skapat en människovärdesetik, som bygger på mänsklig värdighet, autonomi och integritet. Det finns nu en lång rad konventionsbundna fri- och rättigheter, som till viss del överförts till grundlag. Jag avstår från att räkna upp dessa, eftersom de tar för stor plats.

I stället pekar jag på några analoga rättspsykiatriska rättigheter, som är mer eller mindre erkända men ännu så länge inte medtagna i några konventioner: rätten för en i brottmål tiltalad person

med dålig eller tvivelaktig psykisk hälsa att genomgå rättspsykiatrisk undersökning (den rättspsykiatriska rättssäkerhetsprincipen); förbudet att döma en person till fängelsestraff, som vid gärningstillfället varit behäftad med psykotisk, invalidiserande eller eljest allvarlig psykisk störning (exkulpationsprincipen); rätten att i varje nytt sammanhang få anses psykiskt normal fram tills ens ansvarsförmåga eller duglighet i det nya sammanhanget bedömts vara undermålig (engångsbedömningsprincipen); förbudet mot rättspsykiatrisk undersökning i hemlighet /med eller utan apparatur/, vid sidan av annan aktivitet eller eljest utan tillkännagivande och utan dialog (pålysningsprincipen); samt rätten att såsom invandrare med språksvårigheter få ha tolk vid minst ett av undersökningssamtalen (modersmålsprincipen).

Om vägran att låta sig undersökas

Klienten har knappast rätt att vägra en av domstol beslutad rättspsykiatrisk undersökning. Teoretiskt kan hans vägran i något sällsynt fall ha respektabla skäl, i praktiken kan hans vägran och dess ev anförda motiv – på ett taktfullt sätt – avfärdas.

I många fall kan undersökningen ändå ha sin gång. Endast i sällsynta fall blir undersökningsförsöken så fruktlösa, att inga slutsatser kan dras. Ibland får man, i återkommande samråd med rätten, prestera ett stympat undersökningsförfarande och skriva ett beskuret utlåtande, försett med reservationer.

Rättspsykiaterns yrkesroll

Den rättspsykiatriska pliktetiken utgörs främst av en beskrivning av rättspsykiaterns komplicerade yrkesroll.

Såsom rättens expert har rättspsykiatern skyldighet att i sitt arbete vara noggrann och grundlig; att sträva att öka och utveckla sin sakkunskap och skicklighet; att alltid vara ärlig och rättssinnad; att förhålla sig möjligast fördomsfri, lidelsefri och balanserad; att grunda sitt sakkunnigyttrande på fakta, erfarenhet och dokumenterad vetenskap; att göra sin bedömning oberoende av utomståendes intressen och vara helt omutlig; att i fråga om sina undersökningsfynd vara öppen gentemot rätten; att i möjligaste mån i stället för medicinska fackuttryck använda vanlig svenska eller lagens uttryckssätt; att personligen ansvara för sitt utlåtande och dess underlag; samt att iaktta tystlåtenhet gentemot utomstående och allmänheten beträffande all den personinformation, som framgått av åtalet eller framkommit vid undersökningen och i rätten.

Såsom läkare gäller det för rättspsykiatern att undvika att delta i polisiärt förhör av klienten; att för klienten (om det inte re-

dan är självklart) inledningsvis klargöra, att han/hon arbetar på domstols uppdrag och inte får vägra att yppa för rätten, vad han/hon hört och sett vid undersökningen; att som ett tidigt led i undersökningen gå igenom alla åtalshandlingar i det aktuella målet och analysera brottsbeteendet; att integrera sin obrutna rättslojalitet med den kliniska, möjligast patientlojala läkarrollen till en försvarlig helgjutenhets; att ha en balanserat förstående och vänlig attityd mot klienten och att inte uppträda överlägset, aggressivt eller föraktfullt; att fasthålla vid människors lika värde; att ta bestämt avstånd från våld; att motstå onödvis användning av tvångsmedel (isolering, bälte, hand- och fotbojor); att konsekvent motarbeta och bekämpa missbruk, hantering och skönmålning av narkotika; att uttala sig om klientens tillstånd endast efter personlig undersökning; att vara opartisk i frågor om den undersöktes skuld, brottsrubricering och gärningens grovhet; att vid fall av frågeställningar stridande mot eller hemmahörande utanför det normala opartiska sakkunniguppdraget avsäga sig undersökningen eller neka att svara; att å ena sidan i flertalet fall vara försiktig med extrema ställningstaganden i prognoshänseende, men å andra sidan vara tydlig, ifall uppenbar farlighet, uppenbar ickefarlighet eller uppenbar risk för fortsatt brottslighet påvisats; att undvika att aktivt förordra straff; samt att iaktta tystlåtenhet gentemot utomstående och allmänhet beträffande all den personliga och medicinska information som framkommit vid den rättspsykiatriska undersökningen.

Utöver de nyss beskrivna allmänna rättsexpert- och läkarrollernas etik innebär rättspsykiatrins specifika roll och anpassning inom rättssystemet ytterligare etiska krav. Rättspsykiatern måste

- erkänna de ickemedicinska brottsorsakernas dominerande betydelse, och därmed
- acceptera det ofrånkomliga behovet av lagstadgade straff;
- erkänna de inom psykiatin kända straffbefriande psykopatologiska brottsorsakernas betydelse,

och därmed

- acceptera den lagstadgade rättspsykiatriska vården på sjukhus, även i de fall av psykisk störning där kriminalpolitiska överväganden (angående brottets grovhet, risken för återfall i brott, farlighet) är avgörande för själva frihetsberövandet;
- erkänna rättens ensamkompetens i frågor om åtal mot rätt person, gärningens brottsrekvisit, gärningens grovhet och grad av straffvärdhet;
- vara lojal med det rättsskipande och kriminalpolitiska systemet samt bidra till att allmänhetens förtroende för det bevaras;
- i sitt utlåtandearbete sträva att förena och om möjligt



Ants Anderson

integrera det allmännas kriminalpolitiska intressen med medicinska synsätt;

- ansvarsfullt vårda de inom rättspsykiatrin förekommande sjukdomsbegreppen genom att tillämpa dessa i bästa möjliga överensstämmelse med förekommande synsätt.

***"Rättspsykiatern
måste erkänna de
ickemedicinska
brottsorsakernas do-
minerande orsaker
och därmed accepte-
ra det ofrånkomliga
behovet av lagstad-
gade straff***

Ytterligare etiska fingervisningar

Jag vill här ge förslag på några ytterligare, mer eller mindre ooriginella, etiska råd till rättspsykiatern:

- Beakta, att skuldfrågan är mycket preliminärt utredd vid tiden för den rättspsykiatriska förbedömningen ("§7-undersökningen")!

- Låt inte formell diagnostik (psykometriska och diagnostiska test, laboratorieprover) ensamt avgöra bedömningen utan gör alltid själv en klinisk-kriminologisk-medikolegal helhetsbedömning!

- Komplettera ditt eget rättspsykiatriska undersökningsarbete med rutinmässig kommunikation med medarbetare!

- Av opartiskhetsskäl samtala inte alls eller endast sparsamt och med omdöme med åklagaren eller advokaten!

- I svåra eller särskilt känsliga fall rådfråga mer erfaren kollega eller begär genomgång på arbetskonferens!

- Om din klients åtal är allvarligt men bevisen svaga, så var extra självkritisk och försiktig med att avge en psykopatologisk brottförklaring eller en beskrivning av sådan symtomatik eller sådana personlighetsdrag, som – sant eller illusoriskt – övertygar om den tilltalades skuld!

- Var särskilt försiktig med att avge utlåtande om att den tilltalade skulle ha varit psykiskt störd eller allvarligt psykiskt störd vid gärningstillfället eller att han skulle vara farlig bara på basen av hans åtalade gärning, om denna enligt åtalet består i en ensaka, oväntad och speciellt våldsam eller eljest förfärande (s k abnormbrottslig) handling! (Här måste nämligen varnas dels för cirkelresonemang och sjukförklaring utan egna sjukdomsfynd, dels för möjligheten att den tilltalade frikänns.) Om den tilltalade förnekar gärningen, oavvisliga bevis saknas och den rättspsykiatriska undersökningen inte röjt någon framträdande eller för brottsbeteendet relevant psykopatologi, så bör den tilltalade, av hänsyn till starka opartiskhetskrav, inte förklaras vare sig psykiskt störd eller farlig.

- Om klienten ändrar inställning och vill erkänna aktuella eller tidigare brott, så se till att han får ta upp detta med sin advokat!

- Sträva att i samband med den rättspsykiatriska undersökningen ge klienten en förbättrad medvetenhet om sina personliga svagheter och problem, om sitt eventuella hjälpbehov och om möjligheterna att få hjälp. Ett sätt att gå till väga är att delge klienten innehållet i det rättspsykiatriska utlåtandet.

Ants Anderson

Vad är det vi ser men aldrig gör nåt åt?

Det är inte lätt att göra rätt. För det första ska vi ju följa läkareden. Sen ska vi följa lagar och förordningar. Ofta går de stick i stäv med varandra, i synnerhet eftersom vi sen också ska följa givna ekonomiska riktlinjer. Och när den ekvationen är olöst förväntar vi oss av oss själva att vi ska påpeka när andra gör fel.

Till viss del är lagarna gjorda för att vi ska uppträcka andras misar. Och ändå är det som vi styrs av utifrån ett intet jämfört med alla de inre stridigheter vi möter i vår vardag. Tänk på allt vis er omkring oss som vi inte gör något åt. Tänk på alla de underlåtenhetssynder vi gör oss skyldiga till i vårt yrkesliv.

Hur många av oss kan ärligt säga att vi inte någon gång under vår karriär stött på situationer då vi valt att blunda. Då vi visserligen ansett att något varit fel, men väntat andra kinden till och gått därifrån? När jag var nyutnämnd chef på psykakuten vid S:t Görans sjukhus hade vi dessvärre en del anställda som inte borde varit där. Det var unga aggressiva män som triggade igång bråkiga situationer. Jag såg det. Men det tog alldeles för lång tid innan jag ingrep. Och ingripandet var passivt, inte konfronterande. Ofta är det nog så. De värsta underlåtenhetssynderna grundar sig ofta i konflikträdsla.

Anonyma strutsar

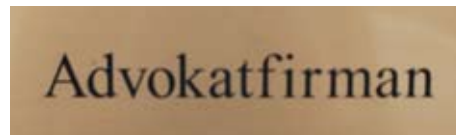
Varför är det så svårt att ta en konflikt? Varför står vi hellre vid sidan av och tittar på än går in och säger att "det där var inte okej". Nästan ingen vill vara en bråkstake. Det i kombination med den sjuka idealiseringen av maffiakulturens hedersekodex "att inte tjalla" skapar grogrund för samvetslösa människor.

Det är svårt att prata om de saker vi låter passera. Men det är viktigt. Svensk Psykiatri tar gärna emot berättelser om vad ni sett men inte gjort något åt.

För ingen av oss är ofelbar. Vi har nog något vi inte gärna pratar om att vi inte reagerat på. Alla de fall där man misstänkt att barn far illa, men inte konfronterat föräldern, eller urskuldat denne med att det nog löser sig. De fall där kommunen inte tagit ansvar eller kollegor felbehandlat. Eller, som ett fall jag själv lät bli att gräva vidare i. En psykotisk patient som var inlagd hos antroposoferna i Järna, där man satte ut all medicin och ersatte med homeopatiska doser av någon ört. Och lanserade behandlingen som antipsykotisk. Ett anmälningsärende som aldrig blev anmält. Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.se och berätta. Om ni skäms så var anonyma. Föreningen anonyma strutsar tar gärna emot era alster. Så vi alla kan lära oss att inte stoppa huvudet i sanden.

David Eberhard

Huvudreadtör SP



Stämmer det att du inte alltid stämmer alla?

Kognitiv förbättring



I samband med läkemedelsbehandling av schizofreni kan patientens redan försämrade kognition störas ytterligare.¹⁻⁴ Vid behandling med Serdolect® (sertindol)* förbättras däremot den kognitiva funktionen och patienten får hjälp att fungera.^{2, 5-9} Exempelvis visar ett antal reaktionstester att Serdolect ger bättre

informationsbearbetning, snabbhet och uppmärksamhet.² Kliniska studier med Serdolect uppvisar även EPS på placebonivå samt avsaknad av såväl antikolinerga som sedativa effekter.⁵⁻¹²

För en förbättring av kognition och en fungerande vardag.

Serdolect® – först i andra hand

***INDIKATIONER:** Serdolect® Rx (F) (sertindol) SPC 2007-10-11, är indicerat för behandling av schizofreni. På grund av kardiovaskulära säkerhetsproblem bör Serdolect® endast ges till patienter som visat intolerans mot minst ett annat antipsykotiskt läkemedel. Serdolect® skall inte användas i akuta situationer för snabb symtomlindring till patienter med akuta symtom. **DOSERING:** Serdolect® administreras peroralt en gång dagligen, med eller utan föda. Till patienter med behov av sedation kan en bensodiazepin ges samtidigt. **OBSERVERA:** EKG-registrering krävs före och under behandling med Serdolect®. Kliniska prövningar har visat att Serdolect® förlänger QT-intervallet i större utsträckning än vissa andra antipsykotiska läkemedel. Serdolect® ska därför endast användas för patienter som visat intolerans mot minst ett annat antipsykotiskt läkemedel. Förskrivande läkare måste noggrant följa angivna säkerhetsåtgärder. **DOSTITRERING:** Alla patienter skall börja med 4 mg Serdolect®/dag. Dosen skall ökas i steg på 4 mg efter 4–5 dagar på respektive dosnivå tills den optimala underhållsdosen i området 12–20 mg har uppnåtts. För pris och vidare information, se FASS.se.

Referenser:

1. Keefe et al. Arch Gen Psychiatry 2007, 64: 633-647. 2. Gallhofer B et al. Pharmacopsychiatry 2007; 40: 275-286. 3. Weiden PJ. Postgraduate Medicine 2006, Sep: 27-44. 4. Hawley CJ. Int Clin Psychopharmacol 2005, 20: 183-198. 5. Summary of product characteristics (SPC) 2007. 6. Lindström E & S Levander. Expert Opin Pharmacother 2006, 7 (13): 1825-1834. 7. Lublin et al. Int Clin Psychopharmacol 2005, 20: 183-198. 8. Hale et al. Int J Psych Pract 2000, 4: 55-62. 9. Zimbroff et al. Am J Psychiatry 1997, 154: 782-791. 10. Azorin et al. Int Clin Psychopharmacol 2006, 21: 49-56. 11. Tamminga et al. Int Clin Psychopharmacol 1997, 12 (Suppl 1): S29-S35. 12. Murdoch D & GM Keating. CNS Drugs 2006, 20 (3): 233-255.



Psykiatri – ett etiskt högriskprojekt

Arbetet med psykiatriska frågor har genom tiderna präglats av olika ideal och frågeställningar. Den humanistiska sidan har stängats mot den tekniska sidan, behovet av förståelse för en individs lidande har varit det främsta under vissa tider och nödvändigheten av en noggrann klassifikation av symtom och funktion har under andra tider präglat arbetsandan. Inte bara mellan olika epoker har dessa poler växlat utan också mellan olika skolor och vetenskapsideal under samma period.

Den tid vi nu befinner oss i med dess politiska krav på följsamhet mot evidensbaserad medicin riktar psykiaterkåren starkt mot den klassificerande och programbehandlande polen och inte alla som arbetar inom psykiatrin känner sig bekväma med den starka styrningen åt det hållet. Såväl i Svensk Psykiatri som i Läkartidningen har på senare tid debatterats om dessa ting och det verkar som att de allra flesta debattörer faller i den dichotoma fällan och blir starka företrädare för endast ett perspektiv.

Det hör del till debattens form, att man renodlar ett visst begrepp och att man framhäver det som det viktigaste i sammanhanget. Skall psykiatrin betraktas som en sjukdom i hjärnan (och endast det) eller skall psykiatrin betraktas som en specialitet med fokus på individens unika förutsättningar att klara av sitt liv i sin omvärld och framför allt individens svårigheter när det inte går att klara av de normala psykologiska utmaningarna (och endast detta)? Tyvärr är det inte bara på debattsidorna som dessa perspektiv står mot varandra utan också i verkligheten. Det rimliga är ju att ingen bra psykiater kan sakna intresse för det allmänmänskliga men att detta intresse aldrig kan vara det som gör psykiatern. Samtidigt vore det en katastrof för framtida läkargenerationer om endast klassifikationer av symtom kom att avgöra en behandling och man inte tog hänsyn till personens särdrag och livsvillkor.

Vårdgivare försvinner?

Just nu befinner vi oss i skärningspunkten mellan flera olika perspektiv. Patientens rätt till delaktighet och patientens valfrihet

står mot professionens bedömningskompetens. Den ekonomiska styrningen av vården gör att vårdgivare många gånger blir tvungna att ta ställning till behandlingar som inte alltid är de mest relevanta. Oavsett om patientens önskemål tillmötesgås eller ej, kommer vårdarbetet inte endast präglas av de perspektiv som först nämnts – frågan om patientens personliga historia och frågan om patientens sjukdomspanorama. Dessutom kommer det in

en fråga om verksamhetens överlevnad i form av reda pengar från beställaren för just den här patienten. Blir patienten missnöjd med det som erbjuds är patienten fri att gå någon annan stans och begära vård, något som kanske på lång sikt kan gynna ur ett marknadsekonomiskt perspektiv men kanske faktiskt inte kan gynna ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Den vårdgivare som inte gör patienterna nöjda (genom att ge det som önskas) riskerar att försvinna även om den erbjudna vården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

I socialstyrelsens granskning av läget i landet efter lagändringarna 1999 om patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande betonar man i en sammanfattande kommentar att "Rätten till delaktighet och medinflytande får inte resultera i att hälso- och sjukvården överläter beslutsval och ansvar till patienten i autonomins namn i så hög grad att man tar bort den form av skydd, trygghet och sakkunnig hjälp som hälso- och sjukvården skall ansvara för". (SoS 2003). Detta citat betonar professionens självklara rätt att med yrkeskunnandets auktoritet hävda vissa behandlingar och vissa förhållningssätt. Svårigheten att hävda den rätten när marknadens ekonomiska mekanismer i övrigt skall verka ställer

den enskilde läkaren och verksamheten i stort inför väldiga etiska problem.

Förutom patientens rätt att själv välja vård utifrån rimlighetens

"Förutom patientens rätt att själv välja vård utifrån rimlighetens ramar så betonas också från politiskt håll nödvändigheten av en hög tillgänglighet"



Daniel Frydman

ramar så betonas också från politiskt håll nödvändigheten av en hög tillgänglighet. Det är rimligt och vettigt att patienten faktiskt snabbt och på ett bra sätt kan komma i kontakt med sin vårdgivare även om det finns ett pris för tillgängligheten i form av minskat utrymme att arbeta med planerade insatser. Om vi alltid skall vara nåbara och alltid skall svara på anrop måste det finnas en organisation med en väl utbyggd jourverksamhet som kan avlasta den enskilde medarbetaren som annars samtidigt som det löpande arbetet pågår måste ha jour för sina patienter. Upplevelsen av den goda tillgängligheten kan då lätt ätas upp av att uppföljningen blir mindre konsekvent.

Ytterligare mer komplicerade blir de etiska dilemman som vi kolleger måste ställas inför när det gäller vårdprioriteringar då kostnad för viss behandling är för hög för budgeten. Om man då gör

som verksamhetschefen på Norra Stockholms Psykiatri, drar konsekvensen av en budgetförändring och ser att det endast går att klara ekonomin genom att lägga ner vissa vårdenheter trots att vårdutbudet då radikalt försämras, visar det sig att man inte får ha kvar sitt arbete.

Psykiatrins egna, inre konfliktfält med de psykologiska/biologiska polerna och de diskussioner som hör dit, blir bland alla uppräknade etiska klippor väldigt rimliga. Frågorna om psykiatrins innehåll med alla de teoribaserade gräl som hela tiden dyker upp kommer hålla yrkesinnehållet vitalt. De konflikter som väcks av omvärldens krav väcker andra frågor till liv som kommer behöva prövas i gemensam diskussion med patientens och yrkesföreträdarnas bästa för ögonen.

Daniel Frydman

SPs redaktion

Kidnappade uttryck gör oss till andra

Hur kommer det sig att vissa uttryckssätt plötsligt blir oanvändbara? Detta nummer av Svensk Psykiatri handlar om etik. Något i hela temat blir lätt högttravande. Varför?

Etik; läran om vad som är rätt och fel. Det måste ju vara någonting oerhört viktigt för oss människor. Hur ska man agera i olika situationer? Vad är rätt? Vad är etiskt? Vad är moraliskt? Moral - moral majority - amerikanska södern. Moralkaka. Är inte det läran om hur man agar barnen och lär dem att världen skapades på sex dagar av en skäggig gud som bor på ett moln i himlen? Eller?

Och även om man kanske inte alltid associerar till ärkekonserverna kreationister så finns det något snusförnuftigt och tjatigt med själva ordet moral. Det är som om man varje gång man hör det ser prussiluskan framför sig med sin fjompiga uppsyn. Moraltanterna står och pekar finger åt oss vanliga människor.

Tänk er om vi hade haft temanummer om moral. Det går ju inte. Själva ordet är kidnappat. Det är som sunt förnuft. När jag var yngre så var det en fin fras.

"Man ska använda sitt sunda förnuft" sa de kloka äldre till oss bångstyriga tonåringar. Inte för att vi lyssnade, men någonstans kändes det rimligt, fint - ja till och med grundläggande.

Men vad hände sen? Ian Wachtmeister och Bert Karlsson kom och kidnappade uttrycket. Med tontiga hattar, pilsnerpallar och ljusskygga uppfattningar om moral och etik la de beslag på "sunt förnuft" och för oss som tidigare använt begreppet med glädje fanns inget mer att hämta. För det var ju uppenbart att sunt förnuft blivit liktydigt med rena stollerier och främlingsfientlighet.

Hur känns det?

En man med "sunt förnuft" ska man numera akta sig för. Han är förmodligen gift med prussiluskan och sannolikt har han åtskilliga lik i garderoben, gör Hitlerhälsning i smyg i mån obehaglig sekt iförd en latexuniform och gillar att plåga djur och små barn.

Det är likadant med medkänsla, medmänsklighet och snällhet. Fina ord som luktar skenhelighet. Använda av skengoda människor som helst (liksom de flesta andra av oss) gör vad som helst för att få sig ett nyp. Och vad funkar bättre än godhet? Man fattar att så många gjort business av konceptet.

Så hur känns det egentligen? Frågor som vi gärna ställer till våra patienter. Hur kändes det? Jo det var hemskt. Ja och hur kändes det då? Hur många gånger kan man fråga? För varje gång man frågar patienten om hur han eller hon egentligen kände det så närmar vi oss rena plattityder. Hur kändes det att nicka in det där målet från halva plan? Jo tackar som frågar, det var underbart. Förlåt, det kändes underbart!

Vi tror att vårt yrke är fullt av sunt förnuft, av medkänsla, av moraliska dilemman och lösningar. Vi tror att vi är experter på känslor. Men inget kunde vara mera fel. För uttrycken är redan ockuperade. Av extremhögern, av sektledare, av pajasar med drag i galoscherna. Av sportjournalister. Hur känns det? Jag bara frågar.

David Eberhard

Huvudredaktör SP



Vilka är snälla egentligen?

*"Moraltanterna
står och pekar finger
åt oss vanliga
människor"*

Psykiatrins ansikten – Unik psykiatrisk "turné" hösten 2008

I år fyller Svenska Läkaresällskapet 200 år och föreläsningsturnén Psykiatrins Ansikten utgör en del av årets jubileumsaktiviteter. Projektet är ett samarbete med Sveriges Kommuner och landsting och finansieras också av en jubileumsgåva därifrån. Tanken med projektet är att stödja och utveckla psykiatrin för att väcka intresse hos läkarstudenter och AT-läkare både att välja specialiteten men också för att vidga kunskapsnivån inom en specialitet som ofta återfinns även inom andra medicinska vetenskaper.

En arbetsgrupp med ST-läkare från de olika psykiatriska disciplinerna under ledning av psykiater Agnes Hultén ansvarar för programmens utformning och Jaana Logren SLS projektleder satsningen. Uppdraget till projektgruppen var att skapa en psykiatrisk "roadshow" som kommer att åka till alla universitetssorter under hösten och ge läkarstudenterna och AT-läkare en inblick i psykiatrin och psykiaterns roll. Idén var att genom att åka ut till de olika universitetssorterna nå ut till så många av målgruppen som möjligt, inte bara de redan intresserade. Patientsäkerhetsaspekten med bland annat kvalitetsregister kommer beaktas samtidigt som vi genom programmet vill belysa fördomar om psykisk sjukdom och psykiatri genom ett spännande program omväxlande med paneldebatt.

Turnédatum:

18/9 Stockholm
25/9 Göteborg
2/10 Umeå
8/10 Linköping

16/10 Lund
23/10 Uppsala

Programmet bygger på projektgruppens diskussioner om vad som är intressant med psykiatri och en genomgång av forskning där man undersökt läkarstudenters attityder till psykiatri som karriärval. Vi har också försökt ta fram duktiga föreläsare med olika infallsvinklar som lockar publik och kan vara goda förebilder för blivande läkare. Programmet gör förstås inte anspråk på att ge den kompletta bilden av den medicinska specialiteten

psykiatri utan ger snarare ett antal inspirerande inblickar i både forskning och klinisk vardag.

Storsatsning ger framtida kollegor?

Medverkande är bland andra Åsa Nilsson som talar om psykologisk behandling, Johan Cullberg och Christoffer Rahm om läkarrollen, Predrag Petrovic om neurobiologi och skådespelare Lo Kauppi om sina erfarenheter av missbruksvård. Dessutom kom-

mer några ST-läkare med olika profil, även för universitetssorten lokal representant, berätta på ett personligt sätt om sitt karriärval och sitt arbete. Moderator är Zanyar Adama, frilansjournalist, författare och grundare av tidskriften Gringo och Adam. Programmet kommer avslutas med gemensam middag med mingel.

För regelbunden information om projektets framskridande gå gärna in på vår hemsida, ni är också välkomna att höra av er för synpunkter och intresseanmälan om monter för ert landsting utanför föreläsningssalarna. Vi hoppas också kunna trycka upp extra upplagor av nästa Svensk Psykiatri och dela ut vid SPFST-monter vid turnén. Ingen läkemedelsponsring kommer vara aktuell.

Vår förhoppning är att storsatsningen kommer att hjälpa till att informera om bredden och utvecklingen i psykiatrin för målgruppen generellt men också för att rekrytera framtida kollegor som mer direkt kommer kunna bidra till bästa utveckling av vårt specialistområde.

*"Programmet vill
belysa fördomar om
psykisk sjukdom och
psykiatri genom ett
spännande program
omväxlande med
paneldebatt"*

**Peder Björling
Maria Larsson**

ST-läkare organisationskommittén

www.psykiatrinsansikten.se

information@psykiatrinsansikten.se

Egenvård – ett problem på gruppnivå

Inte bara Svensk Psykiatri intresserar sig för egenvårdsproblematiken. Under arbetet med denna utgåva har vi förstått att även Socialstyrelsen är intresserad av denna fråga.

Dock kan vi på redaktionen garantera att vi inte har läckt information till SoS om behovet av att genomlysna denna problematik utan processen tycks ha varit parallell.

Socialstyrelsens infallsvinkel är framför allt behovet att klarlägga var ansvaret ska ligga för en del åtgärder som görs av patient, anhöriga och assistenter. Det är dels en säkerhetsfråga men också en kostnadsfråga. En hel del personaliga assistenter, t.ex. anställda av kommunen, utför omvårdnad som kan hävdas vara rena sjukvårdsåtgärder.

Socialstyrelsen kommer nu därför ut med ett förslag om nya föreskrifter och råd i denna fråga och mer information om saken kan hämtas på Socialstyrelsens hemsida.

Psykiatri Sydöst söker Specialistläkare/överläkare i psykiatri som är beredd på utmaningar och förändringar i arbetet

Psykiatri Sydöst är en verksamhet med ca 390 anställda och har sitt upptagningsområde i fem kommuner sydost om Stockholm; Nacka, Värmdö, Tyresö, Haninge och Nynäshamn.

Antalet invånare är 255 000. Psykiatrisk öppenvård finns i varje kommun. Heldygnsvården är förlagd till Nacka och Haninge.

Området växer, många småhus byggs som mestadels är vackert belägna i skärgårdsmiljö.

Vi är en trevlig klinik som håller hög kvalitet. Varje enhet leds av en enhetschef samt en medicinsk chef i samråd. Lojaliteten inom kliniken är hög och vi bedriver baspsykiatri nära patienten, men har också en del disputerade som kan bli fler och kanske kan forskning ske i högre grad.

Det finns möjlighet att välja begränsning av arbetsuppgifter inom öppenvårdsverksamheten då vi utvecklar alltmer subspecialiserad vård. Slutenvårdens arbetsuppgifter är av mer allomfattande natur.

Vi finns i de fem kommuner som nämns ovan. Slutenvården är placerad i Nacka respektive Haninge.

Kliniken erbjuder generös utbildningbudget vad gäller tid och ekonomi för läkare. Vi tillämpar flexitid och all personal erbjuds friskvårdsbidrag.

Kliniken är rökfri.



Foto: Erja Lempinen

Några exempel på arbetsuppgifter:

- Leda ett team eller arbetet på en vårdavdelning
- Handleda AT-och ST-läkare
- Vidareutveckla vård av affektiva sjukdomar, neuropsykiatri, psykosvård, kris-och trauma, psykisk sjukdom vid graviditet, unga vuxna
- Slimma vårdorganisationen för bättre patientbemötande och patientflöde och samverka med vårdgrannar

Du behöver vara beredd på förändringar i arbetsuppgifter då klinikens öppenvård kommer våren 2009 upphandlas för att bedrivas i privat regi. Slutenvården kommer förbli landstingsägd och ingå i någon av SLSO:s övriga psykiatriska kliniker.

Upplysningar: Verksamhetschef Maria Starrsjö, tfn 08-601 54 08

Facklig företrädare: Stockholms läkarförening Gunnar Berglund, tfn 073-901 51 58

Sista ansökningsdag: 2008-06-30

Referensnr : SLSO 2008-000913

Välkommen med din ansökan till: Personalassistent Kerstin Löfgren, Psykiatri Sydöst, Ektorpsvägen 2 B, 131 45 Nacka eller med

e-post: ansokan.psyksydostsll.se ref.nr. SLSO 2008-000913

Läkarassistenter kan vara bra för rekrytering till psykiatri

Psykiatri är ett stort bristområde beträffande specialister och långsiktiga rekryteringsåtgärder är nödvändiga.

Att använda sig av läkarassistenter kan vara en framkomlig väg. I Läkartidningen nummer 38 2006 beskrivs funktionen som läkarassistent mera ingående. Att gå som läkarassistent är möjligt ti-

digt i utbildning-
en och förutsätter
anpassade arbets-
uppgifter samt
lämplig handled-
ning.

Genomförande

Vi ville i första hand välja läkarstuderande med geografisk anknytning och intresse för psykiatri. Vi anställde fem läkarassistenter och tjänstgöringstiden varierade mellan fem och åtta veckor. Två hade ett uttalat intresse för psykiatri och tre stycken hade ett allmänt intresse för att pröva att vara läkarassistent.

En hade gått fem terminer, en sex terminer, en sju terminer och två hade gått åtta terminer.

Vi startade med en auskultationsvecka på avdelningarna för dem som inte tjänstgjort på psykiatri tidigare samt en dags utbildning i psykiatri och en dags utbildning i kvalitetsregister.

Varje dag avslutades med genomgång av dagens arbete tillsammans med hela gruppen. Dessutom gjordes genomgång av de närmaste dagarnas planerade arbete.

Arbetsuppgifter

- Introducera psykiatriens arbetssätt till läkarstuderande.
- Öva sig i nya patientmöten genom att träffa patienter

och fylla i kvalitetsregister.

- Se den komplexa värld psykiatri arbetar i.
- Skriva sammanfattningar, inskrivningar.

Mest värdefullt

- Egna patientmöten.
- Följa jourarbete och få en bredare bild av psykiatri.

• Utveckla sin förmåga att möta patienter med psykiska problem.

• Inse att majoriteten av patienterna inte är de "farliga psykiatrierna" utan helt vanliga människor.

Sammanfattning

Att använda sig av läkarassistenter kan bli en viktig del i långtidssatsning i rekrytering av läkare till psykiatri. Genom att läkarassistenterna fyllde i kvalitetsregister och därmed hjälpte psykiatrien att börja komma ifatt registreringarna skapades en vinna-vinna situation.

Framtidsplanering

Vi avser att fortsätta att använda oss av läkarassistenter som kommer till oss mellan terminerna. Efter genomgången nionde termin erbjuds underläkarkariär. De är då väl förtrodda med klinikens arbetsformer och de som vill fortsätta i psykiatri får sommarvikariat. Samtidigt skolas nya läkarassistenter in varje sommar.

Resultat

Ungefär 120 register i Bipolära, ett 20-tal i BUSA och sedan ett 40-tal i ett manuellt register för läkemedelsassisterad behandling blev resultatet av sommarens arbete.

Läkarassistenter:

Emma Sisth, emma.sisth@gmail.com

Lars Ågren, lasagn96@student.umu.se

Magdalena Grönlund, maagrd03@student.umu.se

Kajsa Oscarson, kajsa.oscarson697@student.ki.se

Jonas Rask

Carl-Gustaf Olofsson

Verksamhetschef

Psykiatriska kliniken Skellefteå

"Vi avser att fortsätta använda oss av läkarassistenter som kommer till oss mellan terminerna"



Om man börjar leta i källaren finner man ofta något som är värt att ha

Utlyser ett stipendium inom Schizofreniforskning

Schizofrenisällskapet utlyser ett stipendium på 75 000 kronor för bedrivande av schizofreniforskning i Sverige. Stipendiesumman har ställts till förfogande av Eli Lilly Sweden AB som ett obundet bidrag utan krav på relation till företagets egna forskningsintressen.

Ändamål: Att främja kunskapsutvecklingen om schizofrenisyndromets etiologi, patofysiologi och behandling. Stipendiet ges till genomförande av forskning av relevans för vår förståelse av schizofrenisjukdomens orsak och behandling.

Kvalifikationer: Stipendiet kan sökas av registrerad doktorand eller forskare som disputerat under de senaste 5 åren.

Handlingar: Curriculum Vitae med publikationslista. Forskningsprogram omfattande max 4 A4-sidor med enkelt

radavstånd och 12 punkters teckenstorlek med rubrikerna: Syfte, Bakgrund, Frågeställning, Metodik, Arbetsplan, Betydelse samt Ekonomisk plan. En separat sammanfattning om max 300 ord bifogas.

Ansökan insändes i 8 exemplar senast 6:e augusti 2008. Ingen särskild ansökningsblankett erfordras.

Stipendiekommitté: Prof. Ingrid Agartz, Prof. Jörgen Engel, Doc. Christina Hultman, Doc. Erik Jönsson, Prof. Thomas McNeil

Stipendiet utdelas i samband med schizofrenisällskapets möte 16-17 oktober 2008. Stipendiaten inbjuds att presentera sitt forskningsprojekt under detta möte.

Handlingar insändes till: Schizofrenisällskapets Stipendium, c/o Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 SOLNA

SPFST-konferens för utvecklandet av en världsledande "läkekonst"

När delar av landets ST-läkare i barn-, rätts- och vuxenpsykiatri träffades i år för den tredje nationella ST-läkarkonferensen var temat konst. Valet av kursgård var vackra Vår Gård Saltsjöbaden för att med hjälp av den havsnära miljön och de otal konstverken förstärka temat. Föreläsningar för inspiration till och reflexion kring vad psykiatri är blandades med workshops kring viktiga frågor för oss ST-läkare om vår nutid och framtid.

"Tanken bakom temat var att inspirera och tydliggöra att psykiatri är en vetenskap där det är omöjligt att skilja ut den medicinska psykiatriska delen av en människa. Ett helhetsperspektiv måste anläggas för att förstå och bäst behandla psykisk sjukdom" menar Elisabeth Lundén SPFST:s styrelse kontaktperson organisationskommitteen 2008.

Vidareutveckling i humanism och suicidologi

Konferensen inleddes av att psykiater Ing-Marie Wieselgren höll ett entusiasmerande inledningsframförande om psykiatri. Hon avslutade med att visa en abstrakt tavla hon haft med sig, som en av hennes schizofrena patienter målat, där en människa kunde anas i bakgrunden, tavlan påminner henne om att aldrig glömma se människan bakom diagnosen. Efter Ing-Maries brandtal följde författare Niklas Rådström som började med att visa en film han regisserat. Filmen var tankeväckande om hur vi tolkar vår verklighet efter en särskild mall och om hur komplext vårt möte med andra blir om vi vill gå utanför malen, en verklighet för många av våra patienter.

Han fortsatte med att berätta om sina personliga erfarenheter av att vara deprimerad och om en nära väns självmord, utifrån sin bok "En handfull regn". "Välformulerad och tankeväckande gestaltningar som gav en brygga mellan humanismen och naturvetenskap" skrev en av deltagarna i sin utvärdering av Rådströms framförande. Första dagen avslutades med att, i suicidologi på Lunds universitet 2006 disputerade, Katarina Skogman höll en kortare sammanfattning av sin avhandling "Understanding suicidality: Suicide risk, sex differences and views of suicide attempts". Enligt många av deltagarna väckte hennes kvalitativa forskning eget forskningsintresse. Katarina själv tror att det är viktigt med enkla instruktioner



"Naroskin berättade även att om hur arbetsplatser som utger sig för att ha högt till tak ofta har väldigt lågt utrymme för avvikande åsikter"

ner för att komma över hinder med att börja forska. Hon ser själv forskningen som en möjlighet att få utlopp för skaparlust inom ett viktigt ämnesområde. "Att sedan resultatet av denna aktivitet kan leda till en förbättring i den kliniska verkligheten upplever jag som oerhört inspirerande" säger Katarina.

Från teologi till "Norra Brunn"

Andra dagen inleddes av att professor i religionspsykologi Owe Wickström höll ett föredrag om höghastigheternas pris. Han berättade att Sverige är det mest sekulariserade landet i världen och hur han tror att det påverkar ungdomars sökande efter identitet och psykiska hälsa då vår kultur saknar lika tydliga vuxenriter som finns i andra mer religionspräglade samhällen. Det filosofiska föredraget ansågs i utvärderingarna vara både träffsäkert och ofokuserat. Tillfälle för reflexion om människan i en kulturell kontext helt klart. I stor kontrast till Wickströms föredrag föreläste Per Naroskin, psykolog med förflutet som ståuppkomiker. Naroskin höll en föreläsning om humor i professionella möten. Han berättade om hur det kan bli bra och mindre bra med användandet av humor vid exempelvis presentationer och drog skrattsalvor med sin skildring om företagsledaren som gått på retorikkurs och som gör salsasteg vid årsmötet. Föredragshållaren beskrev vidare vinsterna med att skratta med och farorna med att skratta åt någon i en arbetsgrupp. Naroskin berättar även om hur arbetsplatser som utger sig för att ha högt i tak ofta har väldigt lågt utrymme för avvikande åsikter. Ett gott skratt förlänger livet sägs det ju och många av deltagarna vid konferensen säger i sina utvärderingar att föredraget gjorde just det. Under eftermiddagen fick deltagarna välja mellan olika workshops med tema; forskning, internationellt samarbete, rekrytering, SPFST-konferens och ST-engagemang. "Tanken med workshopsarbetet var att ge ST-läkarna möjlighet att själva bli delaktiga i att påverka dagens och framtidens psykiatri och ST-utbildning" säger Marie Bendix ordförande SPFST som är glad att flera arbetsgrupper bildats efter workshopsen för ytterligare delaktighet. Kortare sammanfattningar av arbetet i de olika workshopsen finns att tillgå på vår hemsida www.spfst.se

Dagen avslutades med årsmöte där bland annat avgående, men på andra sätt fortsatt engagerade, medlemmar i styrelsen avtackades för förtjänstfullt arbete och de nya medlemmarna önskades välkomna att fortsätta med utvecklingen. Årsmötet beslöt också att motionera till SPF-kongressen kring att SPFST anser att SPF bör ha en pressekreterare, internationell sekreterare samt med SPFST verka för att förlänga psykiatrikursen under grundutbildningen.

Att diagnostisera med omdöme

Sista dagen ägnades åt seminarium med Jörgen Herlofsson psykiater och översättare av DSM IV och SCID om att diskutera vad psykiatrisk diagnos är idag. Diskussion om DSM ur olika syn-

"DSM sågs i ST-läkargruppen inte som ett optimalt redskap för diagnostisering men som en god hjälp"

ling åt en patient men inte bra när den används som ett facit. DSM sågs i ST-läkargruppen inte som ett optimalt redskap för diagnostisering men som en god hjälp och konferensdeltagarna framförde förhoppningar av införlivningen av ny kunskap i framtida DSM; humanistisk, terapeutisk och neurobiologisk för en ännu större hjälp av DSM i arbetet med patienterna.

Inte bara arbete

Dagarna omfattade förstås också socialt utbyte av skilda slag. Vid en av middagarna gjorde skådespelaren Erik Rolfshamre först en rolig parodi på en byråkratisk psykiatrisk verksamhetschef och sedan en av "plyschpsykiatern". ST-läkarna hade också själv möjlighet att visa andra talanger än medicin förenligt med temat under dagarna. Bland annat uppskattades ST-läkare Per Beaffs konstverk av många av deltagarna. Vi i SPFST:s styrelse hoppas att årets konferens ska bli en byggesten för ett ännu högre tak (på riktigt) inom psykiatrin, för en fortsatt konstruktiv debatt och därefter gemensamma lösningar, samt för möjlighet att bedriva bästa möjliga "läkekunst" för de psykiskt sjuka som blivande psykiater. Vi ser av den anledningen men också för att vi tycker att det är så roligt att mötas, engagera oss och lära känna varandra fram emot ST-konferens 2009. Nästa års konferens planerar vi förlägga i Skåne i början av nästa år - ser fram emot att möta er andra ST-läkare åter då. Välkomna.

SPFST:s styrelse genom Maria Larsson

vinklar skedde med synpunkter som framfördes i storgrupp. Ingen av deltagarna framförde någon egentlig kritik mot att DSM finns men man såg stora förbättringsutrymmen inför DSM V. Den generella åsikten som framkom var att DSM är bra när den används som hjälpmedel för att hitta rätt behandling



DSM är likt en gammal lampa. Inte ett optimalt redskap, men en god hjälp

**SKRIV TILL
OSS**

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2008 - 2009

NUMMER 3 2008

Själshjälp utanför psykiatrin
(Innehållsansvarig Camilla Hallek & Björn Wrangsjö)
Deadline 20 juni 2008

NUMMER 4 2008

Ledarskap/team
(Innehållsansvarig Per Lindqvist & David Eberhard)
Deadline 20 okt 2008

NUMMER 1 2009

Vart ä vi på väg?
(Innehållsansvarig Per Lindqvist & Björn Wrangsjö)
Deadline 20 jan 2009

NUMMER 2 2009

Personlighetsstörningar
(Innehållsansvarig ej bestämt)
Deadline 20 april 2009

Psykiatrin i Bosnien-Hercegovina tio år efter krigsslutet

Sverige satsade under åren 1997 – 2003 cirka 35 miljoner kronor på stöd till utvecklingen av psykiatrin i Bosnien-Hercegovina. Ett 40-tal svenska psykiatrer, sjuksköterskor, socialarbetare och psykologer var engagerade i ett mycket omfattande utbildningsprogram där personal vid ett 30-tal CMZs (centar za mentalno zdravlja (hälsa)) deltog. I Bosnien-Hercegovina byggde man efter kriget upp en samhällsbaserad psykiatrisk vårdorganisation i stället för den traditionella psykiatrin baserad på mentalsjukhus, som var dominerande i det forna Jugoslavien. Denna svenska insats skedde inom ramen för Öst-europakommitténs arbete med huvudsakligen ekonomiskt stöd från Sida. En särskild organisation kallad SweBiH byggdes upp där Lars Jacobsson var ordförande, Bengt Lagerkvist samordnare och Emina Music lokalanställd.

Inom ramen för projektet fullföljdes två utvärderingar av den psykiatrireform som under dessa år genomfördes i Bosnien-Hercegovina. Eftersom denna utveckling är unik i östra Europa ville vi genomföra ytterligare en utvärdering 2004/2005 och sökte stöd hos Sida. Men man var där inte längre intresserad av att stödja något projekt inom mental health området i Bosnien-Hercegovina, varför ingen utvärdering blev realiserad efter det att projektet avslutats.

Som final på projektet initierade vi en konferens 2003 för att bli samla erfarenheterna från projektet. Denna konferens samordnades med den första kongressen efter kriget för bosniska psykiatrer, som blev mycket framgångsrik. I oktober -07 arrangerade Psykiaterförbundet för Bosnien-Hercegovina en 2nd Congress of Psychiatrists of B&H with international participation, "The first 100 years of psychiatry in Bosnia-Hercegovina."

Vi tycker fortfarande att det skulle vara intressant att kunna utvärdera psykiatrireformen i Bosnien-Hercegovina. Vi deltog därför i konferensen och vill gärna rapportera från denna och från de samtal vi fört med ett ganska stort antal nyckelpersoner inom mental health området i Bosnien-Hercegovina om vad som har hänt sedan den förra konferensen och hur ser det ut beträffande

psykiatrireformen. En anledning till det svenska stödet till psykiatrin i Bosnien-Hercegovina var oron för vad som skulle kunna hända med befolkningen, som varit utsatt för en extrem psykisk påfrestning under kriget och inte minst med de hundratusentals soldater som skickades hem över en natt vid fredsslutet, utan någon som helst förberedelse eller uppföljning. Det fanns en oro för att soldaterna skulle utveckla Vietnamsyndrom, hamna i missbruk och bli våldsamma.

Utveckling av det psykiatriska vårdområdet

Syftet med denna artikel är att sammanfatta de intryck vi fick vid konferensen och vid samtalen vi hade med företrädare på olika nivåer av den bosniska psykiatrin. Fokus låg på utvecklingen av det psykiatriska vårdområdet, erfarenheterna av de svåra psykiska trauman som hundratusentals människor utsattes för under kriget och ansträngningarna att försöka behandla PTSD. Ett intresse som vi också haft är frågan om självmord i denna miljö.

Vid konferensen presenterades ett stort antal föredrag som behandlade den samhällsbaserade psykiatrins verksamhet, olika aspekter av PTSD och behandlingen av psykiska trauman. Det förekom också flera föredrag omkring självmord och självmordsförsök.

Den bild man får när man talar med olika personer är att utvecklingen har varit mest positiv i Republika Srpska. Där var man visserligen sent i gång med att bygga upp öppenvårdsmottagningar jämfört med den del av Bosnien-Hercegovina som kallas Federationen, det vill säga kantonerna med huvudsakligen muslimsk och kroatisk befolkning. Efterhand har man blivit mera aktiv från Hälsovårdsministeriets sida så att det nu finns 15 center i Republika Srpska och planer på att bygga ut systemet till 22 stycken för en total befolkning på ca 1,5 miljoner. I Federationen med 2,5 miljoner invånare är läget oklart, men där finns drygt 30 center som fungerar mer eller mindre bra. Det finns flera center som uppenbarligen fungerar väldigt väl och det finns ett intresse från Hälsovårdsministeriet att etablera några center som utbildningsenheter för de övriga. Det

finns också en intention att förändra lagstiftningen så att öppenvårdsmottagningarna blir legalt fungerande, det vill säga den nuvarande lagstiftningen är inte anpassad efter ett samhällsbaserat psykiatriskt system. Man är också intresserad av att förändra läkarutbildningen så att ett samhällsorienterat förhållningssätt ska inkludera preventions/promotionsaspekter. Man uttrycker också

"En anledning till det svenska stödet till psykiatrin i Bosnien-Hercegovina var oron för vad som skulle kunna hända med befolkningen"





förelser med tidigare studier, men också för uppföljning av den svenska insatsen.

Det var många som spontant uttryckte sin uppskattning av de utbildningsinsatser som SweBiH stod för. Stödet kom i rätt tid, var väl strukturerat och fick betydelse för den fortsatta utvecklingen. Utbyggnaden av öppenvårdspsykiatri i Bosnien-Hercegovina är ett exempel, vågar vi nog säga, på en framgångsrik psykiatrireform och den är unik i sitt slag på Balkan.

Posttraumatisk Stress Disorder

Befolkningen i Bosnien-Hercegovina, och särskilt i de delar av Federationen som var mest utsatta, blev traumatiserade på många sätt. Tiotusentals dödades, hundratusentals skadades, tiotusentals kvinnor våldtogs. Tusentals utsattes för regelrätt tortyr och hela befolkningen levde under stark stress, både psykologiskt, socialt och ekonomiskt under flera år. Ingen befolkning i modern tid har varit utsatt för en så lång belägring som befolkningen i Sarajevo. Detta ledde till ett stort intresse från omvärlden för att hjälpa till med olika typer av PTSD behandlingsinsatser efter krigsslutet. Man utvecklade också inom Bosnien-Hercegovina sin egen kunskap om PTSD och försökte utveckla behandlingsmetoder. Vid konferensen presenterades ett stort antal föredrag som behandlade PTSD problematiken. Genomgående var att man inte hade hittat någon riktigt specifik behandlingsform. I flera projekt hade man försökt att identifiera faktorer som predicerade en gynnsam utveckling, men flertalet forskare kunde inte hitta några sådana. Att folk fick arbete eller togs in i särskilda utbildningsprogram hade betydelse, och att man fick hjälp med att få en bostad – dvs väsentligen utomterapeutiska insatser.

Själv-mord

När det gäller självmord presenterades data som visar att självmordsfrekvensen i muslimska Bosnien Hercegovina är betydligt lägre än i omgivande länder, trots den massiva traumatiseringen. Frekvensen ökade dock något efter kriget jämfört med tidigare data och mer bland kvinnor än bland män. När det gäller självmordsförsök är dessa däremot vanliga och problematiken skiljer sig inte från den som är känd i övriga Europa.

Slutsatser

Befolkningen i Bosnien-Hercegovina utsattes för en extrem traumatisering under krigsåren 1991-95. Detta ledde till att kanske 20-25 % av befolkningen drabbades av PTSD. De flesta av dessa

läkte så småningom ut, men hos en betydande andel finns kvarvarande symtom och problem. Man har inte hittat några riktigt bra behandlingsmetoder, däremot har arbete och arbetsorienterad utbildning och hjälp med bostad visat sig ha en gynnsam effekt för att minska symtomen av PTSD. Själv-mordsfrekvensen har inte säkert påverkats negativt av kriget och svårigheterna i efterförloppet med en mycket omfattande arbetslöshet och ekonomisk stagnation. De få studier som gjorts talar inte för att religionstillhörighet skulle spela någon avgörande roll även om vi ändå tror att de islamiska grundvärderingarna i det bosniska samhället har betydelse för den låga suicidfrekvensen. Inom såväl Federationen som Republika Srpska har man byggt upp ett mycket välutvecklat system med psykiatriska öppenvårdsmottagningar CMZs, och särskilt positiv har utvecklingen under senare år varit i Republika Srpska. Utvecklingen i det här avseendet är unik på Balkan. Bosnien-Hercegovina har också anförtratts ledningen av ett WHO-stött projekt inom ramen för det s.k. Stability Pact projektet

på Balkan, för att utveckla öppenvårdspsykiatri där. Det svenska stödet till denna utveckling under åren 1997 – 2004 måste bedömas som starkt bidragande till denna gynnsamma utveckling.



Lars Jacobsson
Bengt Lagerkvist
Emina Music

Randomiserad studie om underhålls-ECT

Ett problem vid ECT-behandling av patienter med svår depression är den höga risken för återfall efter avslutad behandling.

Nortriptylin i kombination med litium har visats jämförbart med underhålls-ECT ensamt och överlägset placebo. En randomiserad studie startas nu där underhålls-ECT i kombination med läkemedelsbehandling (litium och venlafaxin) skall jämföras med läkemedelsbehandling ensamt. Patienter med egentlig depression som blivit symptomfria av akut ECT-behandling tillfrågas om deltagande. Återinsjuknande i depression är primär utfallsvariabel. Behandlingen ges under 1 år. Studien beräknas pågå under 3 år. Klinikerna i Uppsala (prof. Lars von Knorring), Säter (Tomas Ljung) och Örebro deltar. Ansvarig för projektet är prof. Ingemar Engström vid Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro. Om intresse finns för att delta i studien kontakta Axel Nordenskjöld, Psykiatriskt forskningscentrum Örebro. axel.nordenskjold@orebroll.se, tel: 0702 777 777

"Data visar att självmordsfrekvensen i muslimska Bosnien-Hercegovina är betydligt lägre än i omgivande länder"

Läkarassisterat självmord delar läkarkåren

Ett av inslagen under Svenska Psykiatrikongressen i mars var ett offentligt samtal om läkarassisterade suicid (LAS) mellan Erwin Bischofberger, jesuitpräst och professor emeritus i medicinsk etik vid Karolinska institutet, samt Torbjörn Tännsjö, professor i praktiskt filosofi vid Stockholms universitet. Moderator var Susanne Ringskog Vagnhammar, överläkare vid psykiatri i Malmö samt knuten till Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidprevention och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Alla tre har varit engagerade i debatten om LAS. Under det en timme långa samtalet presenterades såväl fakta som argument för och emot.

LAS - som är lagligt i Belgien, Holland, Oregon och Schweiz - innebär att läkaren tillhandahåller läkemedel som används för att en patient ska kunna beröva sig livet. Detta ska skiljas från eutanasi som innebär ett medicinskt ingrepp med det direkta syftet att avsluta en patients liv på dennes begäran. Undersökningar i läkarkåren visar att en tredjedel är för LAS, en tredjedel mot och en tredjedel vet inte. Psykiatrer är allmänt mer positiva. Medan läkare föredrar LAS föredrar allmänheten eutanasi.

Erwin Bischofberger (EB) menar att respekten för livet måste garanteras, det ska respekte-

ser livet som heligt kan man vara för LAS. Finner nollvisionen angående suicid oacceptabel. Påtalade att det ibland uttrycks oro för risken att en del kan välja suicid för de anhörigas skull. TT tycker dock att detta är ett hedervärt motiv.

"Slippery slope"?

Oron för vad en legalisering kan leda till diskuterades. Blir det en "slippery slope" med alltmer vidgade kriterier? EB menar att så blivit fallet i Holland där det också förekommer att patienter dödas utan att bli tillfråga-

de, t.ex. Alzheimersjuka och medvetslösa. Torbjörn Tännsjö hävdade tvärt emot att man i Holland sett en minskning. Susanne Ringskog Vagnhammar påtalade att undersökningar visat att endast hälften av alla LAS i Holland rapporteras till myndigheterna, och att man därför kan ifrågasätta om det verkligen minskat.

Från publiken ställdes flera frågor, bl.a. om det är normalt att vilja dö om man betänker att människans vilja att leva är mycket stark även under de mest vedervärdiga förhållanden. EB bekräftade denna synpunkt, "organismen vill leva". TT som hade väntat sig denna fråga från psykiaterkåren, tyckte dock snarare att det är förvånande att folk fortsätter att kämpa

under vissa omständigheter. Menar att man därmed har goda skäl om man trots viljan att leva vill dö.

TT avslutade med orden "om det finns en utväg kan man våga leva vidare". Det händer mycket i den medicinska utvecklingen som kan inge hopp om framtida bot eller bättring.

Detta nummer av svensk psykiatri har etik som tema. Oavsett om man är för eller emot är frågan om läkarassisterade suicid något som ställer läkaretiken på sin spets.



Tove Gunnarsson



På Svenska Psykiatrikongressen diskuterades läkarassisterat självmord

"Oavsett om man är för eller emot är frågan om läkarassisterade suicid något som ställer läkaretiken på sin spets"

ras för sin egen skull. Vi får inte döda. I enskilda fall kan det dock ändå tänkas. De "fina principerna" kan kantra i svåra fall, vid svårt lidande. "Vem är jag att säga att personen ej får tömma bägaren?"

Torbjörn Tännsjö (TT) menar att hur vi ser på döden har

betydelse för hur vi ser på LAS. Själv "tror han på döden", gillar den och ser det som positivt att generationer byts ut. Om man inte

Tove Gunnarsson

SPs redaktion

ORGANONS *S*TIFTELSE

för stöd till forskning inom Gynekologi-Obstetrik och Psykiatri

FORSKNINGSSTIPENDIUM 2008

Organons forskningsstipendium har inrättats för att stödja forskning inom ämnesområdena Gynekologi-Obstetrik och Psykiatri. Nydisputerade, presumtiva doktorander och doktorander kommer att prioriteras vid tilldelning av stipendium.

Stipendiet utgår år 2008 till 100 000 kronor inom ämnesområdet Gynekologi-Obstetrik och 100 000 kronor inom ämnesområdet Psykiatri.

Till ansökan bifogas, förutom ifylld ansökningsblankett, kortfattat forskningsprogram med bakgrund, målsättning, metoder och betydelse. Vidare ska yttrande från handledare och curriculum vitae med eventuell publikationslista bifogas.

Ansökan ska sändas i ett exemplar, senast den 16 juni 2008 till Annica Arvidsson, Organon AB, Fiskhamngatan 6 C, 414 58 Göteborg.

Ansökningsblanketten finns att tillgå på Organons hemsida www.organon.se

I stipendiekommittén ingår:

- Professor Torbjörn Bäckström, Umeå
- Professor Jerker Hetta, Stockholm
- Professor Ian Milsom, Göteborg
- Professor Lil Träskman-Bendz, Lund
- Professor Tanja Tydén, Uppsala
- Docent Håkan Wramsby, Stockholm
- Professor Hans Ågren, Göteborg
- Tf marknadschef Eva Andrén Forsmark, Organon AB
- Medicinsk chef Richard Lindgren, Organon AB

Kommitténs beslut kommer att tillställas de sökande skriftligen och offentliggöras under september månad.

Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta Annica Arvidsson, Organon AB, telefon 031-720 65 81.



Etik, erfarenhet och evidens – hur ska man se på psykiatrin?

I det psykiatriska teamets konferens presenteras ett nytt ärende. Alla i teamet är någorlunda överens om att den berättelse som patienten gett och de iakttagelser som behandlaren gjort i rummet för tankarna till en depression. När sedan diskussionen övergår till tankar om orsaker till depressionen så visar sig genast psykiatrins spännvidd.

Någon i teamet menar att patienten har en olöst vredes- och ag-gressionsproblematik med tydliga drag av konkurrens med sin far. Depression ses då huvudsakligen som en fråga om olösta konflikter av psykisk art, i nuet eller i barndomen. En annan i teamet menar att denna person, i likhet med många i sin släkt, visar tydliga tecken på serotonerg dysfunktion som resulterar i bristfällig funktionell transmission i centrala affektiva centra i hjärnan. En tredje i teamet kan uppfatta tillståndet som resultatet av rigida kognitiva schemata där tankar om värdelöshet och hopplöshet dominerar vilket antas skapa en nedstämdhet som fördjupats alltmer under lång tid och nu kommit att bli låst i form av en depression. En fjärde i teamet menar att symtomet innebär det centrala. Att vara deprimerad ses som att vara "hoptryckt" (depressio) av någon. Det är resultatet av en social interaktion som skapat eller till och med konstruerat depressionen. Depression är ingen sjukdom utan en social konstruktion.

Är då dessa synsätt lika sanna? Finns det ett rätt svar och vem ska i så fall avgöra vilket det är? Är perspektiven oförenliga eller komplementära? Jag tror att flertalet yrkesverksamma inom de psykiatriska specialiteterna anser att det är önskvärt, för att inte säga nödvändigt, med en integration av olika perspektiv. Dock är det alltför vanligt med en naiv realism inför denna, såväl vetenskapsteoretiskt som praktiskt, oerhört komplexa fråga. Det tycks som att lösningen i flertalet fall är att olika teorier tillåts existera sida vid sida och att man "löser" frågan med någon form av enkel eklektisk modell. En annan vanlig lösning är att ett av perspektiven lyfts fram på de andras bekostnad och görs till primär tolkning. Vilket av dessa som lyfts fram är till stor del beroende av i vilken tid detta sker. Vi lever utan tvekan nu i en tid där neurovetenskapliga och kognitiva paradigm utvecklats kraftigt och därmed kommit att dominera debatten, medan det inte var så länge sedan som psykodynamiska och systemteoretiska paradigm dominerade arenan. Är då psykiatrin ett smörgåsbord där tillfälligheter avgör hur tallriken blir komponerad eller finns det något sätt att balansera och integrera dessa skilda paradigm?

I det psykiatriska arbetet finns det ett behov av kunskaper från skilda vetenskapliga fält såsom medicin, psykologi, sociologi/soci-

alt arbete, omvårdnad och pedagogik. I dagens debatt höjs (åter) röster för att psykiatri egentligen bara är en medicinsk angelägenhet, möjligen att andra kunskapsområden kan tillföra viss tilläggs-kunskap. I denna typ av argumentation ingår vanligen att de som menar annorlunda är representanter för förlegad dualism (Isaksson 2008). Jag menar att detta är ett kategorimisstag grundat i bristfällig distinktion mellan ontologi och epistemologi. Vad ett fenomen är måste hållas isär från frågan om hur man kan nå kunskap om fenomenet ifråga.

Sjukdom kontra unika problem

I psykiatrin bör, som jag ser det, naturvetenskaplig kunskap förenas med humanvetenskaplig kunskap. Uppgiften är att förena ett ideografiskt med ett nomotetiskt perspektiv. I det ideografiska perspektivet ser vi en unik människa med en unik livserfarenhet som innehåller unika problem, medan vi i det nomotetiska perspektivet står inför en patient som kan ses som bärare av en sjukdom som kan beskrivas som giltig för mer än en person och vars karakteristika ger vägledning när det gäller val av diagnos och behandling.

Märk väl att jag menar att båda dessa perspektiv måste rymmas i den psykiatriska praktiken och att det ena perspektivet inte på något sätt kan ersättas av det andra. Denna dubbla uppgift gäller för övrigt inom sjukvården i allmänhet, men blir särskilt påtaglig i psykiatrin.

Psykiatri är en komplex verksamhet, inte bara teoretiskt utan väl så mycket i termer av

sin praktik. Den är organisatoriskt en del av den allmänna hälso- och sjukvården och därmed per definition en medicinsk specialitet. Att psykiatrin därför behöver innefatta solid neurovetenskaplig och allmänmedicinsk kompetens är självklart. Samtidigt är det uppenbart att de problem som människor söker för inom psykiatrin sällan är uteslutande medicinska till sin natur, utan problemen behöver som regel belysas från fler utgångspunkter. Psykiatrin kan därför på goda grunder beskrivas också som en psykosocial verksamhet och en del av samhällets samlade välfärdssystem. Psykiatrin urskiljer sig också från övrig sjukvård genom att den också är en tvångsinstitution som utför samhälleliga uppdrag som strider mot patientens vilja. I takt med reduktionen av slutenvårdsplatser inom svensk psykiatri så har andelen tvångsvårdade patienter ökat (Socialstyrelsen 2005). I varje fall när det gäller slutenvården så har därmed psykiatrins tvångsuppdrag blivit alltmer markant. Utan att närmare gå in på grunderna, så vill jag också peka på att sjukvården i allmänhet och psykiatrin i synnerhet, också kan beskrivas som ett i grunden moraliskt projekt där omhändertagandet av människor som är i beroende av vår kompetens utgör själva orsaken till att vi existerar som organisation.

När det gäller psykiatrins förmåga till förnyelse och kursänd-



"Psykiatri är en komplex verksamhet, inte bara teoretiskt utan väl så mycket i termer av sin praktik"

ring beskrivs den ofta med metaforen atlantångare; en farkost som svårligen låter sig påverkas och förändras. Jag skulle emellertid snarare vilja beskriva psykiatrin som en ganska lättviktig jolle som påverkas starkt av de för tillfället rådande vindarna. Det förefaller också vara vanligare med yttre än inre drivkrafter för den psykiatriska utvecklingen. Psykiatrin har ett tydligt samhällsuppdrag och skall därmed självfallet granskas och påverkas av omvärlden. Samtidigt är det viktigt att den kliniska psykiatrin kan ge goda skäl för sitt handlande utifrån en tydlig egen kompetens som grund för påvisbara resultat.

Historien visar många exempel på hur psykiatrin varit ett lättfångat byte på den paradigmatiske arenan. Psykiatriska trender har kommit och gått; biologisk psykiatri avlöstes av psykodynamiskt färgad psykiatri följt av systemteori och nu senast av kognitiv teori och terapi. Det vore emellertid en förenkling att se detta som en linjär successionsordning, men det går likväl att se vissa tydliga paradigmatiske skiften i den psykiatriska historien. Gamla stridigheter har avlösts av nya. Om distinktionen förr stod mellan biologi och psykologi, mellan arv och miljö så har styrkorna formulerats om genom att psykoanalytiker och neurovetare nu förenats liksom att kognitiv beteendeterapi fasats in i den medicinska modellen på ett ändamålsenligt sätt.

Hur kan man då tänka kring olika förhållningssätt till kunskapsutveckling? Jag ser tre huvudlinjer i detta avseende; dogmatism, eklekticism och pluralism. Med ett dogmatiskt förhållningssätt så upphöjs en teori eller en metod som överlägsen alla andra och kunskapsanspråket får monopolistisk karaktär. Sådan dogmatism har vi som arbetat i psykiatrin en tid sett ett antal exempel på. Det var inte länge sedan vissa offentliga psykiatriska kliniker deklarerade sig stå "på psykodynamisk grund", därmed uttalande att detta var huvudparadigmet för kliniken som helhet. På motsvarande sätt ser vi idag neurovetenskapligt baserade monopolanspråk som utifrån en reduktionistisk "neurofilosofi" ger primat åt hjärnans processer som den primära grunden för alla psykiatriska problem. Inte minst kring KBT finns det i dag också en hel del exempel på dogmatism där denna metod anses fungera gentemot så gott som samtliga mänskliga problem. Ur mitt perspektiv så är en sådan dogmatism av ondo vilken teori eller metod den än relaterar till.

Med ett eklektiskt förhållningssätt så läggs olika kunskaper sida vid sida och ges i huvudsak samma existensberättigande. Exempel på eklektiska modeller är stress-sårbarhetsmodellen, den biopsykosociala modellen eller begreppet helhetssyn. Det är egentligen svårt att argumentera mot sådana modeller, men däremot kan det heuristiska värdet ifrågasättas. Eklektiska modeller fungerar hu-

vudsakligen som "stilleståndsskapande" i en komplex miljö som medför att alla får utrymme, men åstadkommer samtidigt en risk för nivellering i systemet där minsta gemensamma nämnare blir till ett signum.

Det tredje förhållningssättet, som jag tror har mest potential inför framtiden, är pluralism, med vilket i detta sammanhang menas en uppsättning av kliniskt användbara teorier och behandlingsmetoder, som används på ett medvetet och till patienten individuellt anpassat sätt. Detta betyder dock inte att varje personal ska behärska varje tänkbar teori och/eller metod, men däremot bör alla ha ett pluralistiskt förhållningssätt med tydlig kunskap i det egna perspektivet parat med respekt för och intresse för andra perspektiv, som andra medarbetare i teamet representerar. Ett pluralistiskt förhållningssätt är betydligt mer krävande än ett eklektiskt, som i sin tolerans ger möjlighet för var och en att arbeta efter egna preferenser utan att ge skäl för sitt handlande. Ett pluralistiskt förhållningssätt innebär istället att inför varje människa och i varje situation kunna ge skäl för sitt handlande just i detta speci-

ella fall. Här finns inga universalmetoder att ta till och ingen favoritteori som anses förklara allt. Snarare gäller det att se varje människa som unik med en unik livssituation och en unik livserfarenhet som utgångspunkt i mötet. Med denna ideografiska utgångspunkt i ett nära möte kan man sedan med lämplig professionell distans skapa sig en bild av vad det är för ett slags problem som patienten berättar om och relatera detta till generell vetenskap-

lig kunskap och beprövad erfarenhet för att därur hämta idéer om fortsatt behandling i just det enskilda fallet. I pendlingen mellan närhet och distans samt mellan enskilda subjektiva berättelser och generell vetenskaplig kunskap av olika slag ligger det pluralistiska förhållningssättet. Det kan också uttryckas som att välja det perspektiv som har det bästa förklaringsvärdet när det gäller såväl etiologi som behandlingsmetod i det problem som är för handen, men samtidigt vara medveten om också detta perspektivs begränsningar.

Jag menar alltså att det är mera fruktbart att utgå från att har möjligheten att



Miljön runt bollen är ett problem. Men var den också sårbar i sin konstruktion? Oavsett lär den inte fungera i EM i fotboll. På grund av effekter till följd av stress-sårbarhetsmodellen

"Jag menar att det är mera fruktbart att utgå från att vi har möjligheten att beskriva och tolka människan på många olika nivåer"

vi

beskriva och tolka människan på många olika nivåer, som inte på något sätt är konkurrerande utan tvärtom förutsätter varandra på ett ömsesidigt sätt. Problemen uppstår när vi ska förflytta oss från en nivå till en annan. Till exempel kan vi idag beskriva depressionens neurokemiska mekanismer på ett ganska detaljerat sätt. Det är en viktig och nödvändig kunskap för att kunna erbjuda effektiva behandlingsmetoder. Men betyder det att vi förstår den deprimerade människan och hennes predikament? Nej, knappast! Vad depressionen får för innebörd i just den människans sociala sammanhang återstår att undersöka. Den neurovetenskapliga kunskapsutvecklingen har varit betydande under senare år, även om dess löften från "the decade of the brain" knappast infriats i form av revolutionerande behandlingsformer. Fascinationen inför vad inte minst neuroimaging kan visa om hjärnans funktion är påtaglig. Samtidigt finns det all anledning att varna för att psykiatri idag riskerar att drabbas av reduktionism och avhumanisering. Reduktionism uppstår när vi rör oss ner i nivåer och tror att en lägre nivå är tillräcklig förklaring för att förstå vad som sker på en högre. Framför allt kan neurovetenskapen aldrig ge oss kunskap om hur den enskilda människan tolkar sina symtom och vilken innebörd dessa har i den aktuella livssituationen.

Vilken värdegrund?

Så hur kan man då tänka kring psykiatriens kunskaps- och värdegrund? På vilka fundament kan och/eller bör psykiatri stå? Hur ska vi undvika att hamna i falska dikotomier som har som huvudsaklig konsekvens att skapa osäkerhet och inre stridigheter? Jag vill här peka på tre fundament som jag menar är oundgängliga i den psykiatriska praktiken; etik, erfarenhet, evidens.

I det psykiatriska mötet finns det två parter med olika utgångspunkter; patienten som har sin förståelse av sin sjukdom eller sitt problem och läkaren som har sitt professionella kunnande som utgångspunkt för att försöka förstå patientens problem. Det psykiatriska mötet har därmed en tolkande karaktär där läkaren har att i mötet försöka förstå den sjuka människans upplevelse, inte som en ersättning för det medicinska perspektivet, men som ett nödvändigt annat perspektiv (Engström 2008). Mötets dialogiska karaktär innefattar att beakta hur patienten tolkar sin sjukdom utifrån sin livssituation och förena detta med den medicinskt grundade generella kunskapen (Svenaeus 2003). I denna skärningspunkt finns möjligheten till att patient och läkare kan komma fram till en gemensam tolkning av vad problemet är och hur det kan behandlas.

Detta betyder att mötet per definition är etiskt till sin karaktär. Det betyder också att etik inte är något som kan läggas till i efterhand utan att själva mötet och de val som läkaren står inför i detta möte är etiskt grundad. I psykiatri finns det således, som Gadamer (2003) uttrycker det, ett särskilt påtagligt uppdrag när det gäller att balansera mellan naturvetenskapens rationella kunskapsområde och människans själsliga och existentiella situation, där det oförutsägbara har en stor roll. Det är i denna balans som mötet mellan patienten och läkaren i den psykiatriska vården äger rum. I dagens evidensfokuserade tid så finns det därför skäl att på-

minna att etiken både måste föregå och efterfölja evidensen.

Evidensbegreppet i betydelsen "i dag bästa tillgängliga kunskap" finns det all anledning att bejaka som en viktig utgångspunkt i de beslut om diagnostik och behandling som psykiatern dagligen ställs inför. Utvecklingen mot en evidensbaserad medicin har mötts med blandade reaktioner inom psykiatri. Medan vissa ser en strömlinjeformad och teknifierad psykiatri som en följd av EBM-konceptet så ser andra tydlighet och kunskapsgrundad vård som en naturlig utveckling.

Alternativ till evidensbaserad psykiatri?

Man kan dock fråga sig vad alternativet till evidensbaserad psykiatri är? Som tidigare påpekats finns det många historiska exempel på ideologibaserad eller åsiktsbaserad psykiatri genom tiderna. Vi har också exempel på slumpbaserad eller rutinbaserad psykiatri. Inget av dessa alternativ tycks mig bättre. Samtidigt som EBM-ambitionen därför är både lovvärd och önskvärd så är det fundamentalt att ge den en rimlig plats i sammanhanget. Ibland förefaller dess mest entusiastiska förespråkare leva i tron att det mest är en tidsfråga innan vetenskapen kommit så långt att vi på säker grund kan uttala oss om vilken behandling som är bäst mot vilket problem. Denna naiva rationalism är, enligt min uppfattning, en omöjlig tanke, särskilt inom det psykiatriska området. Männis-

kan och hennes problem av olika slag kan aldrig helt låta sig fångas i entydiga rationella begrepp och behandlingsforskningen kommer inte heller att entydigt visa vilken behandling som är bäst i varje situation. Det finns fortfarande en betydande potential för att bättre grunda verksamheten på vetenskaplig grund, men det finns också en bortre gräns.

Evidensbaserad medicin kan emellertid svara endast på de frågor som låter sig fångas inom detta paradigm.

Det kan till exempel gälla RCT-baserade behandlingsstudier på tydligt definierade och välavgränsade psykiska sjukdomar. Sådana finns förvisso, men den kliniska vardagen erbjuder mestadels patienter med diffusa problem, betydande komorbiditet och komplicerande sociala faktorer. I behandlingsstudier kommer man heller aldrig ifrån den stora betydelse som s.k. ospecifika faktorer har i psykiatrisk behandling. Metastudier inom psykoterapiområdet (ex. Wampold 2001) visar på ett övertygande sätt att variansen i behandlingsutfall endast marginellt (10-20 %) förklaras av metoden ifråga. Andra faktorer såsom patientfaktorer, terapeutfaktorer och hur mötet mellan patient och terapeut utvecklas förklarar variansen i högre grad. Trots att vi vetat detta sedan länge så fortsätter vi inom psykiatri att fokusera intresset på metodfrågor medan vi i långt mindre utsträckning diskuterar vad som karakteriserar "det goda psykiatriska mötet". Också när det gäller farmakologisk behandling finns det data som tyder på att skillnaden i effekt av antidepressiva (liksom också av placebo) skiljer sig markant mellan olika läkare (McKay 2006).

Hur ska då evidensbaserad kunskap förenas med ett etiskt medvetet möte med en människa som behöver vår hjälp. Jag tror att det är begreppet erfarenhet som kan utgöra bryggan mellan eti-



När går man från evidens till humbug?

ken och evidensen. Patienten har sin unika levda erfarenhet som är en existensiellt färgad upplevelse av livet och världen. Denna erfarenhet kan vi endast komma nära genom ett samtal som präglas av öppenhet och undran vem just denna människa är och vilken livsberättelse hon har att dela. Vad vi kan bidra med i mötet är vår professionella erfarenhet, dels av generell vetenskaplig natur, dels av beprövad erfarenhet utvecklad ur möten med andra patienter.

"Det finns många historiska exempel på ideologibaserad eller åsiktsbaserad psykiatri"

I grunden handlar inte detta främst om samtalsmetodik och kommunikationsteori utan fastmer om frågan om människosyn. Att vara professionell handlar både om att vara en människa med ett genuint intresse för den andre och att handla på en stabil kunskapsgrund med en pluralistisk grundhållning. För att travestera Grundtvig: först människa, sedan psykiater. Det är först när vi vågar vara människor som kan och vill gå utöver den professionella rollen som psykiater som en tillitsfull relation kan uppstå, vilket är oerhört viktigt som grund för varje behandling. Den etiska dimensionen innebär också att vara medveten om att vi i psykiaterrollen har ett ansvar för den andre (Løgstrup 1956/1992); ett ansvar som blir särskilt viktigt då vi intar en expertroll som också innehåller en komponent av makt som uppstår i en asymmetrisk relation. Denna etiska dimension i arbetet behöver bli mer uppmärksammas och tydliggjord i den psykiatriska praktiken.

Som jag ser det föreligger det ingen motsägelse mellan en mer evidensbaserad kunskapsgrund och en medveten människosyn med en tydlig etisk dimension. Snarare är båda lika väsentliga för ett professionellt möte i den psykiatriska praktiken. Ett etiskt medvetet möte utan kunskap är blint och ett evidensbaserat möte utan etik är kallt. Vi behöver därför en psykiatri med ett mänskligt ansikte. Detta är den bästa möjlighet vi har för att kunna fullgöra psykiatrins komplicerade uppdrag på ett meningsfullt sätt.

Ingemar Engström,

professor i barn- och ungdomspsykiatri, Örebro universitet

Referenser:

Engström K (2008). Delaktighet under tvång. Om ungdomars erfarenheter i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Akademisk avhandling. Örebro universitet.

Gadamer, Hans-Georg (2003): Den gåtfulla hälsan. Ludvika: Dualis.

Isaksson G. (2008) Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! Läkartidningen 105: 1120.

Løgstrup, Knud E. (1956/1992): Det etiska kravet. Göteborg: Daidalos.

McKay KM, Imel ZE & Wampold BE (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. Journal of Affective Disorders 92: 287-290.

Socialstyrelsen (2005). Den rättspsykiatriska vården 2005. Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005.

Svenaeus, Fredrik (2003): Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik. Stockholm: Natur och Kultur.

Wampold BE (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mah-wah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik

Den 6-7 november 2008 anordnar Transkulturellt Centrum i Stockholm konferensen "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik" i samarbete med Spånga psykiatriska mottagning, Norra Stockholms psykiatri. Konferensen syftar till att presentera aktuell forskning och kliniskt utvecklingsarbete i transkulturell psykiatrisk diagnostik.

Bland föreläsarna finns Professor Juan Mezzich (ordförande WPA) som föreläser om kulturformuleringen i DSM-IV, ett stöd för transkulturell diagnostik, under titeln "Cultural Formulation: Original Development and Emerging Perspectives". Professor Laurence Kirmayer från Kanada föreläser om "The place of culture in psychiatric theory and practice" och Professor Ishan Salloum om "Person-centered Diagnosis". Dr Marianne Kastrup och Mariane Østerskov berättar om erfarenheter från Danmark. Konferensen kommer att innehålla ett flertal work shop inriktade på kliniska erfarenheter från mångkulturella vårdmiljöer. Konferensen blir på både svenska och engelska, mest svenska.

Hela programmet finns på Transkulturellt Centrums hemsida: www.slso.se/tc. Transkulturellt Centrum är Stockholms läns landstings kunskapscentrum i transkulturell psykiatri och asyl- och flyktingsjukvård

Konferenskostnad: Vid anmälan före 1/9 2008 1200: - exkl moms för en dag, 2000: - exkl moms för två dagar. Senare anmälan 1500: - exkl moms för en dag 2500: - exkl moms för två dagar. Anmälan till tc@sll.se

Sofie Bäärnhielm

Överläkare, enhetschef, med dr

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

E-post: sofie.baarnhielm@sll.se

Mallar till den Nya Målbeskrivningen

Under året har många kliniker utarbetat mallar för formativa och summativa bedömningar, medsittning och utbildningsplaner relaterat till den nya målbeskrivningen.

För att ge ST-läkare, handledare och studierektorer stöd kommer vi att lägga ut en del av dess under fliken Utbildning på SPF:s hemsida www.svenskpsykiatri.se

Utbildningsutskottet SPF

För snäva evidens-kriterier ger etiska behandlingsproblem

En viktig sida av tillämpningen av evidensbegreppet handlar om patienters rätt att få information om den behandling de erbjuds, en information som inkluderar om den är vetenskapligt studerad med avseende på sina effekter.

Patienter bör i första hand erbjudas behandling som visat sig ha ett gott stöd. Politiker, beställare och klinikledningar bör rikta utbildningssatsningar mot behandlingar som visat sig ge goda resultat. Resonemanget verkar rimligt och har en hög grad av "face value". Det går knappast att säga emot, men konsekvenserna kan problematiseras. Om man definierar evidens som det stöd en åtgärd har baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet är resonemanget tämligen oproblematiskt för psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, då finns många metoder som uppfyller sådana evidenskriterier och relativt många behandlare som har utbildning i dessa metoder. Samtidigt är denna definition av evidens svåravgränsad – vilken erfarenhet ska anses uppfylla kraven på att vara beprövad och vem kan och ska göra denna bedömning? Definierar man evidens som stöd framför allt baserat på CRT studier i vilka man kan förankra metaanalyser, det vill säga bedömer att beprövad erfarenhet inte har något värde i sammanhanget, uppstår dock problem. Ett av dem är att det bara är ett mycket litet antal patienter som kan komma i åtnjutande av behandling baserad på sådan evidens och resten får hålla tillgodo med en behandling som "saknar evidens", vilket för den icke vetenskapligt skolade, lätt kan uppfattas som verkningslösa – "inte bra".

Problem med snäv evidens

Jag ska fortsättningsvis ta upp ett vad jag anser vara etiska problem kopplat till denna snäva evidensdefinition. Den är naturligtvis otillfredsställande för dem som arbetar med psykoterapi enligt metoder som saknar CRT understöd, allra helst som det förefaller ligga på dessa terapeuter att skaffa bevis för sin methods effektivitet. Men vad krävs för detta. Att genomföra den serie av studier som leder till att en psykoterapeutisk metod uppnår status som evidensbaserad i den snäva CRT-baserade meningen är ett



Björn Wrangsjö

gigantiskt företag. Det kan vara svårt nog att ens genomföra en svensk replikationsstudie av en metod som redan har "CRT – evidens" internationellt. Det kräver ett forskningsmaskineri som det inte finns många av i Sverige. Det kräver att metodens företrädare har goda förankringar i det akademiska systemet och kan intressera forskare för projektet. Även om forskare skulle vilja utvärdera mindre väldokumenterade metoder, har de svårt att få dessa finansierade. Inte ens fortsatta undersökningar av väl renommerade metoder får goda forskningsresurser, möjligen med något undantag av dem som är "inne". Svårigheterna att få forskningsmedel för kliniskt väl renommerade metoder som inte är "födda" i universitetskuvös för att möjliggöra stora, väl designade studier med god uppföljning är monumentala. I och med att kraven på evidens i snäv mening ökar finns en tendens att metoder som inte är föremål för kvalificerad forskning gradvis stryps. Utbildningsintresse minskar på sikt och efterfrågan lika så. Nå en sen då – det är ju kvaliteten på den vård patienterna erbjuds som måste värnas. Låter bestickande! Men här finns en etisk fråga. Om en metod har gott kliniskt stöd, utövas av ett antal behandlare som har lång utbildning i en metod som har en utförlig metodteknisk rational förankrad i en väl utvecklad teori, borde den då inte utvärderas med CRT metodik, allra helst om "argumenten" för att den sakta stryps just är att den inte kan påvisa ett CRT stöd för sin effektivitet? Tänk om vissa av de metoder som tillämpas i klinisk praxis är mer effektiva än de som är CRT studerade? Är det etiskt försvarbart att undandra patienterna dessa

metoder utan att ha studerat dem? Berövar man inte patienterna möjligheter att finna metoder som passar just dem genom att inte värna om ett brett utbud av olika tillvägagångssätt?

Låt oss konstatera att det inte finns någon instans som tar ansvar för denna situation. Varje universitet och forskningsinstitution har sin frihet att studera det som är forskningsstrategiskt lönsamt i olika betydelser. En haltande parallell kan vara att läkemedelsindustrin inte satsar på att utveckla nya antibiotika i den utsträckning som behövs för att det inte är tillräckligt lönsamt. Detta är naturligtvis inte deras "fel" de följer bara regelverket i det ekonomiska system inom vilket de verkar. Är nu detta inte bara "akademisk fråga"? Finns det något som stöder antagandet att meto-

"Tänk om vissa av de metoder som används i kliniks praxis är mer effektiva än de som är CRT-studerade?"

der som kroppsorienterad psykoterapi, gestaltterapi, konstnärliga terapiformer med flera som har gott kliniskt rykte skulle kunna var lika effektiva, eller mer effektiva än gängse evidensbaserade metoder och att patienter därmed skull göra en förlust om dessa metoder gradvis försvinner? Dessa metoder har dilemmat att de inte leder till psykoterapeutlegitimation i Sverige. Ofta har denna ackreditering stupat just på att det inte finns tillräcklig forskning som stöder deras effektivitet. Gestaltterapi har dessutom ett intressant dilemma. Gestaltakademiens utbildning som skett vid



"Till och med Frans Kafka skulle bli imponerad av detta moment"

Derby University i England, kan ge engelsk och EU-baserad psykoterapeutkompetens. Men denna accepteras inte av Socialstyrelsen eftersom utbildningen inte är granskad i Sverige. Socialdepartementet/HSV anser sig inte ha rätt att genomföra en sådan granskning eftersom det skulle vara

att ifrågasätta en utbildning som är accepterad inom EU. Till och med Franz Kafka skulle bli imponerad av detta moment 22!

Klinisk erfarenhet

Definitionsmissigt kan jag inte leverera några väl utvecklade CRT baserade argument för effektivitet hos vare sig gestaltterapi eller de övriga terapiformerna jag nämnde ovan. Mina argument för en sådan effektivitet är helt och hållet baserade på min egen kliniska erfarenhet. Jag har god kännedom om bland annat ovanstående metoder, förutom också av några av de metoder som är legitimationsgrundande. Jag har tillämpat, handlett och utbildat inom flera av dem. Jag har kunnat följa behandlingsprocesser med ett antal patienter med svåra mentala problem, vanligtvis på personlighetsstörningsnivå antingen som terapeut eller handledare och därigenom kunnat bilda mig en uppfattning om dessa metoders potential.

Utifrån denna erfarenhet anser jag att det är ett etiskt problem att dessa, och andra metoder får befinna sig i en återvändsgränd vad gäller sin status på den psykoterapeutiska arenan och att detta kan vara ett svek mot våra patienter. Ingen instans har ett övergripande ansvar. Universiteten tar inget sådant ansvar och heller inte Socialstyrelsen. Under 1980 talet fanns Ulf Brinck på Socialstyrelsen som tog ansvar för att för en analog situation. Då vidgades kretsen av psykoterapeutiska metoder som fick status som legitimationsgrundande genom att de utsattes för noggranna prövningar och diskussioner. Jag var på den tiden representant för familjeterapeutiska behandlare och fick till min och mina kollegors tillfredsställelse uppleva att systemisk familjeterapeutisk utbildning kom att möta kriterierna för psykoterapeutexamen. Sedan Ulf Brinck slutade falnade intresset för dessa frågor enligt min uppfattning ganska snabbt på Socialstyrelsen.

Sammanfattningsvis, en fråga för diskussion kan sålunda vara: är bristen på möjligheter för vissa psykoterapeutiska metoder att dokumentera sin effektivitet är ett etiskt problem i den meningen att möjligheterna för patienter att få bästa möjliga behandling är inskränkt och hur ska man tänka om ansvarsfrågan i dessa ting?

Björn Wrangsjö

SPs redaktion

"Christina Spjut bemöter inte alls vad jag skrivit om"

DEBATT
Christoffer
Rahms publi-
cerade tal om
psykiatrin

När jag läser Christina Spjuts svar på min "debatt" känns det som att hon inte alls bemött det jag skrivit om.

Några kommentarer om vad hon istället skrev innan jag går vidare och förtydligar mina egna poänger: Liknelsen Christina Spjut gör med reumatologin när hon ska beskriva psykiatrin tycker jag är välfunnen. Sedan, tankegången att schizofrenibehandlingens utformning tidigare har lett till att ångestpatienter idag löper större risk att få "något slags odefinierad rehabilitering utanför sjukvården" än att få behandling saknar jag kunskap att bedöma men finner spontant ganska långsökt. Jag håller med om bristerna i DSM-IV vad gäller affektiva och postpartala tillstånd (och mycket annat också för den delen) och ser fram emot DSM-V, liksom Spjut. En smula motsägelsefullt blir det när hon apropå schizofrenibehandling inledningsvis stör sig på att psykiatribehandling inkluderar "boende, sysselsättning och rehabilitering" men i slutet konstaterar att det ju just är detta som många patienter behöver.

Min poäng då. Psykiatrin formades för några och hundra år sedan till en naturvetenskaplig medicinsk disciplin med egen forskning. Lång eller kort tid? Beror på vad man jämför med. Kort om man jämför med hur länge psykiatrin funnit som klinisk gren, i Sverige åtminstone sedan 1300-talet.

Idéhistorien bakom psykiatrin

Denna spänning mellan ung forskning och gammal klinik tog jag som utgångspunkt i mitt tal. Därifrån kan man spekulera i värdformer som vi kommit att ta för självklara men som kanske vore bra att utsätta för genomgripande uppdateringar. Man kan också fråga sig vad denna mix av gammalt och nytt inneburit för diagnosen, och överhuvudtaget vår onyanserade syn på friskt och sjukt i psykiatrin. Man kan också ta det som utgångspunkt för att förstå varför konflikterna sett ut som de gjort och gör i psykiatrin.

Nåväl. Att psykiatrin formar sig som en naturvetenskaplig medicinsk specialitet finner jag vara helt igenom gott. Det är vad jag ägnar mig åt, både i mitt patientarbete och forskning. Men jag tar mig rätten att också fundera över vad det var som försvann från psykiatriska agendan där och då, i slutet av 1800-talet i centraleuropa, när psykiatrin formades till det vi nu känner den som. När man reducerade det mänskliga, skar bort

"Jag tror att vi har mycket att lära av ickemedicinska vårdgrannar som antropologi, sociologi, psykologi, filosofi, lingvistik"



Nej nu har redaktören gått och tappat fattningen helt. Samma gamla illustration om och om igen. Är det inte Christina Spjut? Jo men visst

"vidskepelse och religiositet" och istället bestämde sig för de naturvetenskapliga antagandena, vart tog exempelvis idén om människovärdet vägen? Vi använder oss av begreppet som en assesoar vid pampiga tillfällen, men vilket somatiskt substrat eller ens hypotes därom, bygger vi det på? Exakt vilka konsekvenser innebär det att detta saknas? Ett annat exempel - är verkligen den naturvetenskapliga synen på människan så kliniskt ren från värderingar? Vilka skulle det vara i så fall? Liknande frågor gör att jag också intresserar mig för idéhistorien bakom psykiatrin, kritiken mot det modernistiska paradigmet och vad andra tanketraditioner än den medicinska har att komma med. Jag tror att vi har en hel del att lära oss av en utökad diskussion även med icke medicinska vårdgrannar som antropologi, sociologi, psykologi, filosofi, lingvistik. Och det historiska perspektivet på min specialitet är åtminstone för mig berikande i mitt vardagliga arbete och forskning.

Vad försakar fokus på hjärnan?

Därför uppskattar jag Peder Björklings inlägg. Han visar hur frågeställningar från andra kunskapsgränser än den strikt medicinska ändå kan vara värdefulla för det kliniska arbetet.

Tråkigt att ordföranden är så avståndstagande. Är hon så ängslig för att psykiatrin ska tappa fokus på hjärnan att hon inte ens vill diskutera vad som försakats för att uppnå det?

Christoffer Rahm

ST-läkare psykiatri KS-Huddinge



Nu kommer det ett helt nytt läkemedel mot ångest. Fast det har redan funnits i två år.

Lyrica® (pregabalin) är nu godkänt för behandling av **generaliserat ångestsyndrom (GAD)**. För första gången på länge finns ett nytt alternativ med helt ny verkningsmekanism, byggd på minskning av neuronets aktivitet genom påverkan på kalciumkanalerna.¹

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot perifer neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.^{2,3} Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.²

LYRICA™
PREGABALIN

Lyrica gjuter olja på vågorna

Önskas mer info? Ring Pfizer Kunskapscentrum
Direktnummer för sjukvården 08-550 522 00

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10 191 90 Sollentuna Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se



Referenser: 1. Richard Kavoussi, Pregabalin: From molecule to medicine, European Neuropsychopharmacology (2006) 16, s128-133 2. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg G, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:151-158. **Indikationer:** *Epilepsi:* Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. *Neuropatisk smärta:* Lyrica är indicerat för behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. *Generaliserat ångestsyndrom:* Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrättas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 21, 56 eller 84 st. Samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att tillhandahållas. Lyrica kan tas med eller utan föda. **För vidare information:** Se www.fass.se.

"Debattörerna diskuterar förbi varandra – de olika ståndpunkterna är förenliga"

DEBATT
Christoffer
Rahms publi-
cerade tal om
psykiatri

Jag har med intresse följt den diskussion som inleddes med Christoffer Rahms text om psykiatriens innehåll och behov och den konflikt i synen på psykiatri som framträder då David Eberhard och Christina Spjut bemöter honom. Men jag kan inte förstå denna konflikt. Varför skulle dess olika ståndpunkter vara oförenliga? Så som jag läser texterna diskuterar man olika aspekter av psykiatrisk vård.

Naturligtvis är det önskvärt med evidens baserad vård och behandling. Visst bör även de flesta acceptera sårbarhetsmodellen där arv och miljö samspelar för sjukdomars uppkomst och förlopp.

Symtom, som kan ligga till underlag för diagnoser, observeras eller rapporteras. Individens benägenhet att utveckla dessa symtom kan till viss del och i olika utsträckning för skilda tillstånd anses bero på en biologisk sårbarhet. Denna sårbarhet växelverkar med nödvändighet med miljöfaktorer som i sin tur kan tillskrivas olika stort inflytande beroende på tillstånd.

Samhällets normer och värderingar, som skapas och modifieras fortlöpande, färgar vår bild av oss själva och andra, det sammanhang vi upplever, vad vi tänker och känner om oss själva, vår omgivning och hur vi tror att omgivningen uppfattar oss. De påverkar oss även i hur vi beter oss och blir bemötta i skilda situationer. Detta är allmänt mänskligt och gäller i högsta grad för våra patienter.

De har en lång serie av erfarenheter innan de möter oss på avdelningen eller på mottagningen.

Andra vetenskaper tittar på hur normer och värderingar växelverkar och påverkar upplevelser och uttryck hos människor men ur ett ickemedicinskt perspektiv.

Inom litteratur, teater och andra konstformer kommer människor till uttryck där detta synliggörs.

Effektiv behandling inte tillräckligt

På många håll tar man upp existentiella och meningsskapande aspekter på ett självklart sätt som lyser med sin frånvaro inom den reduktionistiska medicinska kulturen. Detta fastän sjukdom, inte minst psykiatrisk, ställer dessa på sin spets.



Christina Spjut väljer att lägga stor vikt vid Bipolära tillstånd, att det viktigaste är att dessa individer får en effektiv behandling som möjliggör att de kan leva, i bästa fall, utan återkommande sjukdomsutbrott som riskerar att slå livet i spillror. Jag kan inte annat än hålla med.

För bipolär sjukdom och många andra tillstånd verkar dock inte erbjudandet av effektiv behandling vara tillräckligt. Patienter vägrar eller överger behandlingar av skilda skäl. Varför? Hur kan vi förstå deras val? Är det endast ett uttryck för sjukdom som ska medicineras ytterligare och om nödvändigt behandlas under tvång? Kan det vara så att de normer och värderingar som till del präglar oss inom vården inte med nödvändighet delas av alla andra? Har vi i egenskap av läkare tolkningsföretade i dessa frågor som rör patientens

liv?

Jag anser att vi i ökad utsträckning behöver förstå på vilka bevekelsegrunder patienterna gör sina val, vad som är meningsskapande för dem och hur vi kan optimera hur vi kommunicerar våra perspektiv.

Men vi bör även vara öppna och lyhörda för andra kompletterande eller konkurrerande perspektiv på tillvaron än de vi för tillfället förfäktar. Utöver andra vetenskaper erbjuder kulturen en rik flora med människor som beskriver sina erfarenheter under fortlöpande "samtal" som vi sällan eller aldrig får med våra patienter. Här kan vi se det stabila likväl som det relativa i mänskligt varande, vilket har möjlighet att göra oss mer rörliga i synen på vårt och andras liv, vilket rimligen bör ge avtryck i samarbetet med patienten.

Om man på allvar tror på miljöfaktorer som samverkande med arvet så måste man enligt min mening erkänna att meningsskapande sammanhang och graden av tolerans och acceptans för egna och andras beteenden och upplevelser har möjlighet att påverka sjukdomars uppkomst, uttryck och förlopp. Vilket i sin tur således borde ligga till grund för bl.a. preventivt arbete och därmed falla inom ramen för det medicinska arbetet. Att skaffa sig färdigheter för detta kan man göra på skilda sätt. Kulturell och vetenskaplig bredd är några.

Jag menar att evidensbaserad vård och behandling i alla avseenden är önskvärd men psykiatri varken börjar eller slutar där.

Christian Johansson

ST-läkare i psykiatri
Stockholm

Psykiatriker!

Sugen på nya uppdrag?

Vi har ett mycket stort behov av psykiatriker. Doc Partner erbjuder både kortare och längre uppdrag i Sverige och Norge. Kontakta oss så berättar vi mer!

Ring 0455-30 28 10 eller maila
linda.backius@docpartner.se

Är du läkare och intresserad av kortare eller längre uppdrag inom Norden? Hos Doc Partner är det enkelt att vara en extra resurs. Vi sköter allt det praktiska kring boende och resa, erbjuder 24-timmarsservice och komplett försäkringsskydd. Du behöver inte heller vänta till månadens slut: lönen är din inom fyra dagar.

*Doc Partner ingår i Nurse Partner Gruppen
– ett av Nordens ledande bemanningsföretag
vad gäller vårdpersonal*

www.docpartner.se

NURSEPARTNER®

DOCPARTNER®

Alltid där

"Problemet med den svenska psykiatrin kan vara debattklimatet"

DEBATT
Christoffer
Rahms publi-
cerade tal om
psykiatrin

Att Christina Spjut (SP nummer 1 2008) bemöter ST-läkaren Christoffer Rahms debattartikel (SP nummer 4 2007) på ett förminskande och nedlåtande sätt är inte förvånande. Mera beklämnande. Att Spjut, i egenskap av ordförande i SPF, inte vill diskutera psykiatrins innehåll med en blivande specialistkollega på ett mer nyanserat sätt än så är helt typiskt för den debattkultur som så ofta kommer till ytan inom svensk psykiatri.

Att huvudredaktören för SPF:s tidskrift, i redaktörsposition, sablar ned samma debattartikel, gör ju inte debattklimatet mer inbjudande. David Eberhard vill bli stolt över sin tidning och efterlyser fler skribenter som tycker att evidensbaserad kunskap är viktigt (SP nummer 4 2007). Han tycker att tidningen blivit för psykoanalytiskt inriktad och ropar efter de "vetenskapligt logiskt stringenta psykiatriker" som inte vill skriva. Jag tror att de kan ha goda skäl att hålla sig undan. Så länge huvudredaktören själv har svårt att hålla sig från "ideologiska" utfall är man kanske obenägen att låta sig publiceras – eftersom man riskerar att i redigering och från redaktörsposition få sitt inlägg kommenterat i nedlåtande ton. Som när redaktören Eberhard (i SP nummer 1 2007) på förstasidan skriver att en skribent som är kritisk till farmakologisk forskning gör "ett osannolikt påhopp" – då har man lämnat den

saklighet och hövlighet som han själv säger sig stå för och som kanske skulle locka fler att skriva i tidningen. Psykiatrin i Sverige behöver verkligen ett debattforum, och SPF:s tidskrift hade kunnat vara ett naturligt sådant. Men motsättningen mellan förkämpar för en naturvetenskaplig, mer "medicinsk" psykiatri och mer humanistiskt eller sociologiskt inriktade kollegor känns

enormt uttjatad och pinsam. För många av oss som idag träder in i psykiatrin är det en självklarhet att dessa bägge synsätt måste mötas inom vårt arbetsfält, och det faktum att motsättningarna inte är lösta kan vara goda skäl för duktiga kollegor att hålla sig utanför debatten.

Detta om tonen i diskussionen. Jag reagerar också på innehållet i

Christina Spjuts artikel. Spjut har svaret på många saker, bl.a. på frågan om varför vi har svårt att rekrytera nya kollegor. Jag vet inte om hon har rätt när hon skriver att "flykten inte orsakas av våra patienter eller deras sjukdomar", men jag kan tänka mig att hon har delvis fel. Jag kan en del om vad som får en förhållandevis ung och från början mycket entusiastisk psykiater in spe att tvivla på sitt yrkesval. En del av det som får mig att tvivla är hur vi inom psykiatrin ser på och behandlar just våra patienter och deras sjukdomar. Med snart fem års erfarenhet av psykiatriskt arbete



Enkelriktat och enögt debattklimat ger psykiatrin dåligt rykte, enligt skribenten

har jag många gånger sett hur vi misslyckas med att hjälpa patienterna med det som de behöver. Vi lyckas göra bra saker och hjälper många, ofta tack vare ny kunskap med evidensetikett. Men många gånger har jag sett hur psykiatrin istället kan förvärra och skada. Några gånger just p.g.a. att patienten har blivit noggrant utredd, "korrekt diagnostiserad" (d.v.s. uppfyllt diagnoskriterier) och erhållit därav följande evidensbaserade behandling, något som istället skymt en bredare bild av patientens problem. Och många gånger har vi misslyckats p.g.a. dåligt fungerande organisation, oinspirerad personal, orimligt korta vårdtider, ett torftigt behandlingsutbud eller okunnigt bemötande. Detta handlar inte om att "den gamla psykiatrin" är dåligt utstādad utan om att "den moderna psykiatrin" är alltför enögt diagnosbaserad, stressad och ointresserad av den specifika individens situation. En psykiatri som inte är anpassad för våra patienter – det tror jag kan skrämman iväg yngre kollegor (för att inte tala om våra patienter).

Psykiatrin har den status vi förtjänar

Christina Spjut har också svaret på varför psykiatrin har låg status. Och svaret är – som så många andra gånger nuförtiden – man

Men motsättningarna mellan förkämpar för en mer 'medicinsk' psykiatri och mer humanistiskt eller sociologiskt inriktade kollegor känns enormt uttjatad"

har inte fokuserat tillräckligt på bipolär sjukdom. Om Bipolära spektrumtillstånd istället för schizofreni hade fått vara psykiatrins "kärnsjukdom" så skulle vi ha haft en mer medicinsk psykiatri tycks Spjut mena. Riktigt hur detta skulle ha givit psykiatrin en bättre status förstår jag inte, men jag tror att det har att göra med Spjuts och andras syn på bipolära spektrumtillstånd som "mera rent biologiska" och därmed lite finare att befatta sig med än t.ex. personlighetsstörningar. Jag är övertygad om att sådana resone-mang helt missar målet. Psykiatrins sjukdomstillstånd är naturligtvis alltid i en bemärkelse medicinska – det handlar ju om hjärnan. Vi läkare inom psykiatrin har ansvaret för att utveckla och värna de biomedicinska kunskaperna, men vi måste också värna de humanistiska värderingarna inom vår verksamhet och vara duktiga på att samarbeta med andra specialister inom psykiatrin. Alla delarna kan vi göra betydligt bättre. Eftersom vi också gör anspråk på att vara ledare av verksamheten måste vi kunna se helheten. Precis som Christoffer Rahm och Peder Björling (SP nummer 1 2008) menar jag att vi har mycket att hämta från andra kunskapsområden och att vi måste våga öppna upp vår evidensbaserad för fler saker som påverkar kvaliteten på den vård vi erbjuder - därav en del som Spjut och andra väljer att kalla "mystifiering".

"Där Christina Spjut vill se mindre 'boende, sysselsättning och rehabilitering' vill jag se mer!"

Evidensbasera mänsklighet

Där Christina Spjut vill se mindre "boende, sysselsättning och rehabilitering" vill jag se mer! Där Christina Spjut med flera vill se fler superspecialiserade diagnosinriktade mottagningar vill jag kanske snarare se färre. Christoffer Rahm skriver att det finns något mänskligt som psykiatrin ännu inte greppar – och jag tror att detta mänskliga kanske finns att hämta på närmare håll än vi tror. För inte många år sedan fanns inom vår egen verksamhet fortfarande övertygelsen att man i det mänskliga mötet, i att skapa en meningsfull sysselsättning, i fysisk aktivitet eller kreativa verksamheter kan åstadkomma en behandlingseffekt. Besparingarnas och de "ideologiska utrensningarnas" badvatten tog med sig det mesta av detta. Det kanske inte var så evidensbaserade ingredienser, men mänskliga. Kanske går dessa att evidensbasera, kanske inte – låt oss försöka! Men oavsett evidensgrad måste vår verksamhet vara anpassad för dem den är satt att hjälpa – människor, inte diagnoser.

En psykiatri som enbart fokuserar på diagnoser och biomedicin blir en kall psykiatri. Det kräver sin psykiater för att stå ut med att se alla dessa bollar i luften och aldrig kompromissa med de humanistiska värderingarna i vården. Men det är vårt ansvar och det måste gå att diskutera på ett mer nyanserat och respektfullt sätt. Först då kan psykiatrin återfå den respekt den förtjänar.

Calle Sjöström

ST-läkare Psykiatriska kliniken Gävle

Huvudredaktörens svar:

"Ohövt att kalla vetenskap kall"

Jag vidhåller att psykologen Ankarbergs inlägg var ett osannolikt påhopp av de två enkla anledningarna att det, för det första ju var ett påhopp. För det andra var det osannolikt eftersom det kom med, för de flesta, mycket förvånande synpunkter.

Hur detta skulle klassificeras som osakligt och ohövt är för mig dessvärre inte begripligt. Möjligen är jag då istället lite korkad, men det råar jag ju inte för.

Mig veterligen är jag en av ett stort antal psykiatrer i detta land och att jag inte skulle få uttala min åsikt om ett inlägg verkar lite konstigt. Jag beklagar om det uppfattats som nedlåtande, men det borde väl vara kvitterat nu eftersom hövligheten knappast lyste som ledstjärna i ditt inlägg heller.

I sak har jag emellertid inte mycket att invända mot det du för övrigt skriver, bortsett från den dogmatiska föreställningen att man skulle få en kall psykiatri bara för att man försöker fokusera på vetenskap. Vad menar du? Är inte det lite oförsämrat skrivet? Eller varför inte säga ohövt.

David Eberhard

Riksstämman 2008

26-28 november i Göteborg

Svenska Psykiatriska Föreningen planerar för vårt eget program från onsdag 26/11 lunchtid och hela torsdagen 27/11.

Vi kommer att ha en posterutställning som vanligt. Senast 29 augusti kan du lägga in din poster i abstraktsystemet på Svenska Läkarsällskapets hemsida www.svls.se

Förslag till föredrag och symposier kan mailas till styrelsens riksstämmeansvarige Rolf Adolfsson riksstamman@svenskpsykiatri.se eller till ordf. Christina Spjut ordforandensvenskpsykiatri.se

Inträdet till Riksstämman är kostnadsfritt för medlemmar i Svenska Läkarsällskapet förutsatt att medlemsavgiften har erlagts senast 2008-08-31.

Vi skickar gärna ett email till dig med hela psykiatriprogrammet så snart det är klart, om du har anmält dig för SPF:s medlemsmail. Detta sker enklast via vår hemsida www.svenskpsykiatri.se

"Hjärna och psyke är inte samma sak"

Min unga psykologistuderande bekant var på en föreläsning om hjärnans uppbyggnad och förvärvade hjärnskador. Till att börja med visade föreläsaren – en rehabiliterare – en bild på Freud mot en bakgrund av en skärgård, för att symbolisera det omedvetna (dvs det som inte syns under ytan).

Lite senare visade hon en bild där det stod "Nu mer fakta och mindre filosofi", vilket syftade på att Freud är filosofi och inte fakta. Sen fortsatte hon att prata om hjärnan, och precis mot slutet så säger hon: "Ja, som ni kanske vet har det ju alltid funnits en motsättning mellan läkare och psykologer. Men nu när man har dränkt Freud har vi ju lyckligtvis lyckats närma oss varandra. För det är ju så här, att det är ju hjärnan som styr allt beteende, och vi är ju biologiska varelser. Så man kan ju ligga på soffan i 20, 25 år utan att det ju egentligen händer någonting."

Min bekant blev bestört. Hon hade nyss varit med om en föreläsare som ville kalla projektiva testmetoder för "performancetest", för hon trodde inte på fenomenet projektion och det omedvetna.

Varför denna brist på respekt för ett område man inte känner till? Även Freud "trodde på" hjärnan – han var ju neuroforskare från början – om nu någon trodde något annat. Men han trodde på psyket också! Och varför håller vissa föreläsare i psykologi och psykiatri dessa polariseringar vid liv? Jag tror de är utsatta för en allvarlig grupp-påverkan. De tror att det är så som de säger, för det är så många som säger att Freud är ovetenskapligt trams. Om en fördom upprepas tillräckligt ofta, börjar allt fler tro att den är sann. Men det finns över 10.000 verksamma psykoanalytiker i världen, som skriver, forskar och bedriver psykoanalys.

En utmärkt bild av skillnaderna mellan psykoanalys och hjärnforskning får man i en understreckare i SvD, "Konsten visade Freud vägen till själsdjupet", skriven av teoretiska filosofen (ser man på!) Johan Eriksson (1). Då förstår man också mer om varför evidensbaserad inte är svaret på livets alla frågor.

Ingen motsatsställning

Liknande saker sägs även av professorer, som i Läkartidningen (nr7, 2008/vol.105) där Jonas Dencker och Jan Wålinder (2) tar upp en gammal slagdänga.

"Psykiatri ska syssla med psykisk sjukdom – inte med "allehanda mellanmänsklig disharmoni". De som har andra uppfattningar avfärdas med att de har en "amatörmässig ideologi". JD och JW vet (i kraft av sin professorsauktoritet?) vad psykiatri är. Psykiatri ska syssla med sjukdomar relaterade till CNS.

Man kanske här kan påminna (igen) om att hjärna och psyke inte är samma sak. Konstnärer målar med färger, men själva bilden är något annat. Bokstäver och poesi är inte heller samma sak. Kallas det inte kategorisammanblandning, när man inte skiljer på olika fenomen och deras abstraktionsnivåer? Fast det kanske bara hör till allehanda mellanmänsklig disharmoni, så det behöver vi psykiatrer inte bry oss om. Hjärna och psyke

är två sidor av samma mynt, vilket Freud påpekade många gånger. Själv talar jag aldrig om hjärnskador, eftersom jag inte kan tillräckligt mycket om det. Båda perspektiv behövs, både hjärna och psyke, i ett komplicerat samspel. Även Eric Kandel (3) påminner om att alla psykiska sjukdomar är hjärnsjukdomar i den mening att psykisk verksamhet försiggår i hjärnan. Men det betyder inte att de alltid börjar, beror på eller ska behandlas i hjärnan.

Det är svårt att inte polemisera mot några som polariserar å det grövsta utan att själv hamna i motsatsställning. De som undervisar borde motverka polariseringen i stället för att förgrova den. Detta kan ha sin grund i ett tankefel, men det förstör ändå samarbetet inom psykiatrin och förvirrar patienterna (och tydligen också åtskilliga professionella...).

Det vore bra om föreläsare på universitetsutbildningar och neurovetenskapliga professorer kunde tala om det som de kan, exempelvis hjärnans uppbyggnad, hjärnskador och CNS-relaterade sjukdomar och låta bli att tala om det de inte kan, som psyket, projektiva test och mellanmänskliga konflikter. Det finns det andra som kan tala om. Om alla sysslar med det de kan, så minskar risken att man definierar bort eller nedvärderar det man inte förstår eller inte kan, eftersom vi arbetar med olika sidor av samma mynt. Det kan vara en lärdom om hur man undviker att skapa eller hanterar mellanmänsklig disharmoni.

Tomas Böhm

psykiater, psykoanalytiker
tawbohm@gmail.com



Tomas Böhm

"Konstnärer målar med färger, men själva bilden är något annat"

Referenser:

1. Eriksson, J. Konsten visade Freud vägen till själsdjupet. SvD 14.1.2008.
2. Dencker, J. & Wålinder, J. Vi behöver en ny psykiatri utan okunnigas inblandning. Läkartidningen. 2008; vol.105.
3. Kandel, ER. In Search of Memory - The Emergence of a New Science of Mind. 2007. WW Norton & Company, New York.

"Davidsons naiva syn åstadkommer svåra stör- ningar i patienternas liv"

DEBATT
Claes
Davidsons
angrepp på
den
offentliga
psykiatrin

Jag uppmärksammade denna debatt först vid läsning av Claes Davidsons svar till Nils-Olof Jacobson i Svensk Psykiatri nr 1 2008, då jag av skilda anledningar ej hunnit läsa nr 3 och 4 2007. Davidsons oerhört reduktionistiska syn på psykiatrin gjorde mig emellertid så nyfiken att jag plockade fram de sparade numren. I nr 3 började jag att läsa ledaren där ordföranden Christina Spjut skriver: "Psykiatrin har länge befunnit sig i motvind. Det har varit fullt legitimt i vårt samhälle att påstå att psykisk sjukdom inte finns och att psykiatrins läkemedel är onödiga och farliga". Ja, det är i viss utsträckning så jag upplevt de senaste 25 årens debatt. Men nu skulle det väl bli ändring efter Anders Miltons utredning?

När jag går vidare till Davidsons inlägg "Inte ett öre till den offentliga psykiatrin", känns det emellertid som vi vore tillbaka på det tidiga 80-talet. All forskning och alla försök att evidensbaserade behandlingsmetoder (ex genom SBU:s utvärderingar) verkar som bortblåsta.

Davidson har de senaste 25 åren arbetat som privatpraktiserande psykoterapeut med psykodynamisk inriktning och - får man förmoda - haft patienter som varit motiverade, begåvade och haft en livsproblematik som väl låter sig karaktäriseras som olösta konflikter, som terapeuten skall "förstå" och hjälpa till att lösa, varefter allt är klart. Jag är övertygad om att Davidson gör ett gott arbete med dessa patienter, som gissningsvis utgör 5-10% av dem som söker psykiatrisk hjälp. Säkert är det också kostnadseffektivt, bara patienterna känner sig hjälpta. Från min horisont ter det sig dock, lite tillspetsat, som han sysslar med att bota redan friska.

Det verkliga problemet uppstår när han tillfälligt ger sig ut och arbetar som läkare i landstingspsykiatrin och träffar sådana patienter som jag är van att se. Han tar då med sig sin diagnostiska och terapeutiska modell och applicerar den på psykossjukdomar, bipolära

affektiva sjukdomar, djupa melankoliska depressioner, neuropsykiatriska syndrom, beroende, panikångest och tvångssyndrom. Vid en kortvarig kontakt med en psykospatient kan man förvisso körda lagrar genom att övertyga vederbörande att han inte är sjuk och kan avsluta sin mediciner. Patienten blir av med biverkningarna tämligen omgående och mår bättre. Återfall med

fulminanta psykossymtom kommer inte förrän efter några månader. Då har den tillfällige läkaren redan bytt arbetsplats och lever i förvisningen att han gjort en stor insats och motverkat psykiatrins medikalisering av intrapsykiska och interpersonella konflikter. Informationen att patienten återfallit flera gånger tidigare, några månader efter medicinutsättningar, har inte inhämtats pga tidsbrist, eller i vissa fall kanske ideologiska skygglappar.

Jag skulle kunna ge otaliga exempel på hur psykiatrer med Davidsons reduktionistiska och naiva syn på det psykiatriska problemspektrat åstadkommit svåra störningar i mina patienters liv. Jag tror dock de flesta läsare kan föreställa sig detta och begränsar mig av utrymmesskäl. Att vi ibland feldiagnosticerar patienter kommer vi naturligtvis inte ifrån, men vad gäller schizofreni, rör det sig snarast om underdiagnostik eftersom man sällan sätter denna diagnos förrän man sett mer än ett halvårs förlopp och då kan utesluta de mer godartade psykostillstånden. DSM-IV- och ICD-10-manualerna som definierar syndrom snarare än symptomdiagnoser har skärpt diagnostiken oerhört (jämfört med tiden innan DSM-III presenterades) och möjliggjort den internationellt kommunikabla forskning som lett till det som kallas evidensbaserade metoder, ett begrepp som Davidson tydligen misstror och föraktar.

Tokerier som påverkar oss

Några ord vill jag slutligen säga om Davidsons åsikt att merparten psykiatriskt arbete skall utföras i patient-terapeutrelation (one to one) av en högutbildad och erfaren psykodynamiker. Deras samtal skall beakta ramarna vad gäller tid och plats för mötet samt strikt sekretess. Detta innebär att såväl jag själv som samtliga medarbetare i mitt team (fn ett psykoteam) inkompetensförklaras. Och inte bara vi utan hela den kommunopsykiatri vi samarbetar med då det gäller långtidssjukas livskvalitet. Hembesök, anhörigkontakter, familjeinterventioner, teamdiskussioner, samråd med kommunopsykiatrin, stödsamtal med sjuksköterska eller skötare (som i regel har viss psykoterapiutbildning), mediciner, ja till och med utredning och samtal hos vår psykoterapiutbildade psykolog skall kastas på sophögen, så att den stigmatisering allt detta åstadkommer äntligen får ett slut.

Egentligen borde jag avfärda ett sådant synsätt som tokerier och bara ta mig för pannan, men jag vet att inlägg av det här slaget påverkar mindre kunniga beslutsfattare och bidrar till fortsatt nedrustning av psykiatrin trots rekommendationerna i Miltons utredning. Artikelrubriken kommer att citeras och tolkas bokstavligt, även om Davidson i sitt svar till Jacobson modererat innebörden.

Henrik Jonsson

Docent, överläkare Vuxenpsykiatri
Kronobergs läns landsting

"Egentligen borde jag avfärda ett sådant synsätt som tokerier och bara ta mig för pannan"

SPFs första nationella kongress

Svenska Psykiatriska Föreningen arrangerade den 12-14 mars i år den första Svenska Psykiatrikongressen. Kongressen som blev fullbokad samlade bortåt 200 läkare i Svenska Läkaresällskapets vackra lokaler i centrala Stockholm. Evenemanget genomfördes helt utan sponsring från läkemedelsindustrin. Istället gavs bidrag från Hallands läns landsting, Västra Götalandsregionen samt Norrbottens läns landsting. Programmet bestod genomgående av 2-3 parallella sessioner. Föredragen avhandlade vitt skilda ämnen såsom genetik, psykoterapi, hjärnabbildning, transkulturell psykiatri, suicid och mycket mer. Dessutom gavs sex CME-kurser i anslutning till kongressen. En stor händelse för Svenska Psykiatriska Föreningen. Förevigat i detta bildreportage.



Två av de många föredragshållarna. Markus Heilig & Alexander Mathé



Kajsa Norström, Lise-Lotte Risö Bergerlind och Martin Rödholt var glada



SPFs ordförande Christina Spjut i samtal med professor Jan Wålinder



Välkommen till Svenska Psykiatrikongressen 11-13 mars 2009!

Som ni kanske vet fick inte alla plats på årets kongress, lokalerna räckte helt enkelt inte till och detta har vi dragit lärdom av. Svenska Psykiatrikongressen 2009 äger rum i Göteborg och där har vi hyrt Filmstaden Bergakungen. Detta gör att vi kan dubblera antalet deltagare.

Filmstaden Bergakungen i Göteborg är Skandinavians mest spektakulära anläggning med 14 salonger varav två med 417 platser vardera, bekväma fåtöljer, SF Bios största dukar, restaurang och café. Anläggningen som invigdes i november 2006 ligger på Skånegatan mitt i Göteborg.

Vi kommer även denna gång att ha flera parallella föredrag samt ett antal CME-kurser. Dessutom kommer vi att bjuda på filmvisning. Vår ambition

En mentalskötares betraktelse:

Det är synd om psykiatern

Jag tycker ibland synd om läkarna i psykiatrin. Vissa ser så stressade ut. Andra är mer avspända. Avspändheten verkar hänga ihop med överläkartitel, erfarenhet och stigande ålder. Vad jag ser består psykiaterns arbetsuppgifter till stor del av att pricka rätt i valet av psykofarmaka. Därutöver ska det diagnostiseras, dikteras och läsas journaler. Mellan patientbesöken ska det utfärdas sjukintyg och utlåtanden hit och dit. Och så ska det skrivas krångliga e-recept.

Förresten, hur kul är det i länsrätten? Att inför patienten hävda att han/hon lider av en allvarlig psykisk störning. Även den mest erfarna psykiatern kan få något subtilt besvärat över sig vid sådana tillfällen.

Men psykiatern slipper handskas med utåtagerande och nedsmutsade patienter på avdelningen. När han väl visar sig är han eftertraktad. Frågorna haglar från oroliga och krävande patienter.

- När kommer du till mig? trånar den ängslige.

- Släpp ut mig! kräver manikern.

Kronikern bryr sig däremot varken om doktorer eller andra människor i större utsträckning. Medicinskt färdigbehandlad hasar hon planlöst omkring i sin egen värld på avdelningen.

- Inget nytt, lugn och fin! meddelar sjuksköterskan på rapporten och hoppar raskt vidare till nästa patient.

Sonja, låt oss kalla

henne så, är en sådan patient. Lugn och fin sitter hon nersjunken i en soffa. Allt som Sonja företar sig sker sporadiskt. Någon gång mat, sällan akineton, ännu mer sällan dusch. Vissa nätter sover hon i sin säng, andra nätter på soffan i tv-rummet.

Rak höger

Innan Sonjas injektioner ger effekt är det näst intill omöjligt att fysiskt närma sig denna seniga kvinna, sjuk sedan 70-talet. En kväll får sjuksköterskan en rak höger. Här tas inga akineton.

- Jävla subba, fräser Sonja och dimper ner i en fåtölj av bara farten.

Snart går både personal och patienter omvägar för Sonja som bara sällan duschar. En dag blir det närapå tvångsdusch.

- Handväskan! utbrister Sonja ängsligt där hon står naken och utsatt i det kala duschrummet. Sonja sneglar mot kroken på badrumsväggen där handväskan hänger för att inte bli blöt.

Nyduschat sitter Sonja på huk på det hala badrumsgolvet med badlakanet svept över knotiga axlar. Hon blickar upp mot mig och vikarien där vi står draperade i nedstänkta plastförkläden och gummistövlar.

- Jag ska hjälpa dig att torka säger vikarien och närmar sig Sonja när hon reser sig. Det går inte, Sonja värjer sig med en blixtnabb spark på kollegans smalben.

Kanske Sonja vill ha hjälp att klippa naglarna funderar jag en morgon i köket på avdelningen några veckor senare. Det finns chans att komma nära nu när Sonja är medicinskt färdigbehandlad. Kollegor fyller tomma magar med den frukost som inte hanns med hemma i ottan. Själv slevlar jag filmjolk med krossade pepparkakor ur landstingets kaffekopp.

Romarrike och bussar

Efter frukosten haffar jag Sonja som dåsar i den röda soffan i korridoren.

Sonjas händer är vackert seniga med långa knotiga fingrar. Naglarna nikotingula och krumt böjda. Strax sliter jag med nagelklippare och sax, det kraschar och kna-

"Jaaa, vad har jag gjort på psyket, dom är ju galna allihop där? säger Sonja och tänder med skakig hand en cigarill"



"Under tiden berättar Sonja med inlevelse om Romarriket som enligt hennes kalender blomstrade för 40 000 år sedan"

kar när brunfärgade halvmånar sprätter ner på handduken i mitt knä.

Under tiden berättar Sonja med inlevelse om Romarriket som enligt hennes kalender blomstrade för 40 000 år sedan. Den lilla handväskan i svart siden vilar tryggt i knäet. Leendet är brett, löständerna glappar en aning och ett par ljus blå ögon

betraktar nöjt resultatet av mitt arbete.

- Nu vill jag gå ut med dig säger Sonja med triumf i rösten.

- Jag vill köpa en klänning.

Jag har fullt sjå med att hänga med Sonja till bussen. Stegen är korta och snabba. I busskön tränger sig Sonja före alla andra, slänger sig på närmsta handikappsäte där en gammal tant med käpp är på väg att sätta sig.

- Tryck! uppmanar Sonja efter en stund och vill gå av.

Vi går till en krimskrams affär vi just åkt förbi. Här samsas allt ifrån doftande värmeljus till nyckelringar och gosdjur.

- Vad fiint utbrister Sonja barnligt förtjust och skiner upp. Sedan rafsar hon snabbt ihop en packe färgglada strumpor, ett målarblock och vattenfärger. Vid kassan halar hon upp skrynkliga sedlar från den minimala handväskan.

Påtagligt nöjd är Sonja när vi går tillbaka till busshållplatsen.

- Fryser du? undrar jag oroligt och känner på Sonjas hand där vi väntar på bussen. Vädret är ruggigt, själv bär jag både handskar och tjock halsduk.

- Näej.

- Är det inte skönt att bli utskriven snart? undrar jag och hör hur tjatig jag måste låta.

- Jaaa, vad har jag gjort på psyket, dom är ju galna allihop där! säger Sonja förtretad och tänder med skakig hand en cigarill.

- Nu vill jag titta på klänningen fortsätter Sonja bestämt.

Jag förstår inte riktigt var denna klänning ska inhandlas men låter Sonja bestämma som inte varit ute på länge. När vi klivit av bussen och gått en liten bit störtar Sonja plötsligt in i en liten boutique i kvarteret där hon bor.

Klänningen plockar expediten fram bakom ett draperi.

- Du har 499 kronor kvar att betala säger hon torrt och läser inantill på lappen som är fastnålad på denna eleganta festblåsa.

Sonjas inbetalningar uppgår sammanlagt till 1029 kronor. Den senaste på trehundra kronor är gjord för sex veckor sedan, dagen innan Sonja tas in på psyket.

Jag tänker på psykiatern, vid datorn, i länsrätten, med alla recepten och på den jagade underläkaren som knappt hinner hämta andan mellan patienterna. Vad de går miste om som inte har möjlighet till deltagande observation ute på fältet!

Lena Carlsson

Frilansjournalist/

Mentalskötare

Psykiatrin Södra Stockholm

Berlin by night and day

Nedan följer ett notat från Berlin hösten 2004, där jag tillbringade några månader för att skriva en teaterpjäs.

Jag sitter i kvällens sena timma och noterar att jag vänt upp-och-ned på dygnet, vilket är lätt gjort här. "I want to wake up in a city that never sleeps!" utropade Frank Sinatra i New York. Den gode Frankie boy skulle ha kunnat vakna upp här i Berlin. Det jag förundras över mest är att inte bara stan själv vakar, vissa människor tycks inte ha träffat John Blund på ett tag. De tydligaste exemplen är kebabkrängarna. I kvarteret intill finns en kebabgrill som är ständigt öppen och bemannad av en sömndrucken turkisk herre som flinkt rafsar ihop en kebab, bemöter en artigt, men samtidigt tycks hakan för varje dag närma sig serveringsdisken. I bakgrunden brusar en TV med såpor på turkiska.

Jag funderar på om man skulle tipsa sömnforskare om klientelet här eller om man skulle ge kebabkocken en vink om behovet av sömn. Berövandet av sömn är ju en välkänd tortyrmotod. Jag bestämmer mig för att ligga lågt.

Några som däremot slår på stora trumman är KaDeWe i Västberlin, ett köpcentrum av megalomana proportioner. Det är så långt mellan ytterväggarna att hur långt man ser snarast beror av ens synförmåga. Jag kommer på mig själv med att nynna på The Clashs låt Lost in the super market. Prakten är som grannast på delikatessplanet, näst högsta våningen. Där finns praktiskt taget

allt i matväg, i läckrast tänkbara förpackning. De som säljer klosterostr är klädda i franciskanermunkkåpor och all mat är upplagd så aptitretande som möjligt - ett uteblivet salivpåslag här torde tyda på Sjögrens syndrom. Vid fisk- och skaldjursdiskarna finns stora akvarier med levande ålar, karpar och öring. Rätt vad det är så simmar det förbi en stör.

Mitt i Casablanca

Lyxtemat fortsätter på legendariska Hotell Adlon där jag igår sökte skydd från regnet efter en promenad genom Berlins gröna hjärta Tiergarten. Salongerna är utsökt eleganta, med levande musik och allmän flärd, och det känns lite grann som att hamna mitt i handlingen i filmen Casablanca. Trapporna är av marmor och

vill man hitta något exklusivare ställe får man nog titta in i sviten hos någon oljeshejk. Jag träffar två damer som precis har åkt rollerblades-marathon och tyckte att det här var ett bra ställe att ta igen lite kalorier. Betjäningen är omedelbar och

tjänstvillig på gränsen till servil. Jag sitter tillbakalutad med ett brett Mel Brooks-leende och tänker: "It's good to be the king!" Ända tills notan kommer och med den den krassa verkligheten, 70 spänn för en slät kopp kaffe!

Maskrosor i blom

Som kontrast mot överdådet finns något som närmast får betecknas som maskrosfronten - konstnärerna och de unga visionärerna som är först på plats i gamla ruckliga rivningskvarter och startar upp pubar, klubbar, gallerier och teatrar i lokaler som snarare ser ut att kunna innehålla bytet från något postrån än något annat. På Rigaerstrasse i forna Öst står maskrosorna i full blom. Jag tillbringade gårvällen på ett par pubar där, avspända ställen med allsköns bråte på väggarna och poesiböcker på bardisken.

Jag slog mig i slang med några trevliga stammisar och fördrev kvällen.

Vi pratade om musik, Berlin och kultur, hur man ska förhålla sig till att bli vuxen och slutligen vad allt egentligen handlar om. Utan förvarning går plötsligt solen upp och dj:n spelar någon tysk Mary Poppins-historia, "Guten Morgen, Guten Morgen". När jag lommar hemåt vid 8-rycket slår det mig att jag återfallit i gamla vanor från studenttiden, som att hälsa på tidningsbudet på vägen hem.

Fast besluten om att leva mer enligt Socialstyrelsens riktlinjer önskar jag er allt gott!



Mikael Tiger,
ST-läkare i psykiatri

"Berövandet av sömn är ju en välkänd tortyrmotod. Jag bestämmer mig för att ligga lågt."



Vi söker nya medarbetare

Överläkare, Medicinskt ledningsansvarig överläkare och ST-läkare

Vuxenpsykiatrisk klinik 1 och 2, Södra Älvsborgs Sjukhus

5 respektive 2 tjänster. Tillsvdare.
Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: VGR-47893

Är du intresserad av att arbeta med affektiva sjukdomar, beroendesjukdomar, på en psykiatrisk utbildningsavdelning eller i ett brett allmänpsykiatriskt team?

Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS, är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen. Verksamheten bedrivs i huvudsak i Borås. Akutsjukvård bedrivs inom alla specialiteter. Sjukhuset är organiserat i fyra verksamhetsområden – Psykiatriska, Medicinska, och Opererande specialiteter samt Medicinsk service. Område Psykiatri består av Vuxenpsykiatrisk klinik 1 och 2 samt Barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

De vuxenpsykiatriska klinikerna tar ett helhetsansvar för den specialistpsykiatriska verksamheten inom Södra Älvsborg. Heldygnsvården omfattar fyra avdelningar om 56 vårdplatser inklusive en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. I Borås finns specialiserade mottagningar inom områdena ångest, psykos, beroende, personlighetsstörningar, neuropsykiatri och affektiva sjukdomar. I krankommunerna finns specialiserade mottagningar i Lerum, Alingsås, Vårgårda, Ulricehamn, Svenljunga, Tranemo och Skene.

För att läkarna skall kunna ge patienterna den bästa vården arbetas det kontinuerligt med att ge förutsättningar för det. Sedan ett par år finns särskilt anställda läkarchefer som tillgodoser kompetensutveckling, god arbetsmiljö och kollegialitet. Klinikerna har ständigt strävat efter att ligga i framkant när det gäller medicinsk utveckling och utbildningsmiljö. Hösten 2007 genomfördes en SPUR med höga poäng vars resultat visar på att vi satsar på god återväxt av specialistläkare och alla tre kliniker har idag ett stort antal ST-läkare anställda.

Sammanfattande bedömning från SPUR-inspektion november 2007 lyder:



"Vuxenpsykiatri i Borås har en allsidighet i utbildningen, ett mycket gott utbildningsklimat och en genomtänkt strategi att utbilda och behålla specialister, men har också kunnat rekrytera specialister utifrån. Kliniken är fräsch och nyrenoverad, men ST-rummen på avdelningarna är få och trånga, otillräckliga för optimalt kliniskt arbete och kunskaps-inhämtning. Strukturerade utbildningsplaner, hög nivå på handledning och ökad delaktighet kan förklara att det är en klinik där ST-läkaren tycker det är roligt att arbeta och bli psykiater. Den kan rekommenderas för ST-utbildning."

För att ytterligare visa på att vi sätter patientperspektivet i centrum och för att ständigt förbättra och utveckla vården arbetar SÄS målinriktat för att bli ett processorienterat sjukhus. Processen "Att vårda patienter med förstämningssjukdomar" har med ett engagerat processteam med överläkare som processägare sedan ett drygt år startat arbetet med att säkra omhändertagandet av patientgruppen på hela sjukhuset. Fler processer är under utveckling.

Till våra två kliniker söker vi nu överläkare till de specialiserade mottagningarna Centrum och Katrinedal i Borås (ångest- och affektiva sjukdomar) samt till den allmänpsykiatriska mottagningen Mark i Skene respektive överläkare till heldygnsvården med inriktning beroendesjukdomar. Vi söker också en överläkare till vår nystartade utbildningsavdelning.

Utöver detta har vi möjlighet att bereda plats för ytterligare två ST-läkare.

Kvalifikationer: Leg läkare respektive specialistläkare i psykiatri.

Arbetsuppgifter: Som överläkare har du det medicinska ansvaret för dina patienter. Du utvecklar tillsammans med dina kollegor det medicinska innehållet i vården och delar åtagandet att upprätthålla klinikernas jourlinje. Det finns också en möjlighet att uppbära uppdraget som medicinskt ledningsansvarig överläkare där du har det medicinska ansvaret för enheten. Det medicinska ledningsansvaret innebär bl a att tillsammans med avdelningschefen ingå i klinikens ledningsgrupp. Klinikernas ledningsgrupper får stort mandat i utvecklandet av vården.

Som ST-läkare ansvarar du tillsammans med din handledare och chef för att målbeskrivningen för ST uppfylls.

Upplysningar om tjänsterna och verksamheten lämnas av:

Läkarchef Ulrika Tågnfors, tfn 033-616 27 00
Läkarchef Tobias Nordin, tfn: 033-616 27 02
Verksamhetschef Vuxenpsykiatrisk klinik 1, Bengt-Arne Andersson, tfn 033-616 27 02
Verksamhetschef Vuxenpsykiatrisk klinik 2, Martin Rödholt, tfn 033-616 27 00

Läs mer: www.vgregion.se/sas

Fackliga företrädare: SACO Per-Anders Abrahamsson, tel.vx. 033-616 10 00

Du hälsas varmt välkommen med din ansökan! Södra Älvsborgs Sjukhus, Personalsekreterare Johanna Ottosson, Adm 1, plan 4, 501 82 Borås. johanna.ottosson@vgregion.se

Sista ansökningsdag: 2008-05-25.

Sveriges snålaste läkare Tony Rosenqrantz:

FRÅGA TONY

"Det är smart att tjäna pengar på patienter"

Vad hände egentligen med AT-läkaren Tony Rosenqrantz? De av er som var medlemmar i SYLF i början på 2000-talet hade det tvivelaktiga nöjet att stifta bekantskap med Sveriges snålaste läkare. Han skrev under tre års tid krönikor i tidningen Moderna Läkare där han tipsade om allt från hur man skulle kränga ultraljudsapparater som ekolod till hur man bäst tvättade privata kläder i sjukhusets centraltvätt. Svensk psykiatri har snokat reda på honom. Och det visar sig att han blivit psykiater! Och mot en orimligt hög ersättning har han gått med på att göra en comeback i tidningsvärlden.

Tjena kollegor. Det var ett tag sen jag skrev, Jag har varit upptagen med att tjäna kosing på amerikanernas bekostnad. De av er med gott minne kanske kan erinra sig att jag lämnade det här skitlandet för att bli spionläkare i Irak. Och oj oj oj vad det gav utdelning. Ni anar inte vad man kan tjäna klöver i krigstid. Jag ska inte trötta er med alla exempel på fina förtjänster jag gjorde, men det

kanske kan vara av intresse för er att veta vem som låg bakom försäljningen av bilderna på de där soldaterna i Abu Graib. Just det, yours truly! Det blev en nätt förtjänst vill jag lova.

Men inget gott som inte har ett slut. Mammans köttbullar, kaviar på tub och knäckebröd. Det är ändå det som drar, ialla fall när jag insåg att mamma hade

plats över i mitt gamla pojkrum. Där snackar vi obefintlig hyra. Och under den tid jag varit borta har ju nya möjligheter till att tjäna sjukt mycket stälts öppnats även i vårt kära hemland.

Sagt och gjort. Jag flyttade hem för att dra nytta av den nya tidens själasörjare. Det finns oanade möjligheter i psykiatri. Först och främst inom psykoterapiområdet. Alla vill ju bara prata om sina problem nuförtiden. Och jag är gärna där och lyssnar. Fem dagar i veckan är standardbehandling. Jag tar emot mina patienter i morsans vardagsrum. Hon har en skön dyscha som jag ligger och slappar på medan folk ältrar om sin taskiga barndom. För det tar jag några tusenlappar och det svider ju inte i plånboken direkt.

Guru för alltid

Men det bästa är ju att det inte förväntas att jag säger något själv. Patienten ska ju lösa sina egna omedvetna trauman. Så medan de maler om sina oförrätter kan jag skriva självhjälpsböcker på min dator. Mitt knappande från tangenterna, har jag märkt, har en mycket lugnande effekt på patienterna. Och förtjänsten på mina alster har varit över all förväntan. Först släppte jag boken "Självkänsla nu!". Hur smart

var det inte att utge sig för att vara en före detta missbrukare och sen ta en bild på en glad tjej i blonderat hår på framsidan. Fan vad den sålde. Men skam den som ger upp bara för att cashen rinner till. Alltså var det dags för uppföljaren: Konsten att vara snäll. Lite mer pondus, lite mer doktor. Jag köpte sonen till en känd cancerläkare för några hundralappar och sen var det bara att skriva. Vi snackar hundratusentals exemplar.

Men det där med skrivandet har faktiskt sina nackdelar. Jag har ju alltid tyckt att pengar ska arbeta åt mig, inte att jag ska arbeta för dem. Alltså kändes det inte helt bra. Här hade jag författat två böcker helt själv och det är ju inte money for nothing direkt. Det måste finnas ett bättre sätt. Så därför började jag experimentera med mediciner. Jag skaffade mig en mängd gratisprover av Concerta och kortison. Det där blandade jag i kaffet till mina patienter och jädrar vad de började snacka. Med hjälp av i-pod som jag införskaffat via en mutresa till Hong Kong började jag spela in den ena storyn efter den andra.

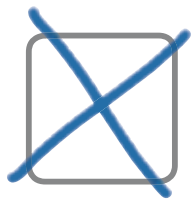
Jag antog sen pseudonymen Elfride Jelinek och började kränga svamlet på bokmässor. Okej. Det sålde kanske inte lika bra som Konsten att vara snäll, men nog kan man göra en hel del kul för nobelprispengarna...

Men nu är det dags för lite nytänkande. Häromdagen kom den ut. Min 1600 sidor långa dagbok. Jag kallar mig Lars Norén och allt material har jag hämtat från mina patienters verklighet. Jag tror den kommer att bli en hit. Det bästa är att vartenda ord är sant. Jag fick till och med killen som gick i terapi att skriva hela skiten själv. Och sen fick han ju till och med bli intervjuad i tidningen. Verka utan att synas. Det är en psykiaters ledord. Så länge pengarna tillfaller mig får tönten gärna ta åt sig äran. Och skiten med för den delen.

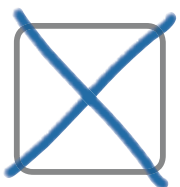
Vi hör
Tony



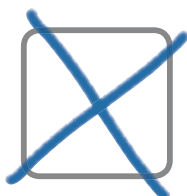
"Hur smart var det inte att utge sig för att vara en före detta missbrukare och sen ta en bild på en glad tjej i blonderat hår"



SNABB
INSÄTTNING^{*1}



ENKEL
DOSERING^{*1}



BEVISAD
ÅTERFALLSPREVENTION²

**I jämförelse med Seroquel®.*

Nu har Seroquel® Depot godkänts av Läkemedelsverket för behandling av schizofreni¹.

Den nya depottabletten gör att måldos kan nås redan dag 2 och möjliggör dosering en gång per dag.

Seroquel® Depot erbjuder dessutom en bevisat effektiv återfallsprevention vid schizofreni².



Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-01-25. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förebygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, utan föda. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. **För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.**

1. www.fass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2007;22:S132.



Kalendarium

13 - 17 juli 2008
26 th CINP Congress
(Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum)
München, Tyskland

30 aug - 3 sep 2008
European College of Neuropsychopharmacology 21st Congress
Barcelona, Spanien

19 - 25 sep 2008
World Psychiatric Association
Prag, Tjeckien

15 - 19 nov 2008
Neuroscience 38th Annual meeting
Washington DC, USA

26 - 28 nov 2008
Riksstämman
Göteborg, Sverige

11 - 13 mars 2009
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg, Sverige

16 - 21 maj 2009
American Psychiatric Association 162nd annual meeting
San Francisco, USA

22 - 25 sep 2009
29th Nordic Congress of Psychiatry
Stockholm, Sverige

2010
IACAPAP
Beijing, Kina



Mot överdrifter bortom allt förnuft.



Under tio år har Zyprexa (olanzapin) hjälpt över 20 miljoner människor tillbaka till ett bättre liv.¹ En snabb och effektiv behandling mot schizofreni och bipolär sjukdom.^{2,3} Tillsammans med läkare och behandlingsteam ger Zyprexa effektivt skydd mot återfall och hjälp att komma vidare i livet.⁴ Framtiden ser bättre ut för allt fler.



10 år
Erfarenhet som
hjälp till livet vidare
1998-2008

1 IMS Patient Level Data

2 Wright et al, Am J Psych 2001; 158:1149-1151, Tohen et al, Arch Gen Psych, 2002; 59: 62-29

3 Davies et al, Arch Gen Psych 2003; 60:553-564, Tohen et al, Am J Psych 2005; 162: 1281-1290

4 Beasley et al, J of Clin Psychopharmacology, 2003; 23, 582-594, Tohen et al, Am J Psych 2006; 163: 247-256