

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#4

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

TEMA: Psykiatrins risker – del 2



.Kvinnliga läkare är överrepresenterade i suicidstatistiken. Hur ska vi ändra på det? (Bilden är arrangerad)

TEMA Är psykiater ett riskyrke? Vi tycker tro det. Men finns det inte enorma möjligheter också? Och vad är det som gör att vi polisanmäler allt mer. Är det verkligen bra? Är inte faktiskt kärlek istället en mycket större risk. En risk som vi inte gärna pratar om och som därför inte heller utforskats. Att välja ett yrke som inte är klart definierat kanske också är en risk. Eller är det själva storheten. SID 3 ; 8–9; 11; 13; 15; 22–27; 33–35 & 42–44

FACKLIGT Det är snart Riksstämman igen. 28 november är det dags. SPF har stort engagemang där. Under våren är det premiär för Svenska Psykiaterkongressen 12 – 14 mars. Och den 2 – 4 april har BUP-föreningen vår möte. Rättspsykiatriska föreningen har inlett arbetet med ett kvalitetsregister och SPF har inlett ett samarbete med SKL om att förbättra heldygnsvården, det s k nyckelprojektet SID 10; 12–13; 30 & 32

DEBATT Den erfarne kollegan Nils-Olof Jacobson svarar på Claes Davidssons upprop mot den offentliga psykiatrin. Karin Rodhe debatterar om att inte väja för det svåra samtalet. Stefan Arenstedt kommenterar Socialstyrelsens muntliga förbud att använda ordet andlighet och ST-läkaren Christoffer Rahms tal om psykiatrin publiceras som debattartikel. Och Roland Berg manar till upprop mot gatuvådet. SID 28–29; 31; 36–38 & 40–41



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. Patkin 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



Det är inte bara patienterna som berörs av psykiatri

REDAKTIONELL
LEDARE

Det här numret heter "psykiatriens risker 2". Nummer 1 på samma tema som kom i våras handlade om risker med det psykiatriska arbetet – där talades om de risker som finns för patienter på olika sätt, suicidbedömningens problem lyftes fram, likaså belystes frågan om riskbedömningar. Det finns anledning att hålla kvar dessa frågor i minnet när man tittar på hur personalen har det i vården, många frågor som ter sig patientspecifika är det inte fullt ut, vi som arbetar kan också bli nedstämda, suicidala, ha riskabla situationer.

Detta nummer skall behandla de risker som finns för de som arbetar inom psykiatri. Det finns många sorters risker, dels rena arbetsmiljörisker som rör sig kring hot och våld, dels problemet med risken för ett alltför stort engagemang och alltför stor mängd arbete, något som kan bidra till depression och utmattning om det inte finns tillräckligt med utrymme för återhämtning eller fria punkter där man kan göra något helt annat och där ansvaret för andras liv och hälsa är fränkopplat.

Arbetsmiljön belyses från olika nivåer, allt från AT-läkarens erfarenheter av att befinna sig i

den psykiatriska miljön via en betraktelse från en ST-läkare i psykiatri till en problematiserande diskussion om polisanmälsans roll i farliga vårdssituationer och frågan om självmord hos läkare, frågan om det är normalvolymen självmord som smyger sig in i läkarkåren eller om det är en överrepresentation, väcks. Andra typer av risker som finns eller kan finnas i vår verksamhet berörs också i detta nummer, samhälls-ekonomins styrning av produktionen, vad har den med vårdens innehåll att göra och hur påverkar det innehållet i vården? Vi har också en fundering på kärlekens farligheter som vårdkomplikation.

Det omvända perspektivet med psykiatriens möjligheter försöker vi också bereda plats för dels genom att rapportera från seminariet "den spännande psykiatri" som bokförlaget Natur och Kultur höll i samband med utgivningen av professor Johan Cullbergs psykiatriska memoarer. Där föreläste fyra olika läkare med psykiatri som arbetsområde (en av dem medarbetare i denna tidskrift) om olika utmanande perspektiv, hjärnan och receptorerna, suicid, psykos och poesi och den framtida psykiatri. SP:s utsända Tove Gunnarsson rapporterar.



Daniel Frydman i förgrunden

"Det finns många sorters risker, dels rena arbetsmiljörisker, dels problemet med risken för ett alltför stort engagemang och alltför stort arbete"

Daniel Frydman

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: Peter Andiné (peter.andine@rmv.se)
Vice ordförande: Christina Karlsson
(christina.e.karlsson@lio.se)
Kassör: Eva-Marie Laurén (eva-marie.lauren@rmv.se)
Sekreterare: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)
Vetenskaplig sekreterare: Marianne Kristiansson (marianne.kristiansson@rmv.se)
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (perlindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Suppleant: Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sl.se)

Vems behov ska barnpsykiatri tillfredsställa?

Att befinna sig inom den svenska psykiatri just nu är en märklig, nästan surrealistisk upplevelse. Det haglar goda råd, anklagelser, välvilja och kritik om vartannat över oss alla i en strid ström. Från dagspress, kollegor, barnombudsman, Socialstyrelsen, politiker, författare och mer eller mindre insatta förståsigpåare. Om allt ifrån neddragning av barn med farmaka, för låg användning av

psykiska problem hos barn och vuxna eller om barns och ungas svåra uppväxtvillkor.

Påverkar människor

Att så många som inte alls arbetar inom fältet idag fokuserar så mycket på psykiatri handlar – förutom om samhällsutvecklingen – kanske om att psykisk sjukdom och själsligt lidande är något som påverkar människors beteende, som griper in i det som är "personen" och som av de flesta uppfattas som något man är, inte något man får (som förkylning, brusten blindtarm eller tumörer), d v s det är intimt förknippat med alla andra frågor om människan och hennes tillkortakommanden och något man därför ofta har åsikter om.

Samtidigt rapporterar WHO att 80 % av alla unga mår psykiskt bra i Europa.

Vid ett möte helt nyligen med verksamhetscheferna inom BUP i Sverige var den mest aktuella frågan för många att få tydliggjort exakt vad som är vårt uppdrag.

Vilka av de tjugo procenten som inte mår bra ska BUP ta hand om?

Vad kan vi göra med de resur-

ser vi har? Vad är vårt uppdrag? Hur ska vi förverkliga och förena det vi inom professionen anser vara viktigt och det patienterna vill och behöver ha?

Vad man än må tycka om intresseföreningars och brukarorganisationers representativitet har de en viktig roll att spela att tydliggöra behovsgruppers behov. Beslutsfattare ska sedan avgöra vem som ska ha uppdraget att tillgodose behoven.

För barns och ungas menatla hälsa finns det ytterst få sådana organisationer som med hög röst framför vad dom behöver. Det finns ingen förening för svårt beteendestörda unga i Sverige eller för flickor med självskadebeteende, vad jag vet.

Vid ett gemensamt möte mellan ordförandena inom den europeiska barn- och ungdomspsykiatri i augusti 2007 i Florens diskuteras dessa frågor livligt

Ett dokument – The Florence declaration on mental wellbeing of children in Europe – antogs. I detta lyfts samhällets ansvar att tillgodose primärprevention i skolor, på BVC o s v fram, men också

krav på att satsa på en systematisk och genomtänkt uppbyggnad/förstärkning av och utveckling inom BUP för att ännu snabbare kunna fortsätta utveckla vår verksamhet i den riktning som behövs – en modern barnpsykiatri med ett brett spektrum av evidensbaserad behandling, liksom konsultation till och en tydligare samverkan med andra aktörer.

Sverige är ett av de länder där vi relativt sett har god tillgång till barnpsykiatri. Men även här har vi ett enormt gap mellan behov och resurser .Att ge

tidiga insatser för att förhindra utveckling av – alternativt på ett gynnsamt sätt påverka förloppet av – psykiska problem och psykiska sjukdomar måste vara en angelägen fråga i ett välfärdsland. Och detta kan vi bidra med om vi bara

räcker till för uppgiften!

Vårt nästa vårmöte i Lund 2 till 4 april handlar just om Tidiga insatser.

Lena Eidevall



"Det haglar goda råd, anklagelser, välvilja och kritik om vartannat"

farmaka, självmords- och våldsdebatten, om kognitiv terapi och andra behandlingsformer, om produktivitet och införandet av nya driftsformer – listan på (de delvis motstridiga) kraven på oss är lång och förväntningarna högt satta. Dessutom handlar en stor del av dagens mest lästa litteratur, som deckare skrivna i västvärlden, ja till och med filmer och TV-serier om maffian, ofta om svåra

Nyckelprojektet – förändringsarbete tillsammans med SKL

SPF har av Sveriges Kommuner och landsting inbjudits till samarbete i ett stort förbättringsarbete kring den psykiatriska heldygnsvården. SKL har sedan flera år initierat och gett stöd till förändringsarbete i sjukvården genom genombrottsmetoden. Hittills har de flesta genombrottsprojekten gjorts inom somatisk vård. Flera projekt har gett stor nytta för både sjukvården och patienterna t.ex. i form av kortade väntetider med hjälp av nya rutiner.

Nu vill SKL ge stöd till lokalt förbättringsarbete för psykiatrins heldygnsvård. SPF kommer att utse några experter som kan hjälpa till att ta fram idéer och senare kommer förhoppningsvis många av våra kolleger att delta i arbetet på hemmaplan. Projektledare på SKL är Mia Harty och Eva Westerling. Mera info finns på www.skl.se/genombrott

Mera information kommer så snart vi vet lite mera.

Ett effektivt antidepressivum som även är effektivt mot ångest.*

*) Generaliserad ångest, paniksyndrom, social fobi och tvångssyndrom.



- ▶ Ciprallex (escitalopram) är effektivt vid behandling av generaliserad ångest, tvångssyndrom, social fobi och paniksyndrom.¹⁻⁴
- ▶ Ciprallex är minst lika effektivt som SNRI vid behandling av depression.^{5-9*,**}

*) Jämförelserna avser Ciprallex 10 mg/dag vs Cymbalta (duloxetin) 60 mg/dag under 4 veckor och därefter möjlighet att i enlighet med respektive produktresumé öka dosen för Ciprallex till 20 mg/dag medan Cymbalta bibehålles på rekommenderad dos 60 mg/dag, samt Ciprallex 20 mg (med upptitrering från 10 mg till 20 mg efter 2 veckor) vs Cymbalta 60 mg under 24 veckor. **) Jämförelserna avser Ciprallex 10-20 mg/dag vs Efexor Depot (venlafaxin XR) 75-150 mg/dag samt Ciprallex 20 mg/dag vs Efexor Depot 225 mg/dag. (I den senare studien gjordes en snabbare upptitrering till Efexor Depot än vad som anges i svensk SPC. En långsammare upptitrering skulle ha kunnat leda till färre avhopp och biverkningar i Efexor Depot-gruppen.)

Ciprallex®
escitalopram
Målet är remission

INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). DOSERING: 10-20 mg Ciprallex en gång per dag. Ciprallex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter i förpackningar om 28 eller 98 tabletter. Ciprallex är ett receptbelagt läkemedel. Ciprallex är subventionerat av LFN och subventionen gäller samtliga godkända indikationer. Informationen sammanställdes senast 2007-09-27. Angående prisuppgift samt för vidare information, se FASS.se REFERENSER: [1] Baldwin et al. Poster ECNP 2004. [2] Stein et al. Current Medical Research and Opinion Vol 23, No 4, 2007, 701-711. [3] Lader et al. Depression and Anxiety 2004;19:241-248. [4] Stahl et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1322-1327. [5] Khan et al. Clin Drug Invest 2007;27(7):481-492. [6] Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacology 2006;21:297-309. [7] Bielski et al. J Clin Psychiatry 2004;65:1190-1196. [8] Montgomery et al. Neuropsychobiology 2004;50:57-64. [9] Wade et al. Current Medical Research and Opinion Vol 23, No 7, 2007, 1605-1614.

Var är de breda inläggen i media?

Rättspsykiatri måste bli bättre på att diskutera de svåra frågor som vår verksamhet rymmer. Det förväntas av oss att vi ska använda vår erfarenhet och vår insyn i den rättspsykiatriska vardagen för att informera vår omvärld om dessa frågor. Eftersom vår verksamhet handlar djup tragik och berör det innersta hos människor är det nödvändigt att vi är korrekta, tydliga och förståeliga. Vi måste ha underbyggda fakta och åsikter när vi väl för fram dem. Styrelsen i Svenska Rättspsykiatriska föreningen har diskuterat dessa frågor under de senaste åren och dragit slutsatsen att rättspsykiatri har alldeles för få mötespunkter för diskussioner och för få sätt att nå ut med information. Finns det någon medicinsk disciplin som figurerar så mycket i media som rättspsykiatri? När jag läser min Göteborgs-Posten på morgonen brukar de första fem sidorna på Inrikes ta upp nyheter som på något sätt berör rättspsykiatri. Som rättspsykiatriker dyker vi upp i media för att antingen säga så lite som möjligt i ett enskilt ärende, eller så allmänt som möjligt försöka förklara en tragedi eller en sjukdom. Då och då dyker det upp enskilda insändare från kollegor om vår verksamhet.

"När jag läser min Göteborgs-Posten på morgonen brukar de fem första sidorna på Inrikes ta upp nyheter som på något sätt berör rättspsykiatri"

Men var är de breda inläggen från oss rättspsykiatriker? Var är det diskussionsforum som borde finnas? Där vi först argumenterar och förhoppningsvis får samsyn. Där vi slipar argumenten och därefter gemensamt för fram vår syn på psykisk sjukdom, brott och vård. På frågor av yttersta vikt för vårt samhälle. Psykiatrisamordningen samlade många kollegor för just detta men processen riskerar nu att stanna av.

Vad kan Svenska Rättspsykiatriska föreningen göra?

Svenska Rättspsykiatriska föreningen bildades 1946 och har sedan dess verkat för att samordna rättspsykiatri och främja diskussion och kunskapsutbyte. En av de viktigaste uppgifterna har allt sedan starten varit att representera och profilera kåren rättspsykiatriker och avge remissyttranden på exempelvis statliga utredningar. Vi har dock alltid lidit av att vi varit en liten specialitet där viktiga frågor tenderat att främst diskuteras i små, och rämligen slutna, sällskap. Föreningen har även bytt skepnad genom åren. Den startade som Rättspsykiatriska föreningen och kom från 1960 att ha ett nära samarbete med Statsanställda psykiatrikers förening, en förening för främst fackliga frågor. Denna förening uppgick 1975 i Administrativa läkares förening. Efter interna konflikter lades Rättspsykiatriska föreningen ner 1983 och ombildades till en osjälvständig sektion inom Svenska Psykiatriska föreningen. År 1992 återbildades dock föreningen som Svenska Rättspsykiatriska föreningen och är sedan dess återigen en självständig remissinstans för rättspsykiatriska frågor.

Idag har Svenska Rättspsykiatriska föreningen cirka etthundra medlemmar. Under de senaste åren har de administrativa rutinerna setts över och ekonomin har balanserats. Styrelsen har alltmer kunat arbeta med kärnfrågorna: Hur ska vår specialitet definieras? Vad ska krävas av en specialist i

rättspsykiatri? Hur ska vi få fler ST-läkare i rättspsykiatri? Hur ska den utredande och vårdande rättspsykiatri samarbeta? Hur ska vi förbättra och dokumentera kvaliteten? Hur ser den svenska rättspsykiatri ut ur ett internationellt perspektiv?

Nästa steg blir att under nästa år försöka aktivera våra medlemmar och ge möjlighet till samtal. En ny hemsida ska skapas med möjlighet att föra fram åsikter och delta i diskussioner. Vi vill hitta nya mötesformer, gärna tillsammans med storasyster Svenska Psykiatriska föreningen och de andra småsyskonen. Vi vill bredda styrelsens arbete genom att exempelvis skapa ett utbildningsutskott med utbildningsintresserade kollegor från hela landet. Slutligen vill vi fortsätta samarbeta i denna tidskrift som ju ger oss en fantastisk möjlighet till samtal. Vi hoppas detta ska bli en början till samtal inom rättspsykiatri och att vi därigenom ska nå ut med våra åsikter på ett korrekt, tydligt och förståeligt sätt.

Peter Adiné

Ordförande

Svenska Rättspsykiatriska föreningen

Regionalt vårdprogram om utmattningssyndrom

Stockholms läns landsting har låtit ta fram ett regionalt vårdprogram "Stressrelaterad psykisk ohälsa". Arbetsgruppen som gjort vårdprogrammet har bestått av sjukgymnast, hälsoekonom, distriktsläkare, psykiater, psykoterapeut, arbetsmedicinare, beteendevetare och beställare och man har också hämtat in synpunkter från företagshälsovården. Professor em. Marie Åsberg har varit sakkunnig till styrgruppen för arbetet.

Just nu finns programmet bara i tryckt form, men du kan inom kort läsa det som pdf på www.hsn.sll.se/mpa eller smitvägen via www.janusinfo.se där det ligger under behandlingsriktlinjer. Vårdprogrammet kan beställas i tryckt form från Kontorsservice:
Tel: 08 737 49 57
Fax: 08 737 49 59
E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

När psykiatrin är i fokus är det både bra och dåligt

Det händer mycket just nu! Både dåligt och bra.

Tyvärr ser det inte ut som om landstingen skulle ha tagit till sig Miltonutredningens uppmaning att öka resurserna till psykiatrin. I mitt eget landsting har psykiatrins andel av sjukvårdens resurser de senaste åren successivt minskat från 14% till 11%. För år 2008 minskas resurserna

ytterligare. Man avser nu att ge psykiatrin 3 % mera än 2007, när kostnaderna beräknas öka med 4 %. Kanske beror detta på att BUP och beroendevård i Stockholms län brukar lämna tillbaka medel, eftersom de har haft svårt att bemanna sina verksamheter. Det kan vara så illa att våra centrala tjänstemän och politiker tror att det är vuxenpsykiatrin som lämnar tillbaka pengar för att vi inte behöver dem för att bedriva vård? Det förefaller som att få beslutsfattare har förstått vilka enorma kostnader obehandlad psykisk sjukdom och psykisk sjukdom som inte gått i full remission orsakar. Läs gärna i Patrik Sobockis avhandling från 2006 om kostnaderna för depression i Sverige!

Fortbildning minskar

Sveriges Läkarförbund har i sin nya fortbildningsenkät noterat

att psykiatrikernas men särskilt allmänläkarnas tillgång till extern fortbildning minskar. Läs den på www.lakaforbundet.se. Detta sker samtidigt som ny kunskap om bättre diagnostik och behandling av psykisk sjukdom snabbt ökar. Det är tydligt att våra huvudmän inte har ersatt bortfallet av medel för extern fortbildning på det sätt som lovades när nya regler för samarbete mellan läkarna och läkemedelsindustrin infördes.

ORDFÖRANDEORD

Christina Spjuth

Detta börjar låta allt gnälligare. Händer det inte någonting positivt alls? Det kändes i alla fall positivt att SPF inbjöds till Riksdagens allianspartier genom Finn Bengtsson och Magdalena Andersson (m) och i Riksdagens lokaler fick berätta om psykisk sjukdom för ett stort antal riksdagsledamöter. Kanske kan vi få berätta mera om vårt arbete med psykisk sjukdom för politiker framöver.

Efter Miltonutredningen händer mycket på riksnivå. Socialstyrelsen har fått flera uppdrag av Regeringen för att förbättra den psykiatriska

vården. Anders Printz sliter som projektledare med att ro iland de s.k. NU-projekten. Han samarbetar med ett stort antal aktörer och SPF:s styrelse har träffat honom dels angående läkarfrågorna, dels i samband med en hearing inför NU-projekten med representanter för alla psykiatrins medarbetare.

Sveriges Kommuner och Landsting har också inbjudit till samarbete i ett s.k. genombrottsprojekt om heldygnsvården, där SPF kommer att föreslå några psykiatriker som experter i arbetet.

Vi har slitit med Riksstämman ett bra tag, men nu är hela programmet klart! Tre dagar av högaktuell psykiatri väl värda att besöka. Hela programmet finns nu utlagt på hemsidan inklusive abstracten. Gå in på www.svenskpsykiatri.se. Observera att även andra än läkare kan ha glädje av våra symposier och föredrag.

Svenska Psykiatrikongressen 2008

Fantastiskt roligt ska det bli med vår "Svenska Psykiatrikongressen 2008", som går av stapeln 12-14 mars 2008 i Svenska Läkaresällskapets lokaler i Stockholm. Många av våra bästa forskare och kliniker kommer att föreläsa och hålla CME-kurser. Boka redan nu dessa dagar i din almanacka.

I september 2009 är SPF värd för The Nordic Congress of Psychiatry, NCP 2009, som kommer att bli mycket spännande att arbeta med.

Vi fortsätter förstås arbetet med kliniska riktlinjer. Revideringen av riktlinjerna för schizofreni har inte hunnit komma igång riktigt ännu, men snart. Vi hoppas på att tillsammans med Svensk Förening för Allmänmedicin och specialitetsföreningarna för diabetologer och inremedicinare komma igång med ett arbete med kliniska riktlinjer för metabolt syndrom hos psykiatrins patienter. Vi avser att alla kommande kliniska riktlinjer både skall tryckas som böcker och också ligga på hemsidan tillgängliga för alla och möjliga att direkt printa ut. Väl mött på Riksstämman!

"Man avser nu att ge psykiatrin 3 % mera än 2007 när kostnaderna beräknas öka med 4 %"

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)

Innehållsansvariga för tema i detta nummer:

Daniel Frydman

Innehållsansvarig för tema i nästa nummer:

David Eberhard

Annonser och material till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

30 år och överläkare, kvinna och invandrare

Jag har velat bli rättspsykiater ända sedan jag tretton år gammal blandade ihop en biografi om Freud med noveller om Sherlock Holmes. Jag inbillade mig att jag under utbildningen till psykiater skulle utvecklas till en gammal, piprökande och tweedklädd professor-typ. Jag skulle tala långsamt med stor pondus, bota patienter och inspirera juniora kollegor med visdom, erfarenhet och vetenskapligt kunnande.

Tio år senare uppförordnades jag för första gången till överläkare i psykiatri. Jag hade tjänstgjort i sammanlagt tre veckor på min Senior House Officer rotation (skotsk ST-tjänst) då min överläkare blev långtidssjukskriven för depression och jag fick ta över hennes arbetsuppgifter. Bortsett från flera ganska snygga tweedplagg i min garderob så saknade jag alla övriga attribut som jag alltid trott varit utmärkande för en god psykiater. Jag saknade pondusen, visdomen, erfarenheten, det vetenskapliga kunnandet och var dessutom tjugotre år gammal. Hur skulle det gå?

Ärligt talat så gick det nästan inte. Att det inte blev några allvarliga incidenter på min avdelning var till största delen tack vare duktig och erfaren personal. De hade lika gärna skulle kunnat styra skutan för egen maskin. Jag förstod detta och var mycket tacksam för deras insats. Samtidigt brottades jag med en stark känsla av att ha det medicinska ansvaret för en situation som var helt utanför min kontroll. Jag satt med min BNF (brittiska FASS) i ena handen, läroboken i den andra och skrev med sunt förnuft under de ordinationer och vårdintyg som personalen rekommenderade. Jag kände mig oförberedd, otillräcklig, maktlös och mycket mycket stressad. Då jag försökte tala med ledningen fick jag bara "men det går ju jätte bra" till svars. Jag kunde hålla med om att ingen patient felmedicinerats eller inga allvarliga våldsincidenter inträffat och att det på så sätt gick bra, men det räckte inte för att jag skulle känna att jag gjort ett bra jobb eller lärt mig några yrkesfärdigheter. De 42 åren till pensionen kändes oändliga. Jag började leta efter utvägar och flydde till sist till Sverige.

Saknade levande förebilds

Först senare, när jag hittat det, förstod jag vad det var jag saknat under första delen av min ST. Det var en levande förebild. En psykiater som visade mig sitt sätt att handskas med alla de situationer som kan uppstå på en psykiatrisk klinik; situationer mellan patienter och läkare, mellan läkare och personal, mellan personal och anhöriga, och alla möjliga kombinationer av ovanstående intressenter. Hennes sätt att hantera situationen var kanske inte alltid det enda eller rätta sättet. Det kanske inte var ett sätt som jag direkt skulle kunna härma, men så är det



Vad ska man bli som kvinna? Och hur reagerar omgivningen på en ung ledare?

"Alla vi psykiatriker har nog varit med om en situation då vi på medicinska grunder som går emot önskningarna hos ett helt behandlingsteam"

väl att vara lärling. Man lär sig yrkesfärdigheter genom att studera en mästare, men utvecklar sedan sin egen stil. Detta hantverk går inte att lära sig ur en handbok. Man kan inte läsa sig till i vilket fall psykiatern når fram till patienten genom att lägga sin hand på dennes arm eller i vilket fall samma gest skulle leda till ett knytnevs-slag. En läkare kan inte heller läsa sig till hur hon skall hitta balansen i att vara bara en kugge i ett behandlingsteam och samtidigt ha det medicinska och juridiska ansvaret för patienterna. Alla vi psykiater har nog varit med om en situation då vi på medicinska grunder måste fatta beslut som går

emot önskningarna hos ett helt behandlingsteam. Om behandlingsteamet består av personal med fler års yrkeserfarenhet inom psykiatri än läkaren själv är gammal, kan detta vara en skrämmande uppgift. Det är min övertygelse att en ung läkare kan hantera en sådan situation på ett mycket bättre sätt om hon blivit väl förberedd genom att ha skuggat en senior kollega under en längre tid. Jag kommer att tänka på ett armband som delades ut till min systerson då han konfirmerades för ett par år sedan. Det stod "WWJD" på armbandet som stod för "What Would Jesus Do?". Meningen var att konfirmanderna, varje gång de ställdes inför ett viktigt beslut eller en obehaglig situation, t.ex. 'Kajsa har sagt elaka saker bakom min rygg', skall de tänka på vad Jesus skulle ha gjort i samma situation. Naturligtvis är lärdomen inte att mina gamla överläkare bör jämföras med Guds son, utan att det är lättare att hantera en besvärlig situation på ett värdigt sätt om

"Mitt råd till yngre läkare är att hugga tag i en lugn och listig psykiaterräv och följa henne i alla hennes beslutsprocesser"

att många seniora kollegor var omedvetna om hur viktiga de kan vara för sina framtida efterträdare. Då jag bad en överläkare att hålla ett föredrag om LPT svarade hon, "Vad skulle jag kunna bidra med?". Det kändes synd att en ST-läkare behövde förklara för en specialist i psykiatri sedan 10 år, att hennes erfarenheter skulle kunna vara av värde för medicinekandidater. En mycket senior kollega erkände för mig att hon alltid är nervös innan hon skall hålla en föreläsning för kandidaterna, men att hon övervunnit detta genom att tänka på tala öppet och ärligt utifrån sin långa kliniska erfarenhet av psykiatri. Alltid kunde hon lära någon något.

Mina råd om hur man blir ledare

Mitt råd till yngre läkare är att hugga tag i en lugn och listig gammal psykiaterräv och följa henne i alla hennes beslutsprocesser. Mitt råd till alla äldre psykiater är att släppa in yngre läkare i sitt dagliga arbete och låt dem se hur ni hanterar allt från telefonsamtal från arga anhöriga till när en skötare ber om recept på antidepressiva för eget bruk. Personligen tror jag att detta är det bästa äldre kollegor kan göra för att förebygga de känslor av otillräcklighet och maktlöshet som så ofta kan vara grogrund till psykisk ohälsa hos unga psykiater. Allt jag kan om ledarskap har jag lärt mig på det sättet och lustigt nog har min ringa ålder, mitt kön, och min imperfekta svenska faktiskt inte orsakat mig så stora svårigheter i utövandet av ledarskap som man kunnat tro. Jag är fortfarande ganska långt ifrån den gamle piprökande man med pondus, som jag som barn tyckt att en psykiater skulle vara. Min visdom, erfarenhet och mitt vetenskapliga kunnande behöver mogna till sig en hel del. Trots detta är jag nu ganska tillfreds med min yrkesroll. Att jag blir tagen för sköterskestuderande när jag är ny på en avdelning är inget att skämmas för. Då får jag bara kort upplysa om min egentliga befattning. Att en somatikerkollega snäser "Är du verkligen läkare?" när jag i telefon råkar uttala Klorokin på engelskt vis, tolkar jag snarare som att han haft slut på kaffet hemma den morgonen än att jag har kunskapsbrister. När en patient frågar "Hur gammal är du egentligen lilla gumman?" svarar jag antingen "Äldre än du tror; Nu är vi här för att tala om dig"; eller "Jag är 30 år gammal," beroende på vad som passar bäst i den situationen.

Kristina Sygel Jakobsson

SPs redaktion

man har en god förebild. Det är dessutom min erfarenhet att många svåra situationer på en arbetsplats inte är så annorlunda jämfört med dem man upplevde på skolgården, om man verkligen tänker efter.

När jag var kursamansuans i psykiatri under min ST upplevde jag till min stora förvåning

Låt psykiatern vara psykiater

När jag jobbade i Vetlanda mötte mig varje morgon en bunt med recept och sjukintyg som jag förväntades skriva under.

Jag var ny AT-läkare inom psykiatrin, men ändå vägrade jag göra det utan att träffa patienten. Men så såg jag också till att träffa minst åtta patienter varje dag.

Tyvärr så har vi runt om i landet brist på psykiatrer. Detta gör att man tvingas arbeta genom sådan konsultation. Samtidigt kan jag inte låta bli att undra över en del småsaker som stör mig.

Tänk om man höjde kraven på psykiatrikernas antal patienter per dag. Fortfarande finns det i stora delar av landet platser där en läkare tar i genomsnitt två till tre patienter per dag. Varför?

För det första har de senaste årens blankethysteri och överförmyndarkontrollen på det vi gör nått oanade proportioner. Detta är i och för sig inte så konstigt. I synnerhet inte som vi ju uppenbarligen träffar för få patienter och alltså inbjuder till kontroll.

För det andra förväntas vi göra en massa arbete som vi inte är utbildade för. På många ställen ska vi skriva in egna notat, kalla egna patienter, städa, koka kaffe och framförallt måste vi fråga alla i teamet om råd kring vad vi ska göra när vi redan bestämt en behandlingsplan.

Anställ billigare personal

Om man istället anställde något billigare personal för att åtgärda dessa sysslor och låt psykiatern sköta sina patienter utan tvångsteam och istället endast drog ärenden med paramedicinare som kan tänkas bli relevanta för dem att träffa. Och om man även i verkligheten (inte bara på papperet) låt psykiatern agera som medicinskt ansvarig så att en mängd tidsödande tjafs kunde undvikas, så skulle man också hinna träffa sina patienter (inte bara prata om dem på diverse onödiga möten).

Så till alla chefer med psykiaterbrist. Se till att anställa övrig personal. Ge era doktorer ett tydligt mandat att faktiskt leda verksamheten, byt ut alla onödiga blanketter mot de enda viktiga; nämligen närvarokontroll och statistiska uppgifter på antal patientbesök per dag. Och ställ krav på att de kliniskt verksamma doktorerna minst ska träffa sex patienter en vanlig dag.

Det bästa med det är att ni kommer att få gladare doktorer. För det är faktiskt mycket roligare att jobba på jobbet än att sitta och dricka kaffe och tjafsas om oväsentligheter.

Och övrig personal kommer per automatik kommer också bli gladare om de faktiskt slipper göra läkarnas jobb. De kan då kanske själva ägna sig åt patientarbete. Och det skulle behövas, för paramedicinare träffar (hur det nu över huvudtaget är möjligt) faktiskt ännu färre patienter per dag än läkarna.

David Eberhard



"På många ställen ska vi skriva in egna notat, kalla egna patienter, städa, koka kaffe och fråga alla i teamet om råd om allt"

KOM! Nu kommer Metis

Varför "METIS"? Namnet kommer från antika Greklands mytologi. METIS var moder till Athena, visdomens och kunskapens gudinna. METIS står för den djupaste visdom och kunskap. Namnet syntes vara passande när det nya projektet skulle döpas (se även i tidigare nummer av Svensk Psykiatrisk Tidskrift: "Kraftigt utökade resurser till kurser för ST-läkare").

METIS innebär ett försök från statligt håll att rätta till de brister i den teoretiska utbildningen som ST-läkare i psykiatri har idag. I nuläget är den teoretiska utbildningen diversifierad dvs. delad mellan statliga SK kurser, regionala initiativ och klinikbaserade föreläsningar. När det gäller SK kurserna är utbudet inte tillräckligt för efterfrågan. Kurserna har en tendens att komma sent i ST och dessutom skapar nuvarande system ingen garanti att nödvändiga ämnesområden täcks.

Socialdepartementet har godkänt METIS projektansökan och finansierar METIS med knappt 18 miljoner på tre år. Projektet ska skapa ett strukturerat kursutbud som ges i en given ordning och som kommer alla psykiatri ST-läkare tillgodo. De flesta kurserna ska vara obligatoriska. Kurserna och det pedagogiska konceptet kommer att ge möjligheten att skapa en gemensam teoretisk grund för alla ST läkare i psykiatri.

ST som lärandeprocess

ST är en lärandeprocess och den blivande specialisten har olika behov under de olika faserna på sin väg från novis till expert. En nybliven ST-läkare behöver t.ex. kunskap i diagnostik. Enligt METIS kursplan ska alla nya ST-läkarna i riket, cirka 80 st./år, delta i kursen psykiatrisk diagnostik under det första tjänstgöringsåret.

Effektiv pedagogik är nödvändigt för effektiv kunskapsinhämtning, därför prioriterar METIS den pedagogiska aspekten. En pedagogisk referensgrupp kommer att se till att kurserna är utformade på sådant sett att lärandet hos de blivande psykiatrikerna blir effektivt (Aspegren, Läkartidningen, 38, Vol 104, sept 2007 s 2678-2680).

Motto är att kursen utvecklas centralt men ges lokalt. Under det närmsta året kommer det att skapas arbetsgrupper för kursutveckling. Arbetsgrupperna har som uppgift att fylla kurserna med teoretiskt innehåll. Ramen för kurserna, dvs. vilken pedagogik, vilka förstudier och vilken utvärderingsform som ska användas, kommer att vara likartat för alla kurser. Tanken är att basen för arbetsgruppen kommer att vara en akademiker, en van kliniker, en ST läkare och en representant för brukarorganisationerna. Sedan kan gruppen rekrytera fler kunniga personer efter behov. När kursen är utvecklad kommer METIS att söka regionala kursgivare ute i landet. METIS vill åstadkomma en effektivare kursutveckling och en kvalitetssäkring av kursinnehållet men lokala kursgivare kommer att i viss mån kunna modifiera kursen utefter regionala

förutsättningar.

Projektledare är Kajsa Norström och Raffaella Björck, båda siter i SPF:s utbildningsutskott. Projektet har en styrgrupp, som består av medlemmar från SKL, Läkarförbundet, SPF, SPF-ST samt IPULS. Projektet håller på att forma en referensgrupp som kommer att bli rådgivande kring kursernas utformning. I många Europeiska och i de flesta nordiska länderna ser man idag över målbeskrivningen för ST-läkare i psykiatri. Projektet har idag kontakt med ansvariga för revidering av målbeskrivningen i de nordiska länderna och Storbritannien. Vi undersöker samarbetsmöjligheter och samordningsvinster. Vi kommer att aktivt söka samarbete med de specialiteter som ligger psykiatri närmast t.ex. SFAM.



Metis är grädde till den psykiatriska ST-tärtan

"När det gäller SK-kurserna är utbudet inte tillräckligt för efterfrågan"

Vill du vara med?

Arbetet med att starta ett helt ny kursutbud är stort och tidskrävande. Vi planerar starta alla kurserna inom de tre år som projektet varar. De ST läkare som är nära specialistkompetensen kommer troligtvis inte kunna ta del av METIS utbud. Därför planerar METIS att erbjuda befintliga SK kursgivare att dubblera sina kurser under 2008. METIS har förhoppningar att nyfärdiga specialister deltar i handledningskurserna och ser deltagandet i METIS som en kontinuerlig fortbildning.

Redan nu finns det ett utarbetat kurskoncept av SPF-ST som heter Introduktionskursen. Den gavs i maj 2007 och kommer igen december 2007. Den ingår numera i Metis projektet och finansieras från de statliga projektmedlen. Här söker METIS kursgivare runt om i landet.

För att projektet ska kunna ros iland krävs engagemang från många personer som är verksamma inom psykiatrin. Vana kursutvecklare behövs för att skapa kurserna, entusiastiska regionala lärare behövs för att kunna leda kurserna.

Anmäl gärna ditt intresse till Raffaella eller Kajsa.

METIS hemsida

METIS har en hemsida www.ipuls.se/metis. Den är under utveckling men all information angående projektet kommer att ligga ute senast sista december.

Raffaella Björck

Psykiatri Nordväst

Kajsa Norström

Psykiatri SÄS

IPULS –METIS

bjorck@ipuls.se

norstrom@ipuls.se

"För hög säkerhetsnivå på avdelningen kan motverka syftet med vården"

SVENSK PSYKIATRI
INTERVJUAR PETER
ENGELSÖY

Peter Engelsöy är biträdande verksamhetschef för den klinikbundna vården inom Stockholms barn- och ungdomspsykiatri. Inom kliniken sker vård enligt LPT företrädesvis på en av klinikkens tre avdelningar samt i viss mån på akutmottagningen.

Peter berättar att när Socialstyrelsens föreskrifter kom under 2006 diskuterades dessa på såväl klinik- som divisionsnivå i Stockholm. Man var överens om att de krav som ställs på de avdelningar som ska ta emot LPT-patienter allmänt är så högt ställda och anpassade efter förutsättningar inom vuxenpsykiatri att det kan vara svårt att få en vetlig tillämpning inom BUP, så att syftet med vården inte motverkas av ett alltför rigoröst regelverk. Den höga nivån av säkerhet och kontroll som socialstyrelsen kräver för dessa patienter skulle kunna förvandla en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning till en miljö som helt skulle motverka syftet med vården för de flesta barn- och ungdomspsykiatriska patienter som kräver avdelningsbaserad kliniskvård. Trots kontakter med socialstyrelsen i frågan har dock kravet på barn- och ungdomspsykiatri kvarstått vad gäller riskklassning. Man har ännu inte hunnit stämma av vilka synpunkter på riskklassning som finns inom de barnpsykiatriska klinikerna i landet och Peters synpunkter och erfarenheter gäller i första hand för BUP i Stockholm.

Peter påpekar att Inom barn- och ungdomspsykiatri finns inga avdelningar som enbart är ägnade att ta emot LPT-patienter. De

avdelningar inom BUP där patienter vårdas enligt LPT behöver lokalmässigt uppfylla villkoren för godtagbar säkerhet (säkerhetsnivå 3), vilket är den lägsta nivån. Något slags riskbedömning av patienter som vårdas enligt LPT behöver

också göras. Ett minimikrav är att man på avdelningen har ständigt uppdaterad kunskap om var patienten befinner sig. Antingen kan det ske genom att avdelningen är låst och att man har säkra in- och utpasseringsrutiner, eller att personal följer patienter vid vistelse utanför avdelningen. Troligen går det också att komma överens med föräldrar om detta, vid t.ex. permission.

Vad Socialstyrelsens krav på utformning av avdelningar som tar emot LPT-patienter innebär för patienter som vid riksbedömning uppfattas behöva vård i lokaler på säkerhetsnivå 2 eller 1 har vi hittills ej behövt ta ställning till eftersom all vård hittills av BUP's patienter har bedömts kunna ske på säkerhetsnivå 3. Möjli-

gen kan det i undantagsfall bli aktuellt att flytta patienter till en rättspsykiatrisk enhet på säkerhetsnivå 2.

Otydliga riktlinjer

Om han ser tillbaka har det dock funnits tillfällen då våra nuvarande riktlinjer känts otydliga vilket lett till några Lex Maria-anmälningar. Om de nya riktlinjerna tillämpas på ett vettigt sätt kan man inom barnpsykiatri få hjälp att skapa en tydligare struktur för vården av patienter på LPT menar han.

Patienter som kan utgöra en risk både för sig själva och andra måste vanligen vistas på avdelningar som också tar emot andra patienter som är intagna enligt lagen om sluten psykiatrisk vård, till exempel patienter med akuta psykos, bipolära tillstånd, autismspektrumstörningar, självskadebeteende och anorexi. Peter framhåller att man naturligtvis bör fundera över hur en sådan avdelningsmiljö kan påverka dessa övriga BUP-patienter som behöver sluten vård. Hans intryck är att den initiala farhågan att avdelningsmiljön skulle påverkas negativt vid säkerhetsanpassning har nog numera ersatts av en förhoppning att detta går att tillämpa utan att ge avkall på en salutogen miljö. Möjligen kvarstår kravet att avdelningen ständigt måste vara låst som en komplikation för patienter som vårdas där frivilligt. I praktiken är avdelningen ändå låst nästan hela tiden så detta borde inte innebära någon större skillnad.

Björn Wrangsjö
SPs redaktion

"I praktiken är avdelningen ändå låst nästan hela tiden så det borde inte innebära någon större skillnad"

Psykiatrin måste bemöta medial skrämselfpropaganda

Moderaterna i riksdagen är intresserade av att få veta mera om psykiatri och inbjöd därför Svensk Psykiatrisk Förening att informera om olika psykiska sjukdomar. Inbjudare var Magdalena Andersson och Finn Bengtsson, båda i Riksdagens socialutskott. Ett flertal riksdagsledamöter från allianspartierna hade samlats den 3 oktober för att lyssna till den professionens beskrivningar av psykiatrin idag.

Psykiatrin var brett representerad, både geografiskt och diagnostiskt. Därutöver var patientföreningar representerade av föreningen Balans. Samtliga talare fick kort och kärnfullt redogöra för sitt områdes centrala frågor och framtida utvecklingsmöjligheter. Förmiddagen avslutades med reflektion av psykiatrisamordnaren Anders Milton och paneldebatt.

Chistina Spjut inledningstalade som ordförande i SPF. Hon definierade begreppet psykisk sjukdom och betonade inte minst den stora övervikten av kvinnor med psykisk ohälsa. Tillgängligheten till psykiatrin diskuterades, liksom behovet av mer forskning.

Därefter följde en dragning av Rolf Adolfsson om affektiv sjukdom. Han fokuserade bl.a. på underdiagnostik i stort, och inte minst av bipolära syndrom, med påföljande latens till diagnos och behandling. Han lyfte vikten av bättre utbildning av medarbetare på alla nivåer inom vården för att bättre implementera evidensbaserade behandlingsmetoder. Likaså argumenterades för en mer relevant bemanning i psykiatrin, främst med fokus på specialistutbildade läkare och sjuksköterskor, samt kuratorer och beteendevetare med kunskap om evidensbaserade korttids terapier.

Nils Lindefors berättade om komplexiteten kring psykossjukdomen; stress-sårbarhetsmodellen och vikten av olika behand-

lingsmetoder, inte minst för att mer ändamålsenligt hjälpa patienter och anhöriga för att kompensera för den neuropsykologiska funktionsnedsättningen. Lindefors argumenterade även ur ett hälsoekonomiskt perspektiv: ett ökad användande av billigare antipsykotiska läkemedel skulle kunna leda till frigörande av resurser för att bättre behandla psykospatienter psykosocialt.

Svårigheter med allvarlig psykisk störning

Rätt psykiatrin representerades av Erik Söderberg, som problematiserade kring begreppet allvarlig psykisk störning, ett juridiskt begrepp som lämnar möjlighet till olika tolkningar. Han beskrev fängelseförbudet som föreligger om den allvarliga störningen förelåg vid brottets utförande, men också svårigheten som uppstår om patienten tillfrisknat vid tiden för domen (som i Flinkfallet).

Rätt psykiatrins organisation beskrevs; dess dubbla roll med både vårdansvar och samhällsskydd. Söderberg förordade större rätt psykiatriska enheter i stället för mindre. Han efterfrågade en nationell samordning för gemensamt program för omvårdnad, säkerhetsfrågor och missbruksvård. Psykiatrisamordnaren har föreslagit ett särskilt samordningsorgan för rätt psykiatrin. Söderberg betonade särskilt vikten av att rätt psykiatrin bör organiseras under SKL och inte under statlig styrning.

Under rubriken "Dubbel diagnos – gammal utmaning i ny skepnad?" föreläste Tom Palmstierna om behandling av missbruk. Olika evidensbaserade behandlingar presenterades. Palmstierna problematiserade kring det faktum att allt för få patienter idag kommer i fråga för evidensbaserade behandling av missbruk. Kunskapen om evidensbaserade metoder finns till stor del inom landstingsdrivna verksamheter, medan kommunerna till stor del står för den bedrivna missbruksbehandlingen. Behovet av kunskapsöverföring betonades, liksom vikten av integrerad psykiatrisk behandling, med adekvata parallella insatser från olika delar av missbruksvården, psykiatrin och socialtjänsten. Palmstierna föreslog avtalade vårdavtal mellan dessa verksamheter, och lyfte fram en fungerande modell i Småland.

"Allt för få patienter idag kommer i fråga för evidensbaserad behandling av missbruk"



Riksdagsledamot Finn Bengtsson (m)

Livlig debatt

Landsortens speciella problematik lyftes fram av Olle Hollertz, som också berättade om neuropsykiatriska störningar. Han betonade vikten av ökad kunskap om detta inom vuxenpsykiatrin. Barnpsykiatrin har ju länge haft denna, och patienterna behöver ju behandling när de efter arton års ålder går vidare till vuxenpsykiatrin. Många höjde på ögonbrynen inför det faktum att det i en del svenska städer inte finns psykiatriker som kan, eller har licens, för att skriva ut centralstimulerande farmaka. Detta föranledde livlig debatt.

Patientperspektivet lyftes fram av Anna-Maria Lundberg från föreningen Balans och dess tidigare ordförande Torsten Kind-



Professor Rolf Adolfsson

ström, som också berättade om anhörigas utsatta situation. Både positiva och negativa erfarenheter beskrevs. Någon ledamot undrade hur det kommer sig att psykiatrin, mer eller mindre alltid, behandlar folk så nedlåtande och illa att de aldrig vill dit igen? Frågan modifierades med att många faktiskt har väldigt positiva erfarenheter av arbetet som görs.

Patientföreningen beskrev en närmast ohållbar situation i slutenvården. Denna är numera så neddragen och överbelastad att människor inte vill, eller vågar, lägga in sig på sjukhus. Just kvinnors utsatta position lyftes fram. Kraftigare, och bestående satsningar efterlystes.

Mer dokumentation

Anders Milton sammanfattade dragningarna och efterfrågade mer dokumentation och resultat av framför allt det socialpsykiatriska arbetet. Han uppfattar detta särskilt angeläget, eftersom patienternas liv till så stor del påverkas av de insatser som görs från kommunen. Milton efterfrågade insatser för att öka kunskapen om den praktiska betydelsen av neuropsykologisk funktionsnedsättning, för att mer ändamålsenligt hjälpa patienterna kompensera för detta.

Vidare betonade Milton åter vikten av ökad samverkan mellan kommun och landsting. Tidigare, före psykiatrireformen, stod ju landstingen för både sjukvård och sysselsättning. Svårigheterna med uppdelning av detta mellan olika huvudmän beskrevs, och vikten att politikerna aktivt arbetar med denna fråga. Miltonutredningen föreslår bland annat ökad samverkan med brukarorganisationer och att lagstiftaren bör inrätta medel för ett nationellt institut för kunskapsöverföring av evidensbaserade metoder.

Dagen avslutades med en paneldiskussion. Ledamöterna undrade om "självmedicinering" med alkohol verkligen finns, eller om det är en myt? Man undrade om fungerande samverkan finns någonstans i världen? Milton nämnde Trieste i Italien, där man är nöjda med sin psykiatri. Dock nämndes svårigheterna att förmedla detta till övriga delar av Italien. Andra frågor som berördes var sjukskrivningarna och motståndet vid införandet av ny kunskap. Inte minst vikten av att representanter för professionen bemöter olika former av skrämselfpropaganda, som ofta förs fram i media.

Hans-Peter Mofors

Sekreterare i SPF

"Äh jag gick för nära"

En av mina allra bästa vänner kan illustrera ett fenomen som vi nog alla stöter på.

Han hade gått emot en känt våldsam patient i ett ärende som jag inte minns, men i alla fall hade han genom detta på något sätt provocerat patienten. Det visste han själv. Ändå blev han helt överrumplad när den danska skallen kom. Jag glömmer aldrig vad han ganska eftertänksamt, nästan glatt, konstaterade på sin norrländska efter att ha fått näsbenet brutet.

"Äh, jag gick för nära!"

En reaktion som inte alla skulle fått. Per Linqvist problematiserar i tidningen vår allt vanligare benägenhet att polisanmäla patienter. Jag är absolut av uppfattningen att detta skall göras i allvarliga fall och egentligen borde min kollega ha gjort det då han fick näsbenet brutet. Samtidigt illustrerar han genom sin attityd i frågan

"I sådana lägen och med den typen av problem som många av våra patienter lider av bör man ställa höga krav på sin förmåga att läsa av situationer"

det som ju kanske ändå borde vara självklart. Vi hjälper personer som inte mår psykiskt bra. I sådana lägen och med den typ av problem som många av våra patienter lider av bör man ställa höga krav på sin egen förmåga att läsa av situationer. Och min kollega ansåg själv att han borde ha backat un-

dan. Alltså ingen polisanmälan.

Det gör honom i någon mening ovanlig. För problemet brukar vara det motsatta. Nämligen att personalen istället för att se sin egen del i våldsincidenterna som uppkommer förvandlas till plitlar.

Personalberoende

Vi har på Stockholms läns psykiatriska akutmottagning länge arbetat för att minimera våldsincidenterna. Trots det förekommer naturligtvis situationer där patienter blir våldsamma. Det är då uppenbart att många av händelserna är personalberoende. Vi hade för några år sedan en mentalskötare på avdelningen som själv var oerhört rädd. Något som gjorde att hon var överuppmärksam på när någon patient började bli agiterad. Genom sin rädsla lyckades hon också skrämma upp övrig personal vilket i sin tur ledde till ett större antal bältesläggningar.

Ett rejält avstånd när man berättar något som den våldsbenägne patienten inte vill höra räcker i de allra flesta fall utmärkt i kombination med en vänlig ton. Jag fick en gång en örfil av en för mig då okänd patient som jag passerade i korridoren. Den typen av händelser är svåra att skydda sig mot, men det hör ju andra sidan knappast till vanligheterna. Om man inte provocerar människor (vilket man ju tyvärr som psykiater i bland måste göra) så är vårt yrke knappast riskfyllt ur den synvinkeln. Och måste man provocera bör man följa min kompis råd:

"Stå inte för nära"

David Eberhard



Symtom på remission.

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 honom innan depressionen fick fäste; att han 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 från depressionen

Cymbalta[®] (duloxetine). N6AX21. 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, 246,50 kr, 60 mg x 28, 376 kr och 60 mg x 98, 1198,50 kr. Cymbalta ingår i läkemedelsförmånen. Datum för översyn av produktresumén: 2007-08-28. För mer information, 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.

Att vara AT-läkare inom psykiatri

Det finns många orsaker till att tjänstgöringen i psykiatri skiljer sig från resten av placeringarna under allmäntjänstgöringen. Att ta steget från att behandla ett brutet ben till att bedöma om en person kommer att ta sitt liv eller ej, är inte lätt.

Läkarens roll gentemot resten av personalen, som inom andra specialiteter kan kännas självskriven, kan upplevas som ifrågasatt inom psykiatri. Steget från självständig läkare på akuten till osäker och ifrågasatt läkare på en psykiatrisk mottagning kan kännas tungt i början.

Första dagen som AT-läkare på den psykiatriska mottagningen fick jag höra av en mentalskötare att ett självmord hade inträffat efter att en AT-läkare hade bedömt en patient. Tankarna rusade i huvudet: Kommer det här att hända mig under min tid inom psykiatri? Varför jag får höra detta under min första dag?

Min upplevelse av det psykiatriska samtalet var att frågan om självmord förekom mycket ofta. Det kändes orimligt att tillkalla en specialist varje gång man hade diskuterat frågan med en patient. Som underläkare tog jag därför på mig mer ansvar än jag kände mig bekväm med. Jag och mina kollegor hade till och från mycket ångest och tankar när arbetsdagen var slut. Det blev många diskussioner med AT-kollegorna för att klara av detta ansvar.

Efter några veckor inom psykiatri började jag känna mig lite varmare i kläderna. Jag hade bekantat mig med de vanligaste läkemedlen, de vanligaste sökersakerna och lärt känna personalen. Fortfarande kände jag att jag inte alltid fick göra egna bedömningar av patienterna. Anledningen var att jag som läkare aldrig var primär kontakt för patienten. Grundkontakten sköttes av en annan behandlare som inte är läkare. Som läkare träffade jag patienten när detta önskades av pa-

tientens behandlingsansvariga person. Samtidigt kvarstod ansvaret för den medicinska behandlingen. Jag fick skriva recept och ta ansvar men inte alltid göra en egen bedömning utan fick lita till medarbetarens erfarenhet och bedömningsförmåga.



Som underläkare är man inte van att träffa aggressiva patienter

Aggressiva patienter

Något som man inte är van att möta som underläkare är aggressiva patienter. Jag tror att de flesta underläkare någon gång känt sig hotade av en patient. En van psykiater kanske inte hade upplevt samma sak i samma situation men för en oerfaren person kan läget upplevas på ett annat sätt. När man talat med kolleger om att man känner sig hotad har flera av mina AT-kolleger berättat att de blivit bemötta av annan personal med ett skratt. Samma sak har hänt när man bett om en larmknapp. Personalen har då försäkrat underläkaren att det inte finns något behov av det.

Det viktigaste man som psykiater kan ta med sig av en underläkares upplevelser är vikten av stöd och handledning. Frågorna som diskuteras inom psykiatri är personliga och har existentiell karaktär. Många tankar och känslor uppkommer i kontakten med patienterna och det finns ett behov för bearbetning och stöd. Det här är kanske ännu viktigare inom psykiatri än inom andra specialiteter. En förståelse för att vi som underläkare ser saker annorlunda är också viktig. Glöm inte själva hur ni kände er första veckorna inom psykiatri. Det är en ny värld som öppnar sig.

Cecilia Merk

AT-läkare Södersjukhuset

"Glöm inte hur ni själva kände er första veckorna inom psykiatri"

En kväll med Johan Cullberg

Johan Cullberg har under året givit ut sina memoarer med titeln *Mitt psykiatriska liv*. För att fira utgivningen inbjöd Natur & Kultur tillsammans med Ersta Sköndal Högskola, där Cullberg är verksam som gästprofessor, till en afton med kortföreläsning den 3 oktober. Evenemanget som kallades "Den spännande psykiatrin" och hölls på Ersta Sköndal hade som syfte att spegla psykiatrins bredd och djup. Detta innebar att föreläsningen spände över ett vitt fält, från PET till poesi. Programmet följdes av mingel med förtäring.

Efter några hälsningsord av Johan Cullberg inledde Lars Farde med ett föreläsning med den utmanande titeln "Själ och ande i hjärnan". Lars Farde är professor i psykiatri vid Karolinska Institutet och dessutom chefsforskare inom neurovetenskap vid AstraZeneca. I inledningen av föreläsningen berättade han om hur svensk forskning med positronemissionstomografi (PET) varit banbrytande när det gäller att identifiera principer för optimal behandling med antipsykotiska läkemedel. Låga doser och monoterapi är hörnstenar för att uppnå goda behandlingsresultat utan onödiga biverkningar. Lars Farde passade i detta sammanhang på att nämna att PET-resultaten i flera avseenden var i samklang med synpunkter som i många år framförts av patientorganisationerna.

Därefter övergick han till att berätta om hur PET-teknik används för att påvisa samband mellan markörer för hjärnans biokemi och högre hjärnfunktioner såsom personlighetsdrag och kognitiva funktioner. Förenklat kan hjärnbildningsteknikerna ses som en viktig länk i den forskning som strävar att förstå samband mellan arv, miljö och beteende. För att anknyta till föreläsningens titel berättade Lars Farde slutligen om forskning kring samband mellan serotonin-systemet och andlighet. I en studie vid Karolinska Institutet kunde man visa

att personer som har gott om serotonin-1A-receptorer i sin hjärna är benägna att ha en reduktionistisk världsbild medan de som har få receptorer tenderar att vara öppna för en utömsinnlig verklighet.

Anne Stefenson är psykiater och psykoanalytiker, samt studie- rektor för blivande specialister i allmän psykiatri vid Psykiatri Södra i Stockholm. I föreläsningen "Självmodet – den stora utmaningen" poängterade hon vikten av ett tvärdisciplinärt seende vid mötet med den självmordsnära patienten. Dessutom krävs att man försöker leva sig in i sin patients subjektiva värld av innebörder och föreställningar. Detta subjektiva perspektiv handlar om omätbara kvaliteter som inte låter sig fångas av vanliga naturvetenskapliga metoder utan kanske bäst kan kommuniceras genom den enskilda fallbeskrivningen. Som exempel användes en scen ur filmen *Timmarna*, där gestaltningen av en förtärad dialog mellan den

"Dessutom krävs att man försöker leva sig in i patientens subjektiva värld av innebörder och föreställningar"
Anne Stefenson



Professor Johan Cullberg hälsade välkommen till en bred afton

brittiska författarinnan Virginia Woolf och hennes man visade på både vikten av, och svårigheterna kring, att ta till vara det subjektiva perspektivet, för såväl medmänniska som psykiater. Virginia Woolf drabbades av flera svåra perioder av psykisk sjukdom och gjorde flera självmordsförsök fram till dess att hon till sist tog sitt liv vid 59 års ålder. Att patienten har tolkningsföretade när det gäller det egna livet, menar Anne Stefenson är en oomtvistad princip, men den nödvändiga dialogens förutsättningar i form av tid

och kontinuitet saknas ofta i dagens psykiatri. Föreläsningen avslutades med orden "Psykiatrin är en medicinsk disciplin djupt försänkt i humanistisk kunskap, i humaniora och det enskilda fallet. Så blir psykiatrin spännande. Det ligger inte så lite möjligheter framöver i att integrera synsätt och bygga broar, vars fundament redan sett dagen. Men då måste omätbara kvaliteter och värden tas till vara lika väl som de mätbara."

Vad gör långvarig psykos med tänkandet?

Nästa talare var psykiatern och psykoanalytikern Daniel Frydman, verksam som medicinskt ansvarig överläkare vid Psykiatri Södra i Stockholm. Han berättade i föreläsningen "Nelly Sachs –

"PET-resultaten är i flera avseenden i samklang med synpunkter som i många år framförts av patientorganisationer"

"Daniel Frydman beskrev vad en långvarig psykosjukdom gör med tänkandet och reflekterade över det ovanliga att hela diktverk kan produceras under sådana omständigheter"

rektisk i några månader. En ny period av mutism inträffade i samband med ett förhör med en gestapoman. Till sin 15-årsdag hade hon fått Gösta Berlings saga i present, en bok som fängslade henne så mycket att hon började brevväxla med Selma Lagerlöf. Det var bl.a. denna anknytning som möjliggjorde för henne och hennes mor att i maj 1940 bosätta sig i Sverige. De lämnade Tyskland med pass och visum, och hörde därmed till de sista judarna som kunde göra detta på laglig väg. Nelly Sachs hade börjat skriva redan i hemlandet men det var i Sverige diktandet tog fart. Efterhand blev hon allt mer misstrogen mot omvärlden och började uppleva att en nazist-spiritistliga förföljde och plågade henne. 1960 vårdades hon en tid inom psykiatri på Södersjukhuset och Beckomberga sjukhus i Stockholm, där hon behandlades med farmaka och ECT. Nelly Sachs erhölet Nobelpriset 1966.

Daniel Frydman beskrev vad en långvarig psykosjukdom gör med tänkandet, och reflekterade över det ovanliga i att hela diktverk kan produceras under sådana omständigheter. Framställningen illustrerades med ett par av Nelly Sachs dikter.

Christoffer Rahm, ST-läkare i psykiatri vid Psykiatri Sydväst, Stockholm, presenterade i föredraget "Att vara ung psykiater i dag" sina tankar om psykiatri. Hela hans tal presenteras i tidningen som debattartikel

Fascination för psykosomatiken

Programmet avslutades med Johan Cullbergs "Eftertankar vid memoarskrivande". Han berättade att han först när han lämnat sitt vanliga läkarjobb kunde skriva sina memoarer med nödvändig öppenhet och så litet censur som möjligt. Boken inleds med bilder från barndomen för att övergå till att beskriva psykiatrins utveckling under 50 år. Samtidigt är boken en undersökning om varför han valde att bli psykiater.

I sitt föredrag talade Johan Cullberg även om sin fascination för psykosomatiken och förhoppningar om vad den pågående kunskapsutvecklingen kommer att innebära för våra kliniska teorier. Hans hopp är att den nya hjärnforskningen kommer att medföra att utbildningsinstitutionerna känner krav att utbilda psykiatrerna även i sådant som samtalsmetodik, personlighetsutveckling och sociologi. "Psyki-

en poets användande av den psykotiska erfarenheten" om denna nobelpristagares liv, diktande och sjukdom. Nelly Sachs föddes i Berlin 1891 i en judisk familj. Hennes barndom och uppväxt präglades av ensamhet. Efter en ungdomserfarenhet av sexualitet (på något okänt sätt) var hon mutistisk och ano-

atrin måste och ska stå på båda benen, det medicinska och det humanvetenskapliga, annars blir den låghalt och förlorar sin själ". Genom att berätta om psykiatrins bredd och djup hoppas Johan Cullberg att vi kan få tillbaka entusiasmen för denna specialitet hos unga läkare.

Tove Gunnarsson

SPs redaktion

Gemensam rekryteringssatsning i norr

Landstingen i Norrland har beslutat sig för att samarbeta kring att öka rekryteringen av ST-läkare till psykiatri. En av strategierna för detta är att förbättra ST-utbildningen med målet att bli bland de bästa i landet.

Initiativtagare är Carl-Gustaf Olofsson, ÖL på psykiatriska kliniken i Skellefteå. Han kallade i augusti till ett möte kring rekrytering och ST-utbildning som besöktes av norra regionens studierektorer och personalansvariga samt ett par ST-läkare. Dessutom medverkade Ing-Marie Wieselgren från SKL, Raffaella Björk, studierektor på KS samt Stefan Bergström, PR-ansvarig för Norrbottens psykiatri.

Det var ett intressant och inspirerande möte med utbyte av tankar och strategier för framtiden. Mötet resulterade i en agenda för det närmaste året och en styrgrupp. Satsningen går till stor del ut på att öka kontaktytorna och interaktionen mellan ST-läkare och handledare på de olika Norrlandsklinikerna. I det innefattas bl.a. regionala skilnande kurser en gång per termin, gemensam konferensresa en gång per år, aktiviteter på läkarstämman, regional introduktionskurs i psykiatri våren -08 (Umeå), nätverk för handledare och regelbundna träffar samt en egen handledarutbildning för psykiatriker.

En administrativ tjänst som finansieras gemensamt har också inrättats. Dess första uppgift blir att besöka Norrlands ST-läkare på plats och upprätta ett kartotek och ett kontaktforum.

Utöver detta var alla rörande överens om att bästa sättet att få fler unga kollegor intresserade av vår spännande specialitet är att lägga krut på att förbättra AT-utbildningen och undervisningsklimatet på respektive kliniker. Förhoppningen är att rekryteringssatsningen kan alstra lust och energi att prioritera utbildning och undervisning på alla nivåer!

Lisa Eriksson

ST-läkare i psykiatri i Östersund

Jämtlands representant i styrgruppen för rekrytering



Lars Farde och SPFs ordförande Christina Spjut

Först kommer käket, sen kommer moralen

Psykiatrin har alltid varit en specialitet som fungerat genom en korseld av olika idéer och krav, olika teorier om den psykiska hälsans orsaker och olika teorier om vad som påverkar tillfrisknande eller funktion. I detta spänningsfält mellan olika uppfattningar om vad som är rätt och vad som är fel metod eller idé har den psykiatriska verksamheten vuxit och utvecklats. Det var ett fruktsamt sekel vi lämnade för sju år sedan, olika skolor har kommit och ersatt varandra, somliga behandlingar har kunnat stanna kvar och andra blivit historia. Frågan om vilken som är den rätta vägen är väldigt aktuell nu igen, om det finns en "den rätta vägen" eller inte kan man ställa, men debattens vågor går höga. Är det till nytta för psykiatin eller hör det också till psykiatrins risker att det klimat som nu råder påverkar det psykiatriska arbetet? En frågeställning som är aktuell nu är den om hur den ekonomiska styrningen påverkar vårdens innehåll och dessutom hur styrningen påverkar vårdgivarnas inställning till patienterna.

Det finns diskussioner som lett till irrelevanta slutsatser om att allt hittillsvarande arbete varit felaktigt eller dåligt för att samtidens definition av styrkta forskningsrön skiljer sig från tidigare periods definition. Vi har nu diskussioner om att alla "förlegade" metoder skall bort och ersättas av dem som nu anses vara styrkta. Under de år som psykiatin varit en autonom specialitet har förändringarna i klinisk verksamhet styrts av intresse för nya metoder där somliga "naturligt" konkurrerat ut andra.

Som exempel kan pekas på när neuroleptika ledde till att våldssamma psykotiska symtom mildrades, något som hände samtidigt som en process mot stängning av mentalsjukhus pågick. I efterhand har det sett ut som att det var ett kausalsamband, "eftersom neuroleptika gjorde psykotiska människor lugnare behövdes inte mentalsjukhusen mer" är en beskrivning av två processer som var samtidiga men inte hade någon direkt koppling – åtminstone

inte till en början. Incitamentet till en förändring av vårdformerna var snarast ekonomiskt.

Ett annat exempel på hur ekonomiska sammanhang kom att påverka vårdens utformning var den utveckling mot socialpsykiatri som för ett par sekel sedan ägde rum på olika håll runtom i världen.

"De ekonomiska och vårdteoretiska skälen till utveckling går ofta parallellt"

Ett av motiven till en förändring av vården var att det fanns för lite pengar för att upprätthålla den då rådande vården. Det fanns tecken som tydde på att lång slutenvård förhindrade tillfrisknande och det fanns samtidigt ett behov för de patienter som tidigare varit inlåsta på sjukhus att få hjälp på ett nytt sätt. Den ekonomis-



Pengar står ivägen för moralen?

ka bristen kom då att leda till ett breddande av kontaktytor mellan olika sektorer av samhället, samlingslokaler tillhöriga olika organisationer kom att brukas av psykiatin tillsammans med patienterna, sammanhang som redan fanns användes istället för att man skulle inrätta nya liknande inom psykiatin om behov fanns. Denna process ägde rum samtidigt som det fanns en politisk rörelse som hade socialistiska eller frihetliga riktningar. I efterhand kom det att kunna se ut som att den socialpsykiatriska rörelsen hade strikt politiska – antipsykiatriska – ambitioner men det kan också ses som att det inte var ett kausalsamband utan att det var samtidiga processer som gav varandra näring. Förutsättningen för förändringen var här alltså också snarast ekonomisk.

Olönsam för verksamheten?

De diskussioner som pågår i vår samtid om vilka behandlingsmetoder som är verksamma och på vilket sätt man skall bevisa detta, sker också samtidigt med en ekonomisk förändring i Sverige. Vissa behandlingar borde, om praktiserade enligt de manualer som använts vid studier, leda till kortare vårdtider och större hälsa för fler människor. Om det stämmer skulle det bli billigare för samhället och också leda till större lycka. Denna process äger rum samtidigt som det införs ekonomiska styrmedel för vårdarbetet som gör patienter med svåra tillstånd mindre lönsamma att behandla än patienter som är förhållandevis friska och behöver förhållandevis lite vårdinsatser. På sina håll införs ersättningssystem strikt efter pro-

duktion – som om arbetet med människors hälsa kunde liknas vid en produktionsindustri. Den som mår för dåligt eller inte klarar av den erbjudna evidensbaserade korta behandlingen kommer då per definition att kunna betraktas som olönsam för verksamheten eftersom den patienten inte kommer att dra nytta av den behandling som är föreskriven. Motivet till en förändring har återigen haft ekonomiska förtecken.

De ekonomiska och de vårdteoretiska skälen till utveckling går ofta parallellt. Inte förrän det finns ekonomiska omständigheter som möjliggör uppkomsten av en förändring i teknik kommer den tekniken att kunna införas i tillräcklig utsträckning för att det skall få ett genomslag. De ekonomiska ramar som en verksamhet har kommer att sätta gränsen för vad som kan göras och just nu finns många förändringar som kan vara värdefulla att uppmärksamma.

Rörelsen mot att föreskriva endast evidensbaserade metoder utifrån en viss definition har pågått en längre tid. Med snävare ekonomiska ramar kommer allt fler metoder med lång erfarenhet anses som allt mindre intressanta för beställaren eftersom många metoder kan antas fungera i klinisk vardag men saknar studieupplägg som ger starkt evidens. Risken är, som sagts många gånger, att man slänger ut barnet med badvattnet, det finns så många patienter som inte tillgodosör sig specificerade metoder utan som behöver något annat. Kanske att dessa patienter är just de som brukar återfinnas i psykiatri, den som har ett isolerat tillstånd som t.ex. kan dra nytta av en Internetbaserad behandlingsmetod kanske inte är den patienten som skall vårdas inom psykiatri utan snarare inom primärvården?

Ersättning utifrån produktion

En större risk inom psykiatri just nu är att många verksamheter just på grund av en ekonomisk styrning av verksamheterna kommer

att få ersättning just utifrån produktion. Faran med detta är stor eftersom vi som arbetar hittills har haft att ta ställning till patientens vårdbehov och utifrån detta behov tänkt kring behandlingar. Som det nu riskerar att bli, kan vi istället vara tvungna att i alltför stor utsträckning ta hänsyn till de kostnader som patienten kan komma att utsätta verksamheten för.

Det kan komma att finnas många patienter som, med framtida tänkta ekonomiska styrsystem, blir direkt olönsamma för att produktionen blir för dålig. Produktionsmått handlar om genomflöde, patienten kommer in i vården, behandlas och går ut från vården. Ju kortare processen är desto fler patienter kommer att kunna hanteras i systemet och ju mer produceras. Nästan friska personer med definierade problem eller tillstånd kommer att vara klart mer intressanta att vårda än de patienter som

har komplexa svårigheter eller som lider av något som inte går att behandla i enlighet med de definierade behandlingsmodellerna.

De som arbetar med psykiatri kan ha många olika teoretiska infallsvinklar, något som genom alla tider, som redan sagts, lett till konflikter som har med behandling att göra. De allra flesta som arbetar med psykiatri delar nog ändå en bild av vården där patientens bästa står i fokus, det är medlen som vi tyckt olika om. I den situation av förändring som vi nu står inför – den initierades innan det senaste valet – riskerar vi alla att förlora möjligheten att se till patientens bästa för att de som beställer vården inte förstår att vi arbetar med ett mänskligt material och inte i en ren produktionsindustri. Vi riskerar att, inför det ekonomiska vinsttänkandet, förlora möjligheten att se till våra patienters bästa för att det inte är till vår verksamhets bästa. Det är möjligen en alltför pessimistisk läsning av de krav som vi kan stå inför men risken för denna kantring finns och det är viktigt att vi alla är uppmärksamma på frågan och för tillbaka den till våra chefer och till våra politiker när vi tangerar gränsen för vårt mänskliga åtagande.

Daniel Frydman

SKRIV TILL
OSS

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2007 - 2008

NUMMER 1 2008

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

NUMMER 2 2008

Etik
(innehållsansvarig ej bestämd)
Deadline 20 april 2008

NUMMER 3 2008

Själshjälp utanför psykiatri
(innehållsansvarig ej bestämd)
Deadline 20 juni 2008

NUMMER 4 2008

Vart är vi på väg?
(innehållsansvarig ej bestämd)
Deadline 20 oktober 2008

Skriv i Svensk Psykiatri

Nästa nummer handlar om Psykiatrin i media. Det är ett ämne som borde engagera de flesta av kollegorna. Stämmer det som står i tidningarna? Hur ska man hantera media? Varför är psykiatri så intressant för allmänheten? Det är bara några exempel på frågor som ni gärna får skriva om.

Tidningen har haft många teman och det gläder mig oerhört att flera av de saker som vi tagit upp för-
anlett debatt. I detta nummer har vi en fortsatt debatt om psykoterapi (den kommer säkert följa med
i all oändlighet). Vi har också tagit upp frågan om ungdomsvåldet. Stämmer det överhuvudtaget att
det är mer våld i samhället? Är det inte en mediamyt? Hur ska man hantera våldsamma ungdomar?
Bör de psykiatriska föreningarna agera?

Och vad är psykiatri? Är det ett problem att det är en medicinsk specialitet eller är det faktiskt ett
större problem att det fortfarande är ideologier som inte går att falsifiera som ligger och pyr och sen
flammar upp trots icke visad vetenskaplig effekt.

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se. Skriv bara rakt upp och ner i word utan formatteringar.
Glöm inte skriva under i texten vem som skrivit och vilken titel du har. Skicka gärna med bild också.
Den ska då vara i ett format som kan bearbetas i Photoshop (jpg, tif, eps). Det går inte att skicka
bilder inklistrade i wordfiler. Det går annars utmärkt att skicka en bild med snigelpost. Skriv då att
det finns bild så berättar jag vart ni ska skicka den.

Sista materialdag för nästa nummer är 20 januari.
God jul och gott nytt år!

SPFs program på Riksstämman

Onsdag 28 november

Mingel med medlemmar i SPF:s styrelse och re-
daktionsmedlemmar: kl 9.00 – 10.00

PET i forskningen: 10.00 – 12.00

Industrisymposium

Moderator: Lars Farde

Depression – hur påverkas funktion, livskvalitet,
hälsoekonomi: 12.00 – 14.00

Industrisymposium

Moderator: Jan Wålinder

Internetförmiddag psykoterapi: kl 14.00 – 16.00

Sektionssymposium

Moderator Nils Lindefors

Psykofysiologi och suicid: kl 16.00 – 16.30

Fritt föredrag Thorell

Webbkurs.

Psykiatrisk tvångsvård – en självstudiekurs: 16.30
– 17.00

Fritt föredrag Allgulander

Torsdag 29 november

xxx

Industrisymposium

Moderator Christina Spjut

ADHD och autism Nationella psykiatrisamordnings
vägledningsdokument: kl 10.30 – 12.00

Riksstämmesymposium

Moderator Björn Kadesjö

Metabola problem vid schizofreni kl 12.30 – 14.30

Industrisymposium

Moderator Rolf Adolfsson

Samsjuklighet bipolär sjuksom och ADHD kl 14.30
– 16.30

Sektionssymposium

Moderator Jan Wålinder

Psykiatrifondens stipendiater kl 16.30 – 17.30

Moderator

Göran Björling

Fredag 30 november

Riksät/Bipolär/Nya register? kl 08.30 – 10.00

Sektionssymposium

Moderator

Kristina Lange Carlsson

Psykiaterbrist – kan nya arbetssätt underlätta?
10.00 – 12.00

Moderator

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Postervandring kl 12.00 – 13.00

Hela vårt program på Riksstämman finns nu på
hemsidan www.svenskpsykiatri.se. Om du klickar
på rätt ställe så kan du läsa alla abstracten för
samtliga föredrag.

MIA STYRS AV INRE RÖSTER. MED RÄTT BEHANDLING KAN DU FÅ HENNE ATT LYSSNA TILL SIN EGEN.



Snabb lindring av positiva symtom³⁻⁵

Effektiv behandling av affektiva symtom⁶⁻⁹

Goda behandlingserfarenheter – på både kort och lång sikt¹⁰

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

Seroquel stabiliserar patienten under den akuta psykotiska episoden och erbjuder effektiv symtomlindring i sjukdomens övriga faser³⁻¹⁰.

Idag är Seroquel ett av de snabbast växande atypiska anti-psykotiska läkemedlen i världen¹¹.

SEROQUEL® – VID SCHIZOFRENI OCH BIPOLÄR MANI

 **Seroquel**
quetiapin

IDAG OCH IMORGON^{1,2}

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

1. Veta E et al. Curr Med Res Opin 2005;21(6):923-34. Sammanslagning av registreringsstudier vid akut manisk episod över 84 dagar. 2. Kasper S et al. Int Clin Psychopharmacol 2004;19:231-9. Öppen förlängningsstudie av fyra fas III studier vid schizofreni över fyra år. 3. Small JG et al. Curr Med Res Opin 2004;20:1017-23. 4. Buckley PF. Curr Med Res Opin 2004; 20:1357-63. 5. Tandon R. J Clin Psychopharmacol 2003;23(Suppl 1):S15-20. 6. AstraZeneca. Data on file S128 baserad på Borison PL et al. J Clin Psychopharmacol 1996;16(2): 158-69. 7. Small JG et al. Arch Gen Psychiatry 1997;54:549-57. 8. Anavitis LA et al. Biol Psychiatry 1997;42:233-46. 9. Redel M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255(6):432-7. 10. Arango C, Bobes J. Curr Med Res Opin 2004;20(16):1619-26 först presenterad i Simons WR. Persistence and Compliance Evaluation (PACCE): a US population-based analysis of persistency with initially prescribed anti-psychotics, vid College of Psychiatry and Neurologic Pharmacists 6th Annual Meeting, Charleston, USA, 1-4 maj 2004. 11. IMS Health, MIDAS, All Countries, Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004; IMS Health, MIDAS, European Countries (22 countries), Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004.

Seroquel®, 25 mg, 100 mg, 200 mg och 300 mg. Substans: quetiapin. Farmakologisk grupp: ND5A H04. Indikation: Behandling av schizofreni och behandling av maniska episoder av måttlig till allvarlig svårighetsgrad (bipolär sjukdom). Det har inte visats att Seroquel förhindrar återfall av maniska eller depressiva episoder. Dosering/administrering: 2 gånger dagligen, med eller utan mat. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, sömnlöshet och huvudvärk. För mer information se www.fass.se.

Suicid bland läkare –ett arbetsmiljöproblem?

Dödsannonsen innehöll i stället för ett kors bilden av ett stetoskop. Vi visste att läkarkarriären var viktig för henne, men också att flera år av problem hade föregått självmordet. Mindes hennes säkra uppträdande i det tidigare yrket på sjukhuset, hur många av oss läkare på sjukhuset uppmuntrat henne att börja läsa medicin, vilket var ett stort steg med den bakgrund hon hade. Jag drog mig snabbt till minnes några stimulerande möten när hon var läkarstuderande och några korta kontakter när hon gjorde AT och prövade på ett par olika ST-tjänster. Hade av hennes kollegor hört att hon fått alltmer migränbesvär och att det fanns misstankar om tilltagande självmedicinering. Anade att hon nyligen varit aktuell på en psykiatrisk klinik, ändå kändes suicidet naturligtvis mycket onödigt. Den första tanken var att vi undrade om inte historien kunde ha slutat helt annorlunda? Kanske skulle det inte ha hänt om hon hade fått mer stöd under sitt inträde i läkarbanan?

“Vi kan bistå varandra i att samtala om de svårigheter som finns under läkarbanan. Vi kan försöka känna igen när en kollega börjar svikta”

blemet har aktualitet vet vi från de rubriker som förra året fanns i dagspressen när man uppmärksammade en rapport om den bristfälliga arbetsmiljön på Karolinska sjukhuset (1). Var tredje läkare hade haft självmordstankar, särskilt kvinnliga läkare upplevde brister i arbetsmiljön.

Svenska studier

I en studie av ett material från 1960-talet såg man just att kvinnliga läkare tog sitt liv i högre utsträckning än andra akademiker (2). Man antog att detta kunde bero på att de for illa i en karriär präglad av mäns villkor. Studien visade också att när man jämförde olika specialister var det vanligare att kirurger tog sitt liv än att psykiatrer gjorde det. I nästa studie som beskrev åren 1961-1985 såg man att kvinnliga läkares suicidförekomst minskade (3). Fortfarande hade de dock högre antal suicid än förväntat. Men,

förekomsten var hög också bland andra yrkesgrupper i sjukvården. Den ofta hörda kommentaren i den kollegiala debatten att kvinnliga kirurger utgjorde en särskild riskgrupp var nog aldrig sann. Det fanns under tidiga år en mycket liten grupp kvinnliga kirurger och det representativa i enstaka suicid i gruppen övertolkades.

De färskare studier som finns, bl a från skiftet 1980 - 1990 talet handlade om unga läkares suicid. Författaren, som analyserat ett begränsat material byggt på dödsannonser i Läkartidningen, menade att det kunde ha med dåliga arbetsvillkor att göra (4). De senast uppmärksammade studierna gäller anestesilogers högre förekomst av suicid (5). Fortsatta försök att förstå handlade om att ST-läkare i anestesi upplever stora krav i sitt arbete, men ofta har bristfälligt stöd. Den första åtgärd man borde vidta är att försäkra unga läkare generösa möjligheter till stöd konstaterade man (6).

“Kvinnliga läkare gör också färre suicidförsök, men fler fullbordade suicid än andra kvinnor”

Kvinnliga läkare

Hur är de med könsskillnaderna när det gäller läkares suicid internationellt? Enligt en översikt har manliga läkare något högre risk än befolkningen i flertalet av de länder man studerat (7). Kvinnliga läkare har högre överrisk för suicid i samtliga studier utom en. Den sammantagna överrisken låg på 2,3, vilket var högre än den risk på 1,4 som kalkylerades för manliga läkare.

Hur kan man förstå detta? Samma författare menade att kvinnliga läkare har högre förekomst av alkoholism än andra kvinnor. Karriären som läkare är socialt konfliktfylld i olika avseenden. Hon hänvisar också till studier som anger att kvinnliga läkare är mer självkritiska och har en större benägenhet att känna skuld än manliga kollegor. Kvinnliga läkare gör också färre suicidförsök men fler fullbordade suicid än andra kvinnor. De har kunskaper och kan välja en metod som säkrare leder till döden (7).

Eva Schernhammers intresse för problemet härrör från en upplevelse som ung läkare. Några suicid inträffade på den klinik hon arbetade. Även om arbetsledningen vidtog en del försök för att förbättra arbetsvillkoren talade man aldrig öppet om vad som skett. Man gjorde inte heller något för att direkt förhindra ytterligare suicid. Kanske var det ämnets speciella laddning som gjorde att de preventiva insatserna var uddlösa: "No other clear safeguards were put into place" (8).

I en stor dansk registerstudie omfattande åren 1973-1992 undersöktes dödlighet i stort hos läkare (9). Man fann en lägre dödlighet i sjukdom som cancer. Men också här fann man ett högre

"Vidare såg man att kvinnliga läkare hade förhöjda tal av olycksfall och annan våldsam död"

höll en selektion av individer med särskilda personlighetsdrag som kunde predisponera för suicid.

Erica Frank som i flera studier undersökt kvinnliga läkares depressioner och suicid har förslag på hur man kan förstå problemet (10). Hon finner följande riskfaktorer hos de kvinnliga läkare som gjort suicidförsök.

- De är oftare ensamstående
- har tidigare obesitas/ätsstörning
- inga barn
- överkonsumerar alkohol
- har annan psykisk sjuklighet
- företer kronisk trötthet
- är överarbetade
- har vad hon kallar "career dissatisfaction"

Äldre läkare

Det finns från en forskargrupp i Oslo flera studier av läkares och andra yrkesgruppers arbetsvillkor och dödlighet. Under 1990-talet har suicidtalet för norska läkare minskat som för befolkningen, men fortfarande har läkare och övriga kvinnliga läkare förhöjda tal. I kontrast till tidigare nämnda studier har man pekat på förhöjda tal bland äldre läkare (över 60 år) (11). Även andra äldre akademiker visades ha högre dödlighet än befolkningen i stort. Yrkesgrupper som kvinnliga sjuksköterskor hade höga tal, poliser intermediära tal, medan teologer hade avsevärt lägre tal.

Bakgrundsfaktorer man från denna forskargrupp hänvisat till är dels att skilsmässor ofta föregått suiciden och att förekomsten av skilsmässor är hög hos läkare. Vidare att det stora antalet förgiftningssuicid vittnar om riskerna med självförskrivning av läkemedel. En fundering som återkommit i resonemangen är den belastning det inneburit att ha varit i minoritet för kvinnliga läkare. När nu läkaryrket har en mycket jämnare könsfördelning skulle de kvinnliga läkarnas situation förbättras och suicidförekomst sjunka.

De äldre läkarna tycktes alltså vara en sårbar grupp. Man spekulerar över om detta beror på att deras identitet är starkare präglad av yrkesrollen, att vara läkare, jämfört med äldre i andra yrken. När läkare pensioneras och inte längre har några krav på insatser kan de passiviseras. Från att ha varit resursstarka personer blir de patienter och behöver själva hjälp. En sänkt social status kan också vara en betydelsefull faktor.

Depression och missbruk

En finländsk studie på området kan nämnas. Lindeman applicerade en medicinsk modell på studiet av suicid hos läkare, ingenjörer och lärare under åren 1986-1993 (12). Läkare som suiciderade hade fler somatiska diagnoser än de båda andra yrkesgrupperna.

Kvinnliga läkare hade fler depressioner än manliga läkare. En minoritet av de deprimerade hade blivit intagna på sjukhus, fastän depression var den vanligaste bidragande orsaken till suicid i alla grupper som studerades. Missbruk och beroende var inte så ofta bidragande orsak, men fanns med som en faktor hos manliga läkare.

I denna studie återkommer man till idén att vissa personlighetsdrag kan leda till ökad förekomst av suicid. Man spekulerar över om personer med obsessivt-compulsiva personlighetsdrag ofta söker sig till läkaryrket. Det skulle kunna bidra till den ökade förekomsten av depressioner och suicid i gruppen. Drag av perfektionism och ett högt mått av prestationsbaserad självkänsla kan i sig bädda för upplevelsen av misslyckanden.

Psykisk sjuklighet är naturligtvis en grund för det stora flertalet av suicid i varje definierad grupp (13). De tillstånd av psykiatrisk sjukdom som är starkast relaterade till suicid är ju affektiv sjukdom, alkoholberoende, personlighetsstörning och schizofreni. En genomgripande psykotisk sjukdom med debut i 20-årsåldern medför svårigheter att genomföra en läkarutbildning och är därför inte något stort problem i läkarkåren, sannolikt gäller det samma för en allvarlig personlighetsstörning. Därmed återstår rimligtvis depressionernas och beroendetillstånden som mest relevanta i vår yrkesgrupp. Möjligen finns en rot till den psykiska ohälsan och suicidet redan tidigt. Vi har i några studier sett åtminstone att depressions- och ångestsymptom förekommer i relativt hög utsträckning bland läkarstuderande (14). Av 81 intervjuade läkarstuderande på tredje studieåret diagnosticerades så många som tio med alkoholmissbruk eller -beroende, och fem hade en pågående depression. Både män och kvinnor var representerade (15).

Frank menar att kvinnliga läkare i grunden bara har samma höga förekomst av depression som i befolkningen, och kanske vi ska anta att vi doktorer med en ökande numerär och en jämnare könsfördelning har alltmer gemensamt med populationen i stort.

Suicidprediktorer som tidiga förluster, familjeanamnes på suicid, aktuella sociala förluster ska naturligtvis uppmärksammas också för läkare. Vi är sårbara som andra och kanske skiljer oss framförallt genom att vår yrkesroll betonar styrka och osårbarhet. En central del av läkarrollen bygger på att "de andra" är svaga och behövande, och vi är de som ska bota och bistå. Uttryck för svaghet kan bli närmast oförenligt med läkarrollen, vilket kan göra det svårt att be om hjälp eller alls förmedla behov av stöd. Det är välkänt att läkare inte söker hjälp för psykiatriska (eller för den delen somatiska) lidanden enligt de gängse kanalerna, utan gärna begagnar självförskrivning eller ofullständig "korridorskonsultation" av kolleger (16). Detta avspeglar förmodligen såväl det nyss sagda, som svårigheten att, i synnerhet när det gäller psykiatrisk vård, finna vårdgivare som upplevs som säkra ur t ex sekretessynpunkt.

"Vi är sårbara som andra och kanske skiljer oss framförallt genom att vår yrkesroll betonar styrka och osårbarhet"

Psykiatrer

Att vi i vår specialitet skulle vara mer drabbade har ofta missänkts även om analyser på specialitetsnivå blir ofta för små för att

"Den nya form av händelseanalys med en mer ytlig bedömning av det inträffade suicidet på systemnivå kan förstärka problemen"

kunna värderas. Man har sagt att den t ex särskilda stress och de traumatiska upplevelser som finns av patienters suicid skulle vara ett skäl (13). Flera kollegor kan vittna om vilken tyngd det innebär att förlora en patient i suicid även för professionella (17). När vi utarbetat en metod för uppföljning efter suicid i vården är omsorgen om medarbetare

central (18). Dock är det säkert ibland så att läkaren i teamet inte får stöd för egen del, efter att ha sett till att övriga inblandade får hjälp att bearbeta det inträffade. Den nya form av händelseanalys med en mer ytlig bedömning av det inträffade suicidet på systemnivå har en inneboende struktur som kan förstärka problemen. Den ger en förenklad förklaring till att suicidet kunde inträffa, som ofta inte övertygar de inblandade och som inte ger möjlighet till bearbetning av de emotionellt belastande momenten.

Sammanfattning

Det är ju begripligt att skillnader finns med studiernas olika metodik, där man undersökt läkare i olika länder och sjukvårdssystem, under olika skeden av 1900-talets andra hälft. Det måste ge en varierad bild. Men från vår egen svenska horisont och som aktuellt idag kan följande grupper behöva uppmärksammas.

- Läkarestuderande
- ST-läkare i identitetsskapande skede
- höga krav och litet stöd
- Läkare med aktuell separation
- Läkare med psykiska problem
- Kvinnliga läkare med "dubbel arbetsbörda"
- Deslegitimerade läkare
- Äldre manliga läkare efter avslutad bana

Preventiva aspekter

Vad kan vi göra om vi ska minska förekomsten av suicid. Jo, vi kan försöka påverka situationer som ger ohälsa. Det handlar naturligtvis först om en förbättring av arbetsmiljön. Vi bör även försöka rucka på bilden av läkaren som osårbar! De senaste åren har stigmatisering som följer av psykisk sjukdom uppmärksammas inom psykiatrin, och det har gjorts pedagogiska och mediala insatser för att minska sådant stigma. Vi bör lära av detta och inse att det även handlar om oss själva. Det är viktigt att vi kan söka hjälp och att vi kan bli bättre på att uppmärksamma varandra. Likaså att varje läkare unnar sig möjligheten av att ha en egen läkare. Behandling vid depression och vid beroendeproblematik ska vara lätt tillgänglig för oss och kanske kan särskilda psykiatriska vårdenheter för läkare och annan sjukvårdspersonal underlätta detta.

Men kan vi göra något i tidigare stadier? Kan en mentor eller en kollegial grupp ha betydelse? Om vi går tillbaka till den unga kollega som beskrevs i inledningen vet vi inte. Men av de förslag som finns är detta en möjlighet även om inte vår sjukvårdorganisation eller tillsynsmyndigheten förstår betydelsen av att tillskapa

sådana system. Vi kan bistå varandra i att samtala om de svårigheter som finns under läkarbanan. Vi kan försöka känna igen när en kollega börjar svikta.

Bo Runesson

Docent/Överläkare

Marie Dahlin

Överläkare

Båda vid Norra Stockholms Psykiatri

Referenser:

1. Fridner A PB, Hansen N. Läkares hälsa och arbetsvillkor vid Karolinska Universitetssjukhuset. Stockholm; 2006 Juni 2006.
2. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. Acta Psychiatr Scand 1987;75(2):139-43.
3. Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1991;26(6):259-64.
4. Herner B. Hög självmordsfrekvens bland yngre läkare. Missförhållanden i arbetet bör kunna angripas. Lakartidningen. 1993;90(40):3449-52.
5. Svardsudd K, Wedel H, Gordh T, Jr. Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46(10):1187-95.
6. Larsson J, Rosenqvist U, Holmstrom I. Being a young and inexperienced trainee anesthetist: a phenomenological study on tough working conditions. Acta Anaesthesiol Scand. 2006;50(6):653-8.
7. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161(12):2295-302.
8. Schernhammer E. Taking Their Own Lives -- The High Rate of Physician Suicide 10.1056/NEJMp058014. N Engl J Med 2005;352(24):2473-2476.
9. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. Int J Epidemiol. 1999;28(3):456-60.
10. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. American Journal of Psychiatry 1999;156(12):1887-1894.
11. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. Psychol Med. 2005;35(6):873-80.
12. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? Psychol Med. 1997;27(5):1219-22.
13. Holmes V F RCL. Suicide among physicians. In: J BS, editor. Suicide over the life cycle. Washington DC & London, England: American Psychiatric Press; 1990. p. 599-618.
14. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Medical Education 2005;39(6):594-604.
15. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. BMC Med Educ. 2007;7:6.
16. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? Scand J Public Health. 2001;29(1):71-5.
17. Waern M. När patienten väljer döden. Suicid hos den egna patienten - ett trauma för läkaren. Lakartidningen. 2003;100(24):2140-3.
18. Schulman A. Psykologiskt stöd till personal på psykiatrisk vårdavdelning och retrospektiva genomgångar efter självmord. Nordisk Psykiatrisk Tidskrift 1991(45):337-343.

Kärlek på lasarett

Inom sjukvården råder en strikt asymmetri, patienten kommer till vården för att det finns något hon har svårigheter med som hon behöver hjälp med och vårdarbetarna tar emot och behandlar den som söker hjälp för sina besvär efter kunskap och förmåga, oavsett om det gäller kroppsliga eller själsliga besvär.

Den som vill ha hjälp måste kunna lämna ut sig till den som skall hjälpa, måste berätta om personliga frågor och utsätta sig för en intimitet som inte är normal i nästan några andra sammanhang utanför relationen till nära personer, som ett barn gentemot föräldrarna och som en vuxen person gentemot till exempel en kärlekspartner. Den intimitet som uppstår i en konsultation är ovanlig också för den som arbetar i vården men det är en stor skillnad mellan läkarens beredskap inför den och patientens. Läkaren antas vara van vid att den här sortens intimitet i förtroende och information uppstår i samband med undersökningen, patienten har mycket mindre av "skydd" mot den och mot de konsekvenser som kan finnas i form av känslor av beroende och närhet till den man talar med.

De förtroenden som ges och de berättelser om hur en människa mår som berättas väcker ibland ett engagemang som går bortom det förväntade och bortom det planerade. I en professionell situation ska vi kunna förvänta oss att man som läkare inte låter sig styras av ett personligt känslöengagemang, man skall göra sitt jobb och inte något annat.

Det har dock hänt mer än en gång att gränsen mellan den professionella distansen och en personlig intimitet brutits, ofta

är det frå-

gan om ett utnyttjande där den starkare parten genom den makt som finns i yrkesrollen drar nytta av den laddning som utvecklats. De flesta verksamheter har spärar i systemet som gör att sådana händelser, när de kommer till kännedom, leder till disciplinära åtgärder.

Bör välja att sluta arbeta

Det har också hänt, mindre vanligt, att en viktig relation utveck-

lats mellan en vårdare och en patient. Den kloke vårdaren drar då konsekvenserna av det skedda och bör välja att sluta arbeta på den arbetsplats där det skett, antingen för att patienten skall kunna ha kvar en vård som är bra eller för att arbetssituationen för den personal det gäller skall kunna vara dräglig. Situationen kommer att bli komplicerad i alla fall om en tidigare medarbetare nu kommer

till en avdelning eller en mottagning för att delta i ett familjemöte och då som anhörig till den sjuke.

Genom det senaste seklet har varningar höjts flera gånger för att den här sortens reaktioner och relationer är farligt nära att dyka upp om man inte är uppmärksam på risken. Vid det förra sekel-skiftet när psykoanalysen utvecklades kom detta problem att gestaltas genom en av fallbeskrivningarna i Sigmund Freuds och Joseph Breuers "studier i hysteri" och senare genom en teknisk text där alla andra relationer än den professionella mellan patienten och läkaren bannlyses. Det kan ses som en onödig uppmaning men med tanke på att det än idag inträffar ibland att sexuella relationer inleds så inses att uppmeningen på grund av den sexuella attraktionens effektiva förmåga att kullkasta förnuftet fortfarande är viktig att påminna om.

Behov av regelverk

Ett regelverk som också ser till att den här sortens överskridanden inte inträffar har det funnits behov av genom hela den psykiatriska historien, från psykoanalysens första tid och framåt. Alla som befunnit sig i ett samtal med en annan människa vet att det finns emotionella krafter som är starka och som ibland aktiveras, såväl

negativa som positiva känslor kan uppstå. De känslor som jag tror alltid i viss mån väcks i förhållande till patienten har ju hanterats på olika sätt genom tiderna. Bilden av om det är ovidkommande störningar som skall bortses från eller om det är informationsgivande material har varierat, oavsett om man kallar det motö-
verföring eller ej så har själva reaktionen, affekten, hanterats på olika sätt, från att se den som något man skall negligera till något som man skall lyssna till. Alltid ingår naturligtvis instruktionen att inte följa

impulsen. Kanske är det också delvis på grund av detta skäl som manualiserade behandlingar faktiskt är viktiga, de ger behandlaren en fast och tydlig ram att arbeta genom som också undanröjer risken för övertramp.

De situationer som jag mött under de år jag arbetat i psykiatrin har spänt över hela fältet, patienter som anmält en vårdare för övergrepp eller ett gränslöst beteende, patienter som varit gränslösa gentemot personal men också gentemot andra patienter. Även en anhörig som tidigare arbetat inom en verksamhet har dykt upp. Gemensamt för alla de fall jag känner till är att de blivit ordentligt uppmärksammade, den medarbetare som varit misstänkt för något gentemot en patient har blivit avstängd under tiden det hela utretts, uppsägning på eget initiativ där det varit en påbörjad kärleksrelation har också skett. Förhoppningsvis är de iakttagelserna exempel som är representativa för landet, det är svårt att samla in berättelser från kolleger om sådana situationer, de blir anekdotiska till sin karaktär, åtminstone delvis på grund av att det är så känsligt?

Daniel Frydman



Om kärlek skulle uppstå mellan dessa är det kanske inget problem. Det finns värre situationer

"Det är svårt att samla in berättelser från kollegor om sådana situationer, de blir anekdotiska, åtminstone delvis för att det är så känsligt"

Är psykiater ett riskyrke?

I mitteln av 1990-talet genomförde Arbetsmiljöinstitutet en undersökning som utöver vissa andra SACO-förbund även omfattade Läkarförbundets medlemmar. Det fanns olika utgångspunkter för denna studie, en var att se hur arbete med teknologi påverkade arbetsmiljön, eftersom det då nyligen hade inträffat ett uppmärksammat fall där en sjuksköterska hade fällt i HSAN efter en incident i samband med dialys. En annan aspekt var om det fanns risker för hot och våld som påverkade arbetsmiljön för vissa SACO-grupper. Det var i detta perspektiv som psykiater valdes ut. Andra specialiteter som fick besvara enkäten var internmedicinare och kirurger.

En av slutsatserna i enkäten var att psykiaterkåren i och för sig hade en ökad risk att möta hot och våld i sitt arbete, men att detta inte uppfattades som ett problem. Vid denna tidpunkt uppfattade också psykiatrikerna sin arbetsbelastningen som rimlig, medan exempelvis internmedicinare och kirurger uppgav mycket obetald övertid. Överlag uppfattade dessa specialiteter emellertid sin arbetssituation som bättre än psykiatrikerna skattade sin genom att de arbetade tillsammans med fler kollegor och att det i det dagliga

arbetet fanns gott om tillfällen att träffa andra kollegor. Avdelningsarbete, röntgenronder och gemensamma informationsmöten och utbildningar var exempel på sådana aktiviteter.

"Var tionde kvinnlig psykiater hade haft självmordstankar"

Psykiatrikerna arbetade ofta som ensamma läkare i öppenvårds-team eller på vårdavdelningar som innebar få eller inga kontakter med kollegor. Man arbetade utanför sjukhusen varför man inte heller träffade andra kollegor. Just att arbeta som ensam läkare uppgav många vara en orsak till stress. Beslut som gäller lagar (främst fråga om tvångsvård) var vanliga, liksom bedömningar av självmordsrisk. Eftersom förskrivning av läkemedel och sjukskrivning måste göras av läkare kom ofta andra personalkategorier till psykiatern med dessa patienter, för bedömningar och eventuella åtgärder. Att vara ensam om att fatta beslut och att inte ha kontakt med kollegor var alltså det som psykiater uppfattade som de största problemen med arbetsmiljön.

Mår läkare sämre i allmänhet och psykiater sämre i synnerhet?

Den refererade undersökningen är av äldre datum och det är svårt att av den dra några slutsatser om dagens arbetsmiljö och dess betydelse för hälsan. Det som i alla fall då var ett observandum var att var tionde kvinnlig psykiater hade haft självmordstankar. Detta var en siffra som inte var jämförbar med andra specialiteter, även om eventuell signifikans aldrig beräknades. Självmordsfrekvensen för kvinnliga läkare var högre vid denna tidpunkt, men koppling till specialitet medgav inte statistiken. Fortfarande finns ing-

en aktuell statistik från Sverige, men i undersökningar från både Norge och Danmark framkommer en högre självmordsfrekvens bland läkare. I en i dagspressen refererad arbetsmiljöundersökning från Karolinska Sjukhuset framkom att närmare var tredje läkare hade haft självmordstankar. Det verkar alltså som om det är vanligare nu med självmordstankar bland läkare än tidigare. Vad som också var värt att notera från tidigare arbetsmiljöundersökningar var att 30% av läkarna i allmänhet svarade bejakade frågor som att man efter arbetet var så trött att man inte orkade umgås med familj eller vänner. Min spontana fundering när vi bearbetade den undersökningen var; Hur många av dessa led av en depression? Ofta räcker vår kognitiva kapacitet till att fixa arbetet, men sedan är man så slut att många kollaberar i soffan med snabbmat och fjärrkontroll

"Det innebär att många läkare söker senare i sjukdomsförloppet vilket leder till problem vad gäller diagnos och behandling"

Egenvård eller ingen vård alls.

Det finns studier som visar att läkare söker snabbare än andra när det gäller tydliga kroppsliga symptom såsom exempelvis bröstsmärtor. Däremot har man vid intervju av norska läkare med kroppsliga sjukdomar noterat att det finns en påtaglig "patients delay" när det gäller att söka för mer diffusa kroppsliga symptom. Det innebär att många läkare söker senare i sjukdomsförloppet vilket leder till problem vad gäller diagnos och behandling. Frågan är om detta gäller även vid psykiatriska tillstånd? Några studier avseende detta finns inte heller i Sverige. Vad man vet ifrån Norge är att där sjukskriver läkare "den vanliga befolkningen" på det sätt som svenskarna sjukskrevs före utbrändhetsdiskussionen, nämligen huvudsakligen under kroppsliga diagnoser. Däremot sjukskriver norska läkare sig själv under depressionsdiagnos. En tolkning av detta är att man accepterar en psykiatrisk diagnos på sig själv, men tror inte att patienterna vill ha en sådan. Det innebär också att man är benägen att själv söka vård för psykiatriska problem och få behandling för dem. I Norge har man å andra sidan organiserat sjukvården för läkare på ett annat sätt, där norska läkare har tillgång till kollegor som är mer förtrogna med att behandla läkare ("Stötteleger" eller "lege-



Egenvård?

lege" läkare). Närmre 50% av de norska läkarna sökte sig helst till dessa behandlare och i synnerhet när det gäller frågor om "rus och psykiatri". Att notera var även att upp till 10% av de norska läkarna inte skulle söka vård alls.

Hur genomförs en korridorkonsultation om man är ensam i korridoren?

Vi vet huvudsakligen genom egna erfarenheter och anekdoter att en av de vanligaste formerna av behandling av läkare i Sverige

är så kallade korridorkonsultationer. Man haffar en kollega i korridoren och frågar om något symtom. Säkert har många interkollegiala diskussioner också stor betydelse för läkare när det gäller att söka vård eller att behandla sig själva. Hör man talas om en

"Man haffar en kollega i korridoren och frågar om några symptom"

kollega som blivit framgångsrikt behandlad för exempelvis en depression är det lättare att söka själv eller att själv skriva ut ett läkemedel åt sig själv. Men om nu psykiatern är en typisk ensamarbetare, vem ska han eller hon konsultera? Jag tror inte att en psykiaters eventuella ohälsa har sin grund i bristen på korridorkonsultationer, men att avsaknaden av kollegialt stöd för många är ett problem. Detta i synnerhet när arbetsbördan har ökat så påtagligt för psykiatrikerna. Jag tror också att en ensam och utsatt position kan vara just det som gör att man slutar en anställning och att det är därför som många kliniker hamnar under den "tröskelnivå" som gör den till en attraktiv arbetsplats.

God arbetsmiljö och tillgänglig hälsovård.

Att arbeta som psykiater skiljer sig från att arbeta inom många andra specialiteter genom att den psykiatriska vården är organiserad i så kallade team. Ofta befinner sig psykiatern i en utsatt position genom att vissa beslut måste tas av en läkare. Psykiatern har en ledande befattning utan att alltid ha motsvarande organisatoriska funktion. Det psykiatriska teamet är en av de få konstruktioner från 1970-talet som har överlevt i det nya millenniumet och frågan är om det finns andra skäl än de rent ideologiska till detta. Det psykiatriska teamet är i vilket fall underbemannat avseende psykiater och troligen också på yrkesgrupper såsom sjuksköterskor till vilka arbetsuppgifter som läkemedel kan delegeras.

Det finns troligen fler skäl än arbetsmiljön att se över denna arbetsform.

En annan slutsats är att det finns skäl att överväga om det borde finnas enheter för att behandla läkare och/eller annan sjukvårdspersonal på. Ett sätt att garantera att någon söker tidigt i ett sjukdomsförlopp är att garantera en god tillgänglighet till en vård som uppfattas som säker och kompetent. Det är en erfarenhet från min tidigare kliniska vardag på en Beroendeklinik att många intimala kontakter tas först på ett informellt plan. Dessvärre är de olika sjukvårdshuvudmännen rädda för sådana konstruktioner, männe av "rättviseskäl"?

Lars Håkan Nilsson

Psykiater

Varför tycker jag om att vara psykiater?

Att skriva varför man tycker om ett yrke eller en fritidssysselsättning riskerar alltid att bli till rena plattityder. Så egentligen tänker jag inte svara på frågan i rubriken

Men om man nu ändå ska försöka närma sig en sådan fråga tror jag att det bästa sättet att svara ligger i varför man valt bort andra möjliga yrken.

Jag kunde inte tänka mig att bli ortoped eftersom jag tidigt under min AT-tid la märke till att specialisterna gjorde samma typ av operationer varje dag.

Jag kunde inte tänka mig att bli kirurg av samma skäl. Jag kunde inte tänka mig att bli internmedicinare eftersom allt var reglerat i pm vilket gjorde att den till synes "tänkande specialiteten" egentligen bara var ett gigantiskt flödesschema.

Jag kunde tänka mig att bli både infektionsläkare eller anestesio-log, men jag skulle aldrig vilja stå på operation och söva folk på löpande band. Och egentligen intresserar mig endast tropiska sjukdomar. Och inte ville jag flytta till Afrika.

Jag kunde inte tänka mig att bli ögonläkare för det är så begränsat. Och jag tycker att slem är väläckligt för att vilja bli öronnäsahalsspecialist.

Geriatrisk var uteslutet för jag finner ingen mening i att rädda livet på folk för att de ska dö två veckor senare. Ytterligare ett skäl till varför jag inte heller ville bli internmedicinare.

Tänk att vakna som miljömedicinare

Jag ville inte vara kvar på preklin för det känns asocialt. Jag ville inte bli röntgenläkare för det intresserar mig inte. Jag kunde tänka mig att bli både neurolog och akutdoktor. Men nu blev jag inte det och dessutom skulle jag helst ha varit det i kombination med psykiater. Och jag jobbar ju faktiskt på en akut.

Så jag tror faktiskt jag tar tillbaka min inledning. Jag ska försöka förklara varför jag trivs så bra med psykiatri.

För det första är det en verksamhet som sysslar med hjärnan, vårt mest komplexa och fascinerande organ. För det andra hjälper man i hög utsträckning unga människor som har oerhört mycket att vinna på den hjälp vi ger. För det tredje är det en utmaning genom att man dels måste vässa sin empatiska förmåga eftersom man väldigt ofta fattar beslut som går stick i stäv med det som patienten tror sig vilja. Dessutom är det utforskat och därmed intressant. Och i och med att det inte är sönderforskat blir det varierat eftersom subspecialiseringssjukan inte ännu drabbat oss. Jag slipper alltså göra samma sak varje dag.

Av alla de skälen och säkert en massa som jag har svårt att få ner på pränt så tycker jag att psykiater är det bästa jobbet som finns. Så psykiatrins största risk är att den förvandlas, låt se, till miljömedicin. Då skulle jag må dåligt.

David Eberhard



Extremt erfaren kollega svarar på Claes Davidssons angrepp

DEBATT
OFFENTLIG PSYKIA-

"Maniska och psykotiska patienter finns väl i verkligheten eller..."

"Inte ett öre till den offentliga psykiatrien" är rubriken på ett långt verbalt utbrott av kollegan Claes Davidsson i Svensk Psykiatri nr #3. Enligt redaktionen är rubriken Claes egen, och uttrycker därmed hans åsikt i koncentrat.

Claes vill alltså lägga ner den offentliga psykiatrien. "Inte ett öre" måste ju betyda att den inte ska få några skattepengar. Alla med skattemedel betalda psykiatriska kliniker och mottagningar i landet ska alltså stängas. Rätt psykiatrien likaså, eftersom den ju tillhör den offentliga psykiatrien.

"Men det är väl bara självbedrägeri och ett uttryck för min naivitet att efter drygt 30 år i den offentliga psykiatrien inte inse att jag i själva verket bara är en 'nyttig idiot'"

alternativet är väl privata försäkringar? Behandlingen patienten ska få vid dessa mottagningar ska ju enligt Claes vara "en exklusiv, fullständigt konfidentiell och tidsobegränsad en-till-enrelation till en psykoterapeut" eftersom detta är det enda som ger "förutsättningar för en psykoterapi värd namnet". Det blir långa behandlingar och dyra mottagningar. I så fall blir de reserverade för de patienter som har råd att betala försäkringspremierna. En stor del av våra patienter har inte råd med sådant – hur ska de enligt Claes få hjälp när de behöver?

("Tidsobegränsad en-till-enrelation till en psykoterapeut" – ja, var det inte Freud själv som 1937 publicerade en artikel i åtta delar, Analysis terminable and interminable? Abstract finns i http://nyfreudian.org/abstracts_27_23.html, och redak-

tören kommenterar att "The paper as a whole is pessimistic about the therapeutic efficacy of psychoanalysis... It is of interest to note that at the very beginning of his practice Freud was worried by very much the same problems as these, which may thus be said to have extended over the entire length of his analytic studies.")

Och alla patienter som till följd av en psykisk sjukdom (om sådana finns? Jag blir inte klar över om verkliga psykiska sjukdomar finns i Claes värld?) inte kan tillgodogöra sig denna psykoterapi? T.ex. en akut manisk eller aggressiv paranoid patient, för sådana finns väl ändå i verkligheten, eller? Sista stycket i Claes text tycks ändå medge visst behov av läkemedel, men talande nog administrerade av en "anestesiolog". Att det kan finnas läkemedel som tvärtom kan få den psykiska förslamningen (t.ex. av en depression) att släppa förefaller Claes inte erkänna. Och den "hermeneutiske kirurg" som efter "anestesiologens" förarbete ska "skapa eller reparera den psykiska strukturen", skulle inte det kunna vara t.ex. en kognitiv terapeut? Jag kan faktiskt minnas rätt många av mina patienter som med t.ex. kognitivt eller filosofiskt inriktade, "reparerande" insatser av olika slag har återvunnit sin förmåga att fungera självständigt i tidigare stressfyllda situationer. Men det väl bara självbedrägeri, och ett uttryck för min naivitet att efter drygt 30 år i den offentliga psykiatrien inte inse att jag i själva verket bara är en "nyttig idiot", en "sjukskrivande och pillertrillande underhuggare". Förlåt, men jag känner inte riktigt igen mitt arbete eller min klinik i Claes beskrivning.

"Att det kan finnas läkemedel som tvärtom kan få den psykiska förslamningen att släppa förefaller Claes inte erkänna"

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

#3



TEMA Här får man i sin tidning i psykiatrien en samling av de mest intressanta och kontroversiella artiklarna som skrivits om psykiatrien under de senaste åren. Vad har vi lärt oss om psykiatrien under de senaste åren? Och vad är det som fortfarande är okänt? Sedan vidare dykt som faktiskt inte har någon gränslös. SID 7-30, 31-35 & 38-43.

KONGRESSER Flera kongresser rapporteras från APA i San Diego, Svenska Föreningen för Etik och Psykiatri, konferenserna med psykiatrispecialiteter om ett seminarium om etik, psykiatrispecialiteter, läkemedel, diagnoser, etik, Schizofreni och Marianne Lundberg har varit på tvärvetenskaplig workshop och Tine Gustavsson redovisar från ett seminarium om samarbete mellan psykiatri och polisvärdar. SID 24-25, 30-31 & 39-41.

DEBATT Psykiatrien i Sverige har förtjänat en kamp mot SBU. Här menar att de helt missuppfattat vad han ville ha sagt och förtvillat att han inte menar att antidepressiva läkemedel effektivt. Här skriver att de kan stå för cirka 20 procent av effekten i placebo-kontrollerade studier. Psykiatrispecialiteter, psykiatrien Claes Davidsson säger däremot helt den offentliga psykiatrien. Den skapar existensångest, menar han. SID 32-34 & 36-37.

Ansvarig utgivare och huvudredaktör: David Eberhard

Debatt från förra numret

Nils-Olof Jacobson

Doktor

Psykiatriska kliniken
Centralsjukhuset, Kristianstad

SPF, SPF-ST och METIS anordnar introduktions- kurs för nyblivna ST-läkare i psykiatri

Svenska Psykiatriska Föreningens ST-sektion har under det senaste året varit mycket aktiv och arbetar för att skapa de bästa förutsättningarna för en meningsfull och kunskapsgivande specialtjänstgöring.

I denna anda och i SPF:s regi inbjuder vi härmed till en 3-dagars introduktionskurs. Kursen vänder sig till alla nyblivna ST-läkare under första tjänstgöringsåret samt vikarierande underläkare inom psykiatri i hela landet.

Genom föreläsningar och seminarier/workshops introduceras ST-läkaren till psykiatri samt samtidigt som det kollegiala kontaktnätet ökar.

Innehållet i kursen omfattar grundläggande klinisk psykiatri inkl BUP och beroende, samt handläggning, bedömningsmallar, farmakologi och juridik. Kursen berör även våra möjligheter och skyldigheter som ST-läkare, t ex vad som ingår i ST, facklig info, info om terapiutbildningar, HSAN mm.

Syftet är också att förmedla och att tidigt skapa en stark professionell identitet som psykiater.

Tid: 5-7 december 2007

Plats: Skärgårdshotellet, Nynäshamn.

Konferensavgift: 3000 kr. I priset ingår logi, måltider och program.

"Genom föreläsningar och seminarier/workshops introduceras ST-läkaren till psykiatri samtidigt som det kollegiala nätverket ökar"

ev. matallergi samt specialkost.

Frågor: ewa.mattsson@calaha.se

Obs! Anmälan är bindande. (Ett bra tips är att ha godkänd ledighet innan anmälan!)

Antal platser: 30

Kursledare: Maria Holstad och Anita Lappalainen

Sista anmälningsdag: 5 november 2007.

Program: www.svenskpsykiatri.se. Klicka dig fram till introduktionskurs för ST.

Anmälan: ewa.mattsson@calaha.se. Uppge namn, fakturaadress, korrekt E-postadress, telefonnummer och hur länge ST-tjänsten/vikariatet pågått. Ange även

SPF-STs styrelse

Ett METIS-finansierat projekt

Norsk Psykiatrisk Forening 100 år

Den norska psykiatriska föreningen fyller 100 år i år och firade detta med ett tredagars 100-årsseminarium på temat "Konsekvenser av kunnskap".



Ordförande i Island Psykiaterforening
Gudlaug Torsteinsdottir

Öppningen var högtidlig med kunglig närvaro - kronprinsen Haakon Magnus talade vid öppningsceremonin och Helse- och omsorgsministern höll också ett anförande. Vid jubileumsmiddagen var det roligaste inslaget den unge psykiater som lockade till många skratt men också till eftertanke med sin berättelse om hur det hade varit att växa upp som barn till psykiaterföräldrar. De två seminariedagarna var fyllda med både vetenskapligt program och kultur.

En del information om den norska psykiatrien

snappade jag upp under pauserna. Intressant var att Norge med hälften så många innevånare som Sverige har nästan lika många psykiatriker som vi, men ändå har en psykiaterbrist. Läkarna arbetar 35-timmarsvecka - formellt 37,5 timmar, men lunchen räknas som arbetstid. De flesta norska psykiatriker uppgavs bedriva en hel del psykoterapier och en äldre kollega menade, att det var viktigt att åtminstone några patienter kunde få en riktigt god behandling på det sättet. Man har också nyligen förlängt ST-läkarnas psykoterapiutbildning.

Nu är det dags! Nästa års konferens börjar ta form och ni kan plocka fram almanackorna för att boka in 31/1-2/2. Platsen denna gång blir åter vinterrigt vackra Stockholm.

Inbjudningar kommer skickas ut i början av november, och anmälan ska in innan jul. Håll utkik efter närmare information och nätanmälan på vår hemsida: <http://www.spfst.svenskpsykiatri.se/spfst.htm>. Vi ses i vinter!



TEMA

TIDIG INTERVENTION VID PSYKISK OHÄLSA / PSYKISK SJUKDOM HOS BARN & UNGA

Konferensen är förlagd till Scandic Star Hotel i Lund

Start onsdagen den 2/4 kl. 13.00
och avslutning fredagen den 4/4 kl. 13.00

Utförlig program- och anmälningsinformation kommer
att sändas ut i slutet av oktober

Årsmötet avhålls torsdagen den 3/4 kl. 16.45

Fullständig information om anmälan, program, seminarieförteckning
och föreläsare kommer att finnas på vår hemsida från och med den 10/11 -07.

www.skane.se/usil/bup

Hjärtligt Välkomna!
Styrelsen och BUP-Kliniken, USiL, Lund

**SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI
INBJUDER TILL VÅRMÖTE I LUND 2-4/4, 2008**

"Socialstyrelsen förbjuder mig att använda sökordet andlighet"

Svenska Psykiatriska Föreningen är vågad som riskerar Statsmakternas förtroende genom att i sin tidskrift *Svensk Psykiatri* nummer 3, 2007, ha som tema: Sjal och ande.

Socialstyrelsen har varit på besök hos mig på min privatmottagning. Och då de såg över journalerna, under pågående revision, diskuterade de sinsemellan och kom enhälligt fram till att jag inte får använda ordet ANDLIGHET som sökord. Då jag trodde att jag hört fel repeterade de klart och tydligt att ordet ANDLIGHET inte har i en psykiatrijournal att göra. Jag var tvungen att lova att sluta använda ordet.

Slutsatsen av denna uppmaning måste bli att i Socialstyrelsens värld finns inte behov av andlighet och absolut inte behov att närmare gå in på denna aspekt av livet eller att någon malfunktion därav som skulle kunna vara en delförklaring till ett psykiatriskt symptom eller orsak därtill. Dessutom är det så allvarligt med andlighet att det tydligen är farligt för Statsmakterna att ens nämna tillståndet eller att förknippa det med psykiatri. Det är förbjudet.

Vidare är det väl inte troligt att Socialstyrelsen endast skulle förbjuda psykiater att använda sökordet ANDLIGHET. Alltså får ingen läkarjournal använda detta ord. Och eftersom vi legitimerade ska dokumentera allt vi säger och gör kan vi därmed inte ta upp denna aspekt vid samtal med våra patienter.

Andlighet existerar inte enligt svenska Statsmakter! Psykiatrin i Sverige vilar på endast tre ben: Det psykologiska, det sociala och det medicinska.



Nu använder jag i alla fall sökordet ANDLIGHET och samtalen med patienterna innehåller aspekter därom. Funderar skarp på att anmäla mig enligt Lex Maria då jag ämnar fortsätta detta beteende som ju inte är accepterat av Socialstyrelsen.

Utifrån denna kunskap om hur Socialstyrelsen ser på andligheten i svenska befolkningen, eller snarare hur de försöker minimera dess betydelse, är det mycket vågat att trotsa överheten. Jag står helt

bakom Svenska Psykiatriska Föreningens erkännande av denna aspekt av livet, och hoppas att diskussionen fortsätter hur andligheten påverkar oss i vardagen, hur vi tänker och hur vi handlar. Risker är att Socialstyrelsen förblir passiv och tiger ihjäl sin ståndpunkt. Helst skulle jag vilja se deras argument att andlighet inte är en väsentlig aspekt inom psykiatrin, men ännu hellre att de förnekar att de någonsin muntligt har förbjudit endast mig att använda sökordet ANDLIGHET.

Stefan Arenstedt

Leg läkare. Spec allm psykiatri Läkarhuset Hötorgscity Stockholm

Mobila CME-kurser resultat av samarbete mellan Västra Götaland och SPF

Av tidigare ordföranden i SPF gavs uppdrag att ta fram ett förslag till struktur på fortbildning för färdiga specialister. Som ett led i detta, och med stöd av tidigare s.k. Milton-medel, har ett koncept för CME-kurser (continuing medical education) tagits fram. Dessa har certifierats av IPULS och givits i anslutning till föreningens vår- respektive höstmöte samt Riksstämman. För att möjliggöra för fler specialister att få denna möjlighet har det från framförallt de glest bemannade delarna av psykiatrin i Sverige framförts önskemål att kurserna skulle kunna ges på flera orter i Sverige och vid andra tillfällen.

Detta har nu prövats för första gången och detta i Västra Götalandsregionen. Den 14/9 hade 36 personer; barn- och vuxenpsykiater, allmänläkare, psykologer och psykoterapeuter från dessa specialiteter, samlats till en heldag om ångestsyndrom under ledning av professor Nils Lindefors, överläkare, med.dr. Christian Rück och leg. psykolog Fredrik Folke. Kursledarnagick igenom det senaste evidensbaserade om utredning, diagnostik och behandling. Man presenterade även nya behandlingsmetoder som Internetbaserad KBT. Samma eftermiddag gavs kursen "Läkemedelsbehandling vid schizofreni" med professor Nils Lindefors som kursledare. Här hade 22 barn- och vuxenpsykiater samlats och delade senaste nytt. Båda kurserna blev mycket uppskattade och fick höga poäng i utvärderingen.

Generellt var deltagarna mycket nöjda med den omfattande dokumentation man fick och att den dessutom förmedlades genom att varje deltagare fick ett USB-minne var en riktig höjdpunkt.

I kursen kring ångestsyndrom visades en del filmsekvenser och deltagarna fick själva göra olika övningar. Man tyckte att föreläsarna gav en mycket uppdaterad kunskap som gav fördjupning. Alla tre föreläsarna fick stora plus för sin entusiastiska framtoning.

I utvärderingen av läkemedelsbehandling vid schizofreni framhöll många deltagare styrkan i att föreläsaren gav nytt fokus på evidensbaserad neuroleptikabehandling, hänvisade till litteratur. Många önskade en heldag för denna föreläsning.

Avslutningsvis uttryckte många "mer CME regionalt – mycket bra initiativ".

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Vice ordf. SPF

Regional specialitesansvarig studierektor psykiatri, VG

Stina Djurberg,

webbmaster SPF,

adm. stöd till regional specialitesansvarig studierektor psykiatri, VG

Svenska Psykiatrikongressen 2008

Svenska Psykiatriska Föreningens Vårmöte har bytt namn till Svenska Psykiatrikongressen. Samtidigt har formatet ökat.

Denna vår första nationella psykiatrikongress äger rum på Läkaresällskapet i Stockholm den 12-14 mars 2008.

Programmet omfattar parallella föredrag, seminarier och workshops från onsdag lunch till fredag lunch. Huvudteman blir affektiva sjukdomar, psykosjukdomar samt psykoterapi men även andra ämnen kommer att behandlas.

Ur programmet:

Depressionens olika ansikten
Nya tillämpningar av PET och fMRI i psykiatri
Arv-miljöinteraktioner
Läkares psykiska ohälsa och suicid

Metabolt syndrom – vad gör vi?
Offentligt samtal om läkarassisterade suicid
Internetförmedlad KBT
Evidensbaserade psykoterapier för barn, vuxna och äldre
Interpersonell psykoterapi
Psykiatri i speglad i film, litteratur och konst
Riktlinjer för ADHD
Kvalitetsregister
Post partumpsykos
Mentaliseringsbaserad psykoterapi

På förmiddagen 12 mars och eftermiddagen 14 mars kommer CME-kurser att ges.

Ett fullständigt program samt detaljer om anmälningsförfarande kommer inom kort att presenteras på föreningens hemsida www.svenskpsykiatri.se!

Akvarell Stormvarning Kenneth Hedenström

Rättsspsykiatriskt kvalitetsregister

Efter många års arbete inom Svenska Rättsspsykiatriska föreningens styrelse har vi nu kommit fram till att vi under år 2008 hoppas kunna starta detta viktiga register.

Svenska Rättsspsykiatriska föreningen har länge drivit detta arbete och för 3-4 år sedan satte det fart ordentligt genom att föreningen tillsatte 2-3 grupper och hade strukturer för ytterligare grupper. Bland annat bildades en indikatorgrupp med representanter för de större rättsspsykiatriska verksamheterna i Sverige. Denna grupp har träffats regelbundet flera gånger per termin och gått igenom syfte och vilka måtvärden registret skall innehålla.

Representanterna i gruppen har också förankrat arbetet på hemmaplan, dvs på kliniknivå men också på läns- och regionnivå. Vidare bildade vi en period en styrgrupp med dåvarande ordförande Per Lindqvist som sammankallande och motor i arbetet.

I Indikatorgruppen har arbetet drivits brett geografiskt och multiprofessionellt med flera olika yrkeskategorier.

Under 2007 har vi genomfört en provomgång av registret med 50 registrerade patienter.

Vi har också haft flera nationella konferenser där representanter från ett stort antal kliniker deltagit. Patientunderlaget med alla dessa kliniker inräknade blir troligen 800-900 st. Detta är ett stort deltagande när antalet totalt i landet rör sig kring 1400-1500.

Vi har i år sökt pengar från SKL. Tidigare har vi sökt från Socialstyrelsen men då tyvärr ej erhållit bidrag mer än lite tillskott för utvecklingsprocessen. Vi hoppas på bättre tur i år men vi måste hur det än blir arbeta för att registret ska komma till stånd under 2008.

Registerhållare finns och det är verksamhetschef Frances Hagelbäck Hansson och utvecklingssekreterare Hans Andersson, Västra Götalands region. Det är jätteroligt att vi fått två kunniga och duktiga registerhållare som varit med i arbetet från början.

Numera är den grupp som varit indikatorgrupp styrgrupp för arbetet och denna grupp har representanter från ca 11 landsting/regioner.

Vi har också länge haft en dialog med KPV (Kvalitet psykiatrisk vård) där de andra befintliga psykiatriska registren finns. Numera uppfyller vi kraven för att vara ett av registren i KPV.

**Christina Karlsson
Kaj Forslund**

"I Indikatorgruppen har arbetet drivits brett geografiskt och multiprofessionellt med flera olika yrkeskategorier"

Komplex yrkesroll – möjlighet eller risk?

Kan ni se för er scenariot på ortopedens morgonmöte – en samling grön- och vitklädda ortopeder samlas inför dagens arbete och så kommer den där vanliga frågan upp; Det här med den komplicerade ortoped-rollen. . . Hur ska man tänka om den? Vad är egentligen en ortoped?

Nej, så anar vi att det inte går till! Men vi som har utbildat oss till barn- och ungdomspsykiater eller är igång med specialistutbildningen i barn- och ungdomspsykiatri har nog otaliga gånger och i olika skeden av yrkeslivet funderat på frågan; Vad är en barn och ungdomspsykiater? Emellanåt tycker man sig få ett grepp om saken och emellanåt har åtminstone jag haft tanken att "nu får det räcka med funderande – nu jobbar jag på helt enkelt.", men så står man där igen – kanske i samband med att man ingår i ett nytt sammanhang på arbetsplatsen – och frågan tränger sig på...

När man diskuterar med kollegor får man ofta höra sådant som att man uppskattar helhetstänkandet och att man får användning för kunskap från flera fält som psykiatri, psykologi, somatik, sam-

hällsfrågor, genetik osv. Man behöver vara kreativ, ibland lekfull och verkligen arbeta på att etablera en relation med barnet och familjen. Vilken utmaning finns inte i att nå den fyraåring som just far runt som en tornade i rummet eller den truliga 13-åring som är "anti alla vuxna"! Teamarbetet upplevs berikande och ger oss ytterligare kunskaper.

Det finns förstås också sådant som upplevs komplicerat.

Kanske bidrar det här mångfacetterade arbetsfältet till att det ibland blir svårt att urskilja vad som är mer baserat på ideologier än på vetenskapligt beprövade metoder. Arbetet blir på så sätt "känsligt för olika idéer". Man blir lätt otålig när nya rön inte slår igenom med samma självklarhet som man tänker sig att de gör på t.ex. ortopeden (även om det säkert finns tröghet i alla system)!

Risk att arbetsuppgifter reduceras

Särskilt komplicerat blir det förstås i tider av brist på såna här barn- och ungdomspsykiater. Då ställs det på sin spets vad man ska "ha dom till". Och här kommer vi då in på riskerna. Risken att man blir alldeles ensam i sin yrkesroll på arbetsplatsen och inte har tillgång till kollegialt stöd, diskussion och fortbildning. Risken att ens arbetsuppgifter reduceras till något som ledningen anser vara det som man "behöver få ut av en läkare och inte kan få ut av någon annan yrkesgrupp". Ja, ni förstår själva; skriva intyg och utlåtanden, hoppa in för att göra "suicidriskbedömningar", skriva

recept och bistå andra yrkesgrupper att på hörsågen sätta diagnoser. Kanske lite tillspetsat men här finns en risk att missa sådant som vi barn- och ungdomspsykiater är utbildade för och uppenbarligen gärna bidrar med nämligen att vara med och foga ihop helhetsbilden och att bidra till diagnostik och behandling. I annat fall

riskerar vi att hamna i en yrkesroll som ligger en bra bit från det vi tjusades av när vi sökte oss till BUP och det leder i värsta fall till att vi förlorar kollegor och då blir vi ännu färre...

Barnpsykiatri kan nog ibland uppfattas som en lite speciell specialitet och det blir då extra viktigt att lägga ner arbete på rekryteringen av underläkare/ST-läkare. Man får hoppas att de planerade minskningarna av psykiatri (inklusive barn- och ungdomspsykiatri)-undervisningen på läkarutbildningen inte för med sig att det blir ännu svårare att hinna intressera blivande kollegor för specialiteten. Sedan gäller det förstås att arbetet innehåller allt det som är så stimulerande och komplext och att resurser och uppdrag gör det möjligt att göra ett kvalificerat jobb – kort sagt att man får känna stolthet i yrket. När resurserna inte räcker, kollegorna är för få, uppdraget är oklart och "man står där och skottar" i patientflödet är det så lagom lätt att ta ett ovanifrån-perspektiv och titta på hur man kan förbättra metoder, mål och arbetsmiljö.

Som barn- och ungdomspsykiater tillhör man en liten grupp på arbetsplatsen – ibland är man den enda av "sin sort"- och även om det ofta fungerar alldeles utmärkt kanske man ibland ska tillåta sig att stanna upp och se vilka behov man har just som barnpsykiater och vad man kan bidra med för att arbetet på BUP ska utvecklas också med utgångspunkt från just vårt kunskapsområde.



Vad är egentligen en ortoped? Hur ska man som ortoped förhålla sig till sin fot? Två frågor som man sällan ställer sig

"Barnpsykiatri kan nog ibland uppfattas som en lite speciell specialitet och då blir det extra viktigt att lägga ner arbete på rekrytering"

"Kanske bidrar det här mångfacetterade arbetsfältet till att det ibland blir svårt att urskilja vad som är mer baserat på ideologier än på vetenskap."

Camilla Hallek

SPFs redaktion

Vad säger doktorn om polisanmälan av patienter?

Det är en samhällelig trend att polisanmäla alltför företeelser som är oönskade, omoraliska och allmänt förkastliga. Detta kan spegla en strävan att markera och motarbeta asociala beteenden genom att i än högre grad använda det rättsliga systemet som mellanhand för att hantera konflikter mellan människor i arbetsmiljö och i privata sammanhang. Det är också ett sätt att tydliggöra vem som är "god" respektive "ond".

I min ungdom var pojkslagsmål på skolgården ett bekymmer för de inblandade, för föräldrarna och för skolan men idag kan det mycket väl bli en polissak. Detsamma gäller psykiatrin där aggressiva handlingar riktade mot döda ting, personal eller medpatienter allt oftare blir polisanmälda.

Välmenande visioner om nolltolerans, poängterandet av vikten av "gränssättning" i olika sammanhang och ett offensivt arbetsmiljöarbete har alla det legitima syftet att minska skador och en polisanmälan blir lätt en åtgärd som andas beslutsamhet, fasthet och höga ideal. Vem kan vara emot det?

Ur strikt rationell synpunkt borde ändå denna utveckling kunna diskuteras förutsättningslöst. Ska alla typer av aggressiva handlingar alltid anmälas oavsett patient eller kontext? Om så ej är fallet, när ska anmälan inte ske? Är det alltid patienten ensam som bär ansvaret för allt våld på en avdelning/mottagning? Finns det situationer när läkarens patientperspektiv kolliderar med ett behov av att vara lojal mot sina närmaste arbetskamrater (de som kallas "personal")? Detta lilla inlägg är ett försök att diskutera en del av dessa frågor, i synnerhet den aspekt som berör förväntningarna på läkarna när patient är i konflikt med personal. Men först ska vi tydliggöra vad som sker när polisanmälan går iväg.

Åklagarens roll

Utan någon systematisk kartläggning i ryggen törs jag påstå att de flesta fall av polisanmälan från psykiatrin inte går vidare till åtal och dom. Två vanliga utfall är att åklagare beslutar att förundersökning ska läggas ner eller att det blir åtalsunderlåtelse p.g.a. att gärningsman är psykiskt sjuk och redan föremål för psykiatrisk vård. Sådana beslut av åklagare tas utifrån en individuell prövning av varje fall och till skillnad från vårdprogram så kan inte denna typ av beslut påverkas genom "nationella riktlinjer" eller andra programmatiska föreskrifter.

I perioden fram till dess att åklagare fattar beslut – en tid som kan bli lång – uppstår en olägenhet på den aktuella arbets/brotts-



Ska du anmäla om du får en sån här hemskickad i posten

platsen; där samsas ett brottsoffer, en utpekad gärningsman och många kamrater till brottsoffret om utrymmet. I en sådan situation kan finnas en sådan lojalitet med den drabbade arbetskamraten att det blir svårt att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård enligt portalparagrafen (2§). Slutsatsen är alltså att om en patient polisanmäls så bör patienten hänvisas till annan vårdgivare, åtminstone tills saken har klarats ut rent juridiskt.

Gränsfallen

Många av de polisanmälningar som går iväg skulle nog av de flesta betraktas som fullt motiverade. Det kan t.ex. gälla överfall, stalking och hotfullhet av fullt tillräkneliga patienter där våldet är otäckt just därför att patienten är realitetsanpassad och medveten. Sådana fall ska inte diskuteras här. Gränsfallen är betydligt intressantare för i gränsområdet, som kan bli stort, kan finnas motiv för anmälan som inte är klara eller, i värsta fall, inte tål dagsljus. Hur blir det om agiterade, psykotiska, påtända och motoriskt oroliga patienter under vårdintygsprövningen börjar slåss eller uttrycker sig hotfullt (och man ser endast de röda bakljuden på polisbilens genomförde handräckningen)? När blir detta inte anmält? För att man bedömer att han/hon "inte rår för det" (otillräknelig)? Eller för att det tillhör arbetsuppgifterna att hantera våldsamheter?

Under mindre akuta betingelser kan det också bli aggressiva utspel. Ett exempel är en avdelning med längre vårdtider där negativa relationer mellan en patient och (viss) personal hinner utvecklas över tid. I sådana fall kan man ibland som läkare se att det har

"Ska alla typer av aggressiva handlingar alltid polisanmälas oavsett patient och kontext?"

funnits brister i det professionella bemötandet som kan bero på kunskapsbrister, dålig arbetsledning och, i värsta fall, en negativ och oprofessionell vårdkultur. Att bemöta patienter med viss störning på ett för störningen lämpligt sätt är lärobokskunskap som

"I värsta fall måste vi läkare solidarisera oss med drabbad personal enbart därför att det finns en risk att få hela personalgruppen emot sig"

inte har med fackliga arbetsmiljöfrågor att göra utan med utbildning och arbetsledning. Konfrontativa förhållningssätt är bra vid vissa tillstånd men kontraindicerat vid andra. Finns inte den kunskapen drabbas inte bara personal utan också patient. Den omfattande forskning som finns om våld på institution och interaktionens be-

tydelse borde vara en mäktig hävert för att ge patienter en god vård enligt HSL och för att skydda personal mot våld och eliminera ett behov av att polisanmäla patienter. Kan rentav en polisanmälan ses som ett maskerat behov av en bättre utbildning och tydligare ledarskap?

Lojalitetskonflikt

Psykiatrisk vård, frivillig som ofrivillig, bygger på att patienten har rätt till en god vård på vetenskaplig grund och ett respektfullt, kunnigt bemötande. Läkaren har genom sin unikt långa och psykiatri-specifika utbildning särskilt goda möjligheter att bedöma om patienter får ett korrekt bemötande eller inte. Många läkare är dessutom i arbetsledande ställning även om det blir allt vanligare att så inte längre är fallet. Om våldshändelser skett och patientens rättigheter har kränkts kan läkaren hamna i lojalitetskonflikt mellan å ena sidan en förståelse för patientens beteende och, å andra sidan, ett behov av att solidarisera sig med sina närmsta arbetskamrater som kanske inte heller "rår för det". I värsta fall måste vi läkare solidarisera oss med drabbad personal enbart därför att det finns en risk att få hela personalgruppen emot sig, en gisslan-situation som förr eller senare troligen leder till beslut om byte om jobb. En komplicerande (eller rentav resulterande) faktor är bristen på psykiatriker som vill ha fast tjänst och ta ansvar för verksamhetsutvecklingen. Ju färre fast anställda psykiatriker, desto svagare kollegialt stöd och större svårigheter att ta kliniska beslut som inte alltid uppskattas. Är läkaren dessutom tidsmässigt i underläge finns inte utrymme att skaffa sig ett bra beslutsunderlag varför beroendet av omgivningen blir än mer uttalat.

Polisanmälan – ett sätt att bli av med patienter?

De flesta kollegor har nog varit på psykiatriska enheter där anställda motarbetar vissa patientkategorier. Minst populära är förstås anti-sociala, impulsdrivna, aggressiva och komplicerade patienter. Det finns avdelningar och mottagningar som av ledningen fått ett tyst eller öppet godkännande att slippa skaffa sig kunskap och lära sig metoder för att vårda sådana patienter. I sådana fall kan en polisanmälan var ett attraktivt steg för man blir både av med problemet, med patienten och med tanken på att behöva lära sig något nytt.

Slutsatser

Min egen uppfattning är att allvarigare våldshandlingar av patienter som är "tillräkneliga" bör föranleda både polisanmälan och förflyttning till annan vårdenhet. Det gäller inte minst stalking och allvarliga, upprepade hot mot en given person. En sådan anmälan är bra för den utsatte men också för patienten som då kan få komma till en vårdmiljö där han/hon inte får sådan makt över sina behandlare att vården i praktiken upphör. Av egen erfarenhet vet jag att hotfulla samtal hem kan få att upphöra i samma stund som man visar tänderna och upplyser om att fortsatta kontakter registreras och överlämnas till polis.

I mindre uppenbara fall, där polisanmälan övervägs, bör frågan prövas noggrant och om det finns brister i bemötandet av patienten i processen som föregick våldshandlingen måste det bli en signal till ledningen om förändring. Både patientens och personalens rättigheter måste säkras.

Den svåraste arbetsmiljöfrågan är nog där polisanmälan sker på tvivelaktiga grunder, utifrån patientnegativa attityder. Där kan man som läkare känna sig tvingad att vidimera en anmälan som går på tvärs mot professionell kunskap och respekt för patienten. Har man inte stöd från ledningen ligger det nära till hands att börja läsa platsannonser. Det är synd för det är inte bara ett personligt nederlag utan också ett nederlag för vården och för respekten för den sjuke.



Per Lindqvist
SPFs redaktion

**Kolla in SPF s
hemsida på www.svenskpsykiatri.se**

"Problemet med psykiatrin är att kliniken är gammal, men vetenskapen ung"

DEBATT
PSYKOTERAPI

Då Johan Cullbergs bok lanserades talade bland andra ST-läkaren Christoffer Rahm omkring vad han uppfattade var problemet med att psykiatrin är en medicinsk vetenskap. Något han fann problematiskt.

Det är sent på sjukhuset. Patienten har gått, jag sitter kvar. Kvällspersonalen till avdelningarna har kommit och mottagningarna börjar släcka. Jag dikterar, talar rakt ut i det tomma rummet, mötet med sista patienten formas i ord. Blicken vandrar ut genom fönstret, patientens berättelse är som ett nyckelhål in till rummet där hennes inre landskap breder ut sig. Ju närmre jag kommer desto mer ser jag. Vi vill se in i människan, psykiatri handlar mycket om det.

Mitt emot mottagningsrummet ligger en annan huskropp, det är röntgenavdelningen. Samma arkitektur, samma cement. Jag tänker på min sommar som vikarierande underläkare inom röntgen; alla skärmar och plåtar med avbildade skelett och invärtes organ. Det är en annan medicinsk disciplin av samma datum som psykiatrin, samma sena 1800-tals storvulna medicin. De spreds över jorden ungefär samtidigt, den nya tidens psykiatri och röntgen. Samma tids och samma andas barn - "se in i människan"

Jag tittar ner i journalen igen och tittar upp, i fönstret ser jag min spegelbild. Spegelbilden skapar en dubbel exponering, mig i min psykiatrimundering över röntgenklinikens hus. Hur ser det ut egentligen? vit rock, diktafon, legitimationsbricka och landstingets kläder. Någoting skär sig i bilden psykiatrin är en medicinsk specialitet. Den har en medicinsk överbyggnad i alla moment. men är det adekvat, är det tillräckligt?

Jag upplever som nykommen till psykiatrin att jag träder in i ett spänningsfält, ett utmanande spänningsfält, mellan en klinik som blivit gammal och en vetenskap som fortfarande är ung.

På vilket sätt är vetenskapen ung och kliniken gammal?

Psykiatrin gör anspråk på att hantera ett oerhört vitt område; det mänskliga sinnets alla sjuka varianter och friska funktioner och dessutom gränslanden däremellan. Vi märker snabbt, särskilt om man också ser till frågor väckta inom andra fält – antropologi, sociologi, konst, filosofi - att området bara är fläckvis utforskat. Av det som finns att lära är det mesta ännu okänt. Fördjupar man sig märks att kunskapstuvor ofta faller itu när de får tyngd på sig. Till och med grundläggande begrepp kan visa sig ohållbara.

Det finns ingen gemensam kunskapsmassa i psykiatrin. Den psy-

kiatriska vetenskapen kan ses som infrastrukturen, själva trädskiktet som sammanbinder en disparat samling tuvor av kunskap från skilda kunskapstraditioner. Den medicinska psykiatriska vetenskapen i sig är ganska liten. Mellan dessa kluster utbreder sig stora vita områden, vi har att överbygga och orientera oss i de områdena.

Forskningen är nu ung, modig, kaxig och framåt och upprorisk, enorma landvinningar görs hela tiden. Bara det neuropsykiatriska kapitlet som nyligen öppnats har inneburit en revolution, mycket nytt väntar på att prövas. Själva har jag nyss påbörjat ett magnetröntgenprojekt för att studera hur minnes- och motivationsförmågan hos människor med psykos regleras och kanske kan justeras. Psykiatri är en ung vetenskap på jorden och är därför tillgänglig på så sätt att alla ännu är inbjudna att delta. Det var nog den inbjudan som bidrog till att jag själv valde psykiatrin.

"Jag upplever som nykommen till psykiatrin att jag träder in i ett utmanande spänningsfält, mellan en klinik som blivit gammal och en vetenskap som är ung"

Mötena med psykiatrin

Mitt första möte med psykiatrin var i Linköping under studietiden. Jag gick i kulverten som förbinder sjukhusets huvudbyggnad med det annex där ortopedin och psykiatrin håller hus. Det var lunch och från avdelningarna kom lukt av panerad fisk och kokt potatis. Jag var ganska stolt; hade på morgonen hållit i min första rond och överläkaren verkade nöjd med min insats. När jag var halvvägs genom kulverten kom ett sällskap emot mig. Det var två muskulösa killar klädda i skötaruniform och mellan dem en ung tjej - svartklädd, svart snaggat hår, blek, ärr efter rispningar på underarmarna. hon var spänd och rakryggad. Jag förstod att hon måste vara patient på avd 40, barn- och ungdomspsykiatri slutenvårdsavdelning. Mitt i allt bar hon på en märklig stolthet. När vi möttes låste hon fast min blick, den kommer jag aldrig glömma. Jag tänkte "flicka lilla, vad gör du här? På sjukhus? Det är inte här du ska vara."

Johan Cullberg beskriver i en viktig passage i sin nya bok, sitt första möte med psykiatriska slutenvården. Det var när han hälsade på sin bror Erland på avdelningen kort efter att han insjuknat i psykos och första gången blivit inlagd. Johan Cullberg beskriver hur han led med Erland och kände det som att Erland tagit mer skada av vården än dragit nytta av den de första dygnet.

Det är nånting mänskligt som psykiatrin ännu inte greppar, som finns i oss men inte i psykiatrin.

Vi som väljer psykiatri borde kanske alla vara där som anhörig, anhöriga till medmänniskan.

Kliniken gammal:

Den psykiatriska kliniken är en i många avseenden gammal och krum inrättning. Den har några och hundra år på nacken men tiden börjar springa ifrån den. Psykiatrin blir ibland till en nästan bisarr kvarleva från förrförra seklet, särskilt väl märks det med psykiatrin uppställd bredvid andra human- och beteendevetenskaper av vilka de flesta tagit åtminstone två steg vidare sedan dess och brutit med den

erans syn på människan och världen. Som konsekvens leder det inte minst till en särskild attityd mot de hjälpsökande som jag får ibland lust att likna vid kolonialismens. Patienten blir främmandegjord, hon tenderar bli den "förtingligade andre", den som ska studeras och korrigeras. I praktiken är det fortfarande alltför sällan patienten tillåts ta del i sin egen utredning och behandling, trots våra lagar. Sådant borde vi väl en gång för alla ha lämnat? Den inställning jag tycker mig spåra får också konsekvens för sjukdomsbegreppet. I jakten på lättanvända diagnosmanualer har det skapats oegentliga dikotomier mellan sjukt och frisk. De är förenklade konstruktioner som inte håller måttet för verklighetens många skiftande patientöden.

Var det kanske tankar på detta som redan då gjorde att det vände sig inom mig där i kulverten när jag såg den unga tjejen från barn och ungdomspsyki?

Det finns nånting mänskligt som psykiatrin ännu inte kommer åt. I slutet av 1800-talet verkar de ha känt sig säkra på motsatsen, de tyckte sig ha knäckt koden för det mänskliga, nämligen att det inte fanns något! Man avskaffade eller ifrågasatte åtminstone starkt förekomsten av begrepp som ande och själ. Det måste ha varit ett av de för kliniken mest riskabla och samtidigt vetenskapligt mest fruktbara inslagen i det paradigm som byggde upp kulturen som rådde när psykiatrin föddes. Men det märktes ganska snart, när dammet lagt sig, att något väsentligt mänskligt gått förlorat.

Detta vidhållande av det ursprungliga synsättet har gjort att kliniken blivit gammal mycket snabbare än vetenskapen. Att utöva psykiatri är, åtminstone för mig, förknippat med en känsla av bakbundenhet. De medicinska ritualerna, dramaturgier som jag i min psykiatrimundering där på mottagningsrummet använder mig av,

är de det enda sättet?

Detta blir ju problematiskt. Å ena sidan, vi hjälper människor med våra mediciner, diagnoser och tekniska undersökningar, vi hindrar självmord och minskar symtom, människor kan återgå i jobb och relationer efter att ha fått medicinsk psykiatrisk vård. Det utträttas en hel del bra i medicinens namn.

Men det går inte helt ihop, det gör inte det.

Psykiatri utan medicin går inte, måste innehålla mer

Vi måste naturligtvis ha det medicinska perspektivet i kliniken...

men inte endast det! Om jag tänker bort sjukhuset, jag tänker bort vitrocken, bort med medicinska terminologin, bort symtom, bot, friskförklarad, framför mig står då människan kvar. Omkring henne, en mängd osynligt surrande kunskaper om henne. Hon vill ha hjälp, hon vill må bättre men känner inte att hon inte har kunskaperna. Hon måste ha hjälp att nå dem och det är där vi kommer in

Johan visar att det finns andra synsätt och han är ganska en-

sam om det och därför förebildlig och inspirerande

När jag gick grundutbildningen i psykiatri och presenterades för den psykiatriska kunskapen var det som att ställas inför en manskör, en mäktig manskör, mångstämmig, malande och lite dyster. Den sjöng medicinens lov, den sjöng om de psykiska sjukdomarna som drabbar – hasardvis – och att enda utvägen är medicinska behandlingar. Att ställas inför denna vägg av stämmor gjorde ett nedslående intryck, jag kände inte igen mig, hittade inte utrymme för människan sådan som jag lärt känna henne.

Ställd inför patienterna sedan, när jag försöker hjälpa den som står framför mig, och jag plockar ut de noter och slingor jag hoppas hjälpa just henne på det bästa sättet, känner jag alltför ofta också att det inte håller. De anspråk som är uppställda för psykiatrin är för stora, det faller alltför ofta isär. Luckor uppstår, spår leder vidare bort. Man blir sittande där med en sönderfallande kunskapsmassa och försöker tillämpa den

I mosaiken av osammanhängande trådar hör jag en röst. en nu



Vad kommer SPF:s ordförande Christina Spjut (bilden) svara ST-läkare Christoffer Rahm?

"I praktiken är det fortfarande alltför sällan patienterna tillåts ta del i sin egen utredning och behandling"

lite äldre, sträng och kanske till och med skör, men bärande ändå. Det är Johan Cullbergs, han sjunger en något annan melodi, rikare. Den handlar om att det finns fler sätt att se på problemen. Jag tycker han visar vilken bredd och öppenhet man kan ha när man närmar sig problemen. Det finns plats för både medicinska perspektiv och psykologiska, även sociologiska, existentiella, andliga, kontextuella, meningssökande. Johan Cullberg är en av de få jag känner till som kan ha alla dessa perspektiv igång samtidigt och visa hur de konkret kan förenas med en värdig vård i den kliniska praktiken.

En fortsatt nedmontering av psykiatrins medicinska överbyggnad nödvändig

Rubriken för mitt föredrag "att vara ung i psykiatri" valde jag att tolka som det att vara nykommen till psykiatri. Tidigare i psykiatrins utveckling har det funnits konservativa och mer progressiva falanger inom verksamheten, vagt knutna till mer politiska höger och vänster-perspektiv. Ibland ser man fortfarande dessa konflikter i öppen dag. Det har funnits biologiska och andra, mer mångfacetterade synsätt som tidvis stått i konflikt, kanske är det i en sådan sorters diskussionsmylla som psykiatri är dömd att fortsätta leva men jag hoppas inte det. Jag hoppas få verka i en mer transparent psykiatrisk klinik än den som finns idag, en med mindre mystiska övertoner, en mer ödmjuk inför sina tillkortakommanden, en mer nyfiken på vårdgrannar som filosofi och antropologi och biologi. Då kan vi avgränsa psykiatri till vad den faktiskt omfattar. Jag skulle gärna se att de närmast allsmäktiga anspråk psykiatri ställer på sig själv, kanske på grund av alla dess representanter som till varje pris vill få den att verka som vilken annan medicinsk specialitet som helst, monteras ner. Vi kan inte fylla ut den kostymen. Inte än, jag tycker vi borde se våra kunskapsluckor istället.

Christoffer Rahm

ST-läkare i allmänpsykiatri Karolinska universitetssjukhuset Huddinge
Föredraget återgivet på initiativ av innehållsansvarig Daniel Frydman

Dags för ett offentligt yttrande angående våldet bland ungdomar?

Roland Berg är psykiater och psykoterapeut. Han uppmanar i ett öppet brev SPF att yttra sig omkring vad han menar är ett ökande gatuvåld.

Flertalet svenskar upprörs av de allt frekventare notiserna om gränslös grymhet och hänsynslöshet bland ungdomar. Tonåringar organiserar sig i ligor och bedriver terror mot vanligt folk. Samhället har lämnat walk-over. Sverige kan inte längre kallas ett rättssamhälle. Vi har med enorm fart backat förbi Magnus Ladulås. Rädde-sig-den-som-kan är nu åter "grundlagen" i stora delar av landet.

Den allmänna debatten präglas av förvirring och hjälplöshet. Den stora missuppfattning som gör problemet till synes olösligt är svenskars ovilja/oförmåga att se att människan har aggressivi-

tet som en viktig resurs. Denna resurs måste användas medvetet och genomtänkt, inte förnekas. Jag tror att vi som arbetar professionellt med detta borde ta ansvar för folkbildning om dessa spörsmål. Alldeles för många nyckelpersoner i Sverige idag kämpar desperat med att framställa sig som den snällaste jultomten på jorden. Det är inte lösningen!

Skräcken för den egna aggressiviteten har skapat ett vakuum som raskt annekterats av helt fel individer. Som vi psykiatrer vet formas redan i förskoleåldern de personligheter som 10 år senare stampar ihjäl den som inte visar s.k. respekt. Barn t.ex. på dagis upptäcker snabbt att deras våld mot såväl jämnåriga som de formella ledarna inte får obekväma konsekvenser för utövaren. De som är mest ivriga att annektera detta våldsmopol är just de mest olämpliga dvs. de med sadistisk och psykopatisk disposition.

Så här fortsätter det in i skolan och i vuxensamhället. Effekterna är vi alla förtrogna med. Polisen vill hellre gripa sexköpare, alkoholimporterande medelsvensson, TV-licensskolkare och andra krakar som inte bär vapen medan däremot kända våldverkare inte "hinns" med. Debattörer vränger ut-och-in på hela diskussionen genom att beskriva etablerade mördare, mordbrännare, utpressare, rånar osv. som "pojkar som har fått problem" och som nu närmar sig "riskzonen". För vad kan man undra.



Roland Berg

Vräka pengar ingen lösning

Den "lösning" alla jultomtande "experter" förordar är att vräka pengar över de här unga männen. Som vi psykiatrer vet, till skillnad från de debattörer jag läst/hört är att medkänsla, förmåga känna skam, skuld och tacksamhet alls inte är självklarheter och allom givet. Vad man tycks ha väldigt svårt att inse är att vårt system identifierar och förstärker de mentalt mest reptilliknande personligheterna. Att "prata om saken" torde inte förändra beteendet hos en sadistisk psykopat lika lite som en krokodil. Personer som helt saknar empati och förmåga att erfara skuld eller tacksamhet förändras inte till det bättre av fjäsk. De uppfattar bara omgivningens "snällhet" som bevis om vem som har makten.

Människan har hanterat de här fenomenen i 60-100 000 år. Hur välgrundat är det när vi de senaste 50-60 åren har beslutat att göra tvärtom i allt jämfört med våra förfäder? Är det säkert att de alla har varit förblindade men just vi ensamma skadat ljuset? Så alltså – kan vi/bör vi yttra oss?

Roland Berg

Psykiater, leg psykoterapeut



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.

"Måste vi tala om det svåra"

DEBATT
PSYKOTERAPI

Mål för psykiatrin:

Psykiska sjukdomar och handikapp utgör inte stigma utan uppfattas som sjukdomar bland andra möjliga sjukdomar möjliga att behandla och rehabilitera. (Ur Psykiatriska föreningens visionsdokument - Vision 2011)

Inom psykiatrin tycks de senaste åren det medicinska paradigmet blivit det helt dominerande. Ett exempel är det visionsdokument, som psykiatriska föreningen utarbetade 2006, vars första mening jag citerar inledningsvis. Psykisk sjukdom likställs konsekvent med kroppssjukdom. Det humanistiskt subjektiva perspektivet saknas.

Kliniskt exempel

I den kliniska vardagen konfronteras jag med hur denna ensidighet påverkat människors liv på olika sätt.

Jag vill här berätta om ett arbete med en kvinna – jag kallar henne Brita – som innan vi träffades hade varit psykiatrisk patient i 30 år. När hon första gången sökte hjälp bedömdes hon vara deprimerad. Hon fick beskedet att hon led av endogen depression, en ärftlig sjukdom. Eftersom hon var adopterad, och man inte visste något om hennes biologiska föräldrar, så fanns det inte något att tala om – bara att behandla sjukdomen. Hon fick först ECT i två omgångar. Hon sökte sedan en privatläkare hon fick förtroende för och hade, genom de 25 år hon var hans patient, provat de flesta antidepressiva och anxiolytika, som hon tyckte sig ha viss men inte övertygande hjälp av. De hade träffats med glesa mellanrum och talat mest om "serotonin och hjärnan".

Vi träffades när hennes läkare hastigt dött. Under vårt gemensamma arbete, som kom att vara under sju år, har en annan, tidi-

gare osynliggjord berättelse, om hennes liv blivit till – en

annan än den "psykiatriska" hon dittills hade accepterat.

Brita föddes i hemlighet i mitten av trettio-talet eftersom hennes biologiska mor tvingades lämna bort henne direkt efter förlossningen. Hon hamnade hos adoptivföräldrar. När hon var tre år blev hon och adoptivmodern påkörda av en bil och hon fick tillbringa ett halvår på barnavdelning på sjukhus. Benet läkte men ingen förstod eller talade med henne om vad denna andra separation innebar för henne. Att hon var adopterad fick hon veta när hon var åtta. När hon försökte reda ut vad det kunde innebära så hon till sin adoptivmor: "Så det betyder att du inte är en mamma utan en tant!" Vad Brita inte visste var att adoptivmodern själv en gång blivit adopterad. Frågan blev för svår att besvara och det enda svar hon förmådde ge var: "Vi ska aldrig mer tala om det här." Det gjorde de inte heller.

När Brita på egen hand försökte skapa en begriplig mening i sin tillvaro fanns en kristen idévärld att tillgå. I hemmet fanns en familjebibel med Dorés etsningar. Hon såg bilder av evig eld och skärseld – två bilder som smälte samman i hennes fantasi. Frågor Brita hade att brottas med var varför hon hade blivit "bortvald", inte välkommen av sina riktiga föräldrar – hon måste ha gjort något hemskt som medfört att hon straffats redan från början. Men vad hade hon gjort? Hon ansträngde sig ständigt för att vara perfekt men lyckades inte alltid. Den eviga elden blev konkret verklighet för henne – den väntade henne.

Brita utbildade sig, lämnade hemmet och började arbeta. När hon var lite över trettio blev hon gravid – något hon upptäckte efter att ha brutit en relation. Mannen hon avvisat tog några månader senare sitt liv. Hon blev fullständigt handlingsförlamad och blev sittande nätterna igenom, samtidigt som hon skötte sitt arbete på dagarna. En väninna lyckades förmå henne att ansöka om tillstånd att göra abort, som hon gjorde i allra sista stund, efter att ha fått tillstånd av medicinalstyrelsen. Handlingsförlamningen fortsatte och väninnan övertalade henne efter en tid att söka psykiater – som omedelbart diagnosticerade henne som djupt deprimerad och hon behandlades med ECT. Hon fick beskedet att hon led av en ärftlig depressionssjukdom. Efter några veckor ansågs hon förbättrad, skrevs ut och började så småningom arbeta igen.

Brita accepterade den diagnos och förklaring psykiatrin gav henne till hennes tillstånd – i brist på bättre. I hennes inre värld var det som hänt en katastrof. Den kristna tankevärld, hon lämnat när hon blev vuxen, återkom med full kraft. Här var brottet hon sökt – hon var nu skyldig till två människors död – det barn hon inte vågat föda och den man hon avvisat. Skärseld och helvete som väntade henne blev för henne bokstavlig verklighet och ingenting hon gjorde kunde ändra på hennes öde.

"Brita accepterade den diagnos och förklaring psykiatrin gav henne till hennes tillstånd – i brist på bättre"



Om vi vänder bort huvudet och vägrar ta i de svåra frågorna blir resultatet därefter

Brita blev en psykiatrisk patient. Hon fick så småningom en fast kontakt med en privatpraktiserande doktor som hon fick förtroende för. Med diagnosen kronisk depression prövade de sig igenom de flesta antidepressiva och hon kunde arbeta tills hon fullständigt utmattad kollapsade när hon var lite över sextio; hon fick då sjukpension.

Diskussion

När jag första gången träffade Brita kort efter min kollegas död fanns det enligt henne inte mycket att tala om; hon visste ju att hon var sjuk och behövde behandling. Samtidigt hade hon en vag känsla av att något inte riktigt stämde. När jag först frågade hur hon trodde det faktum att hon var adopterad påverkat hennes liv och sedan erbjöd en psykoterapeutisk kontakt svarade hon ja direkt. Det var som om hon länge väntat på ett tillfälle att få tala om något hon bara vagt anade. Våra samtal kom att vara i sju år - och den tidigare dolda livsberättelsen växte gradvis fram.

I slutet av sextioalet då Brita första gången sökte psykiater användes diagnoserna endogen respektive reaktiv depression, en uppdelning man idag har övergett. Den psykiatriska "berättelsen" skulle idag istället ha talat om återkommande depressiva episoder i en för depressioner sårbar hjärna. En sårbarhet som troligen uppstått under tidiga traumatiserande erfarenheter: separation från modern direkt efter förlossningen, osäkert omhändertagande på barnhemmet med upprepade separationer och slutligen den halvårslånga sjukhusvistelsen. Kanske har hon varit utsatt för negativ påverkan redan som foster - hennes mor "grät under hela graviditeten" har hon fått höra. Nutida forskning tyder på en sådan tidig påverkan. Den eventuella ärftliga komponenten är okänd men kan naturligtvis inte uteslutas.

Efter ECT-behandlingen har hon i stort sett kontinuerligt medicinerat med olika antidepressiva medel och gör så än idag. Utan medicinering blir hon mer passiv och extremt sårbar för också mycket små händelser.

Först genom att vi lärde känna varandra och började tala om vad som hänt kunde hennes egen berättelse bli till - en annan berättelse än den psykiatrikern erbjudit henne! Det bemötande Brita fick som psykiatrisk patient blev, som en upprepning av moderns ord, när hon försökte förstå vad det kunde innebära att hon var adopterad: Vi talar inte mer om det! Hon hade accepterat den psykiatriska diagnosen - endogen depression - i 30 år just därför att hon inte hade ett eget sammanhang - bara osammanhängande fragment om vad hon tidigare varit med om.

Brita säger idag att våra samtal är det bästa och det svåraste hon gjort i sitt liv. Hon har fått en sammanhängande berättelse om sitt liv och mycket att tala om. Skräcken för den eviga eld hon trodde väntade henne har försvunnit och hon förstår sina reaktioner bättre - både när hon ser tillbaka och i sin nuvarande vardag.

"Efter ECT-behandling har hon i stort sett kontinuerligt medicinerat med olika antidepressiva medel och gör så än"

Sammanfattning

Jag har här berättat om en idag drygt 70-årig kvinna, som efter 25 år som psykiatrisk patient, fick möjlighet att med någon tala om sitt liv. Från att ha setts - och sett sig själv - som en människa med en kronisk sjukdom, som ett objekt för behandling, blev hon någon som tillsammans med en annan människa kunde arbeta sig fram till en förståelse av vad hon varit med om, hon blev ett subjekt. Utan ett humanistiskt - subjektivt perspektiv, som inte ser dem vi möter främst som patienter med psykiska sjukdomar utan som människor med livshistorier som är möjliga att förstå och förhålla sig till, har psykiatriken svårt att vara till någon verklig hjälp.

Karin Rodhe

Psykiater och psykoterapeut

Studierektorsnätverket växer!

Sedan drygt ett år tillbaka finns det ett nätverk av studierektorer i allmänpsykiatri som träffas regelbundet. Hittills har nätverkets medlemmar träffats vid två tillfällen. Ett nytt tillfälle är planerat i anslutning till Medicinska Riksstämman i Stockholm nu i november.

Studierektorn är en central figur för att utbildningen av blivande psykiaterkollegor ska bli högklassig. Psykiatriska kliniker som ger bra ST-utbildning blir snabbt kända och det ger avkastning i form av lättare rekrytering. Således bör alla kliniker investera i en fungerande studierektorsfunktion!

Antal deltagare i nätverket är idag drygt trettio. Under de träffar som har varit har man talat om hur läget är i landet vad gäller arbetsförhållande för studierektorer (det föreligger stora skillnader i omfattning, avsatt tid, lönetillägg, ansvar för rekrytering av underläkare, plats i ledningsgruppen, plats i organisation samt tillgång till egen budget). Vi har gått igenom den nya målbeskrivningen och studierektorsgruppen har kommit med värdefulla synpunkter. Många uppfattar att ett av de stora hindren i ST-läkarnas utbildning är den bristande bemanningen och att produktionen därigenom går före utbildningen.

Studierektorerna har utbyte av varandra även via en maillista, där man kan växla idéer och tankar. Gruppen fungerar som referensgrupp för SPF: s utbildningsutskott och som nätverk i olika utbildningsärenden.

Nästa möte kommer att bli den 28/11 kl 10-14. Ämne för möte är METIS projektet och allmänpsykiatriens nya målbeskrivning. Är du studierektor och intresserad av att vara med? Maila raffaella.bjorck@sll.se

När arbetet blir en börda – om ett alltför stort engagemang?

Risker inom psykiatrisk verksamhet handlar inte bara om hot från patienter. Att engagera sig i människor i svåra livssituationer är också psykiskt påfrestande. Inte minst gäller det när det är barn som har det svårt. Inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är den typen av press en del i vardagen, och det är önskvärt att beakta risker med alltför stort engagemang innan det leder till överbelastning. Nedanstående text syftar till att ge underlag för diskussion och reflektion med förhoppning att det kan vara till hjälp innan det gått för långt.

“Lite grovt kan två av synsätten sägas granska organisationen. De två andra inriktar sig på hur individen fungerar”

Studier av psykosocial stress och sårbarhet har en lång historia inom socialmedicinsk forskning. Nedan beskrivs fyra synsätt/approacher. Alla synsätten har med god evidens visat att de beskriva förhållandena leder till ökad risk för ohälsa. Psykosocial stress och ohälsa är ju ett vitt och omfattande område, men genom att kombinera de fyra synsätten kan man få en tämligen sammanhållen och överskådlig bild av olika faktorer, och “få syn på” orimligheter i sin eller sin arbetsgrupps arbetssituation. Varje modell presenteras ytterst kortfattat nedan tillsammans med en illustration som (förhoppningsvis) ska göra synsättet mer åskådligt.

Lite grovt kan två av synsätten sägas granska organisationen och peka på förhållanden som ”vem som helst” har svårt att klara av. De två andra inriktar sig på hur individen fungerar och varför en del människor tål mer stress än andra.

Organisation - Vad

- Person-Environment Fit theory
- Demand-Control-support modell

Individ - Hur

- Transactional process modell
- Kognitiv modell

Person-Environment Fit theory

Studier av psykosocial stress och sårbarhet har en lång historia inom socialmedicinsk forskning. Nedan beskrivs fyra synsätt/approacher. Alla synsätten har med god evidens visat att de beskriva förhållandena leder till ökad risk för ohälsa. Psykosocial stress och ohälsa är ju ett vitt och omfattande område, men genom att kombinera de fyra synsätten kan man få en tämligen sammanhållen och överskådlig bild av olika faktorer, och “få syn på” orimligheter i sin eller sin arbetsgrupps arbetssituation. Varje modell presenteras ytterst kortfattat nedan tillsammans med en illustration som (förhoppningsvis) ska göra synsättet mer åskådligt.



Akarell Midnatt (beskuren) Kenneth Hedenström

Vad händer egentligen? Det är svårt att tåla stress i en konstig miljö

- Interaktion mellan individ och individens miljö
- Stress är resultatet av inkompatibilitet mellan individen och dennes möjligheter att passa in i den aktuella miljön
- Generella krav i prestationen och skickligheten/möjligheten hos individen

Ökad efterfrågan på BUP-insatser till följd av ökade behov pga:

- politiska förändringar med minskad solidaritet i samhället och större utslagning
- minskade resurser i barnomsorg/skola pga besparingar
- större press på familjer pga arbetslöshet, nya grupper med traumatiserade barn
- förbättrade metoder inom BUP, etc

Denna modell beskriver problematiken på en generell nivå, utan att beakta den subjektiva upplevelsen. Fler patienter kräver mer resurser, enbart effektivisering är omöjligt i längden. Alternativet är att minska tillgängligheten.

Demand-Control-Support modell

- Obalans i interaktionen mellan:
- Krav (kvantitativa och kvalitativa aspekter) som belastning, svårighetsgrad och motstridiga psykiska krav
- Kontroll, beslutsrymme, personens möjlighet att påverka sin prestation
- Stöd, förekomst av socialt stöd

Krav

Ekonomisk kris i offentlig sektor samtidigt som ekonomiskt ansvar delegerats nedåt i organisationen – ökade krav på chefer

Kontroll

En teamledare borde få vara ”landskapsarkitekt” och staka ut och vårda blomsterrabatter, men all tid går åt att släcka gräsbränder inom landskapet/ansvarsområdet, man har inget utrymme för



Om man inte kan styra sitt arbete blir man frustrerad. Som Charlie Chaplin i Moderna tider

övergripande strategiskt arbete.

Positiva exempel kan vara: patientfria dagar, förankra beslut uppåt i organisationen, att chefen "vaktar grottöppningen" (för svarar verksamheten, har mediakontakter) så att medarbetarna kan jobba i lugn och ro.

Stöd

Finns ej att få uppifrån i kaotiska organisationer, varje nivå har fullt upp med att lösa sina "just nu" frågor. Däremot rapporteras att team ofta ger gott stöd till doktorer på personligt plan, "värnar om

varit med i en expanderande barnpsykiatri med mer solidaritet med utsatta som drivkraft i vårdideologin, kan göra det lättare att tolka press negativt (citat från ST-läkare: "det jobbigaste på BUP är alla utbrända äldre kollegor, själva jobbet är rätt okej").

"Förr var sociala sektorn en kontinent, nu är den en samling isolerade (ibland välfungerande) öar i ett hav av kaos, om man tror att man befinner sig på en kontinent kan det bli förvirrande när man trillar i vattnet mellan två öar".

Kognitiv modell

- Kontinuerligt samspel mellan alla faktorer
- Interaktion mellan faktorerna – gör en person mer eller mindre sårbar
- Individen ses som en aktiv part
- Sårbarheten inte statisk utan varierar från tid till annan
- Mentala kartor
- Komplext mönster som utvecklas genom erfarenhet (minne+fantasi)
- I kombination med ett stimuli bestämmer kartan hur stimuli ska uppfattas
- Uppfattar, bearbetar, tolkar, lagrar och återkallar all yttre och inre information
- Stress är i första hand ett kognitivt problem - hur individen konstruerar situationen

I det kognitiva synsättet betonas hur tidigare erfarenheter ("scripts") interagerar med den aktuella situationen, gamla minnen speglas upp som automatiska tankar.

Exempel på mentala kartor – "så här måste man göra"

- Jag har ansvar för mina patienter – eller jag har också ansvar för alla andras
- BUP ska klara alla barn som ingen annan klarar
- Kan jag helt enkelt låta bli att göra det jag inte hinner med?
- Plan för att hantera oväntade situationer

En tydlig vision (t ex samarbete sluten-öppen vård) kan fungera som en stödjande mental karta, liksom tydliga mål och avgränsningar av uppdraget

Modellernas syfte är att identifiera vilka typer av psykosocial problematik i arbetsmiljön som är riskfaktorer för ohälsa. De säger inte hur man ska hantera situationen, det får man tänka ut själv. Man kan se dem som ett slags mätinstrument för att se efter var det "skaver" mest, och i sin arbetsgrupp börja med att försöka göra något åt de problemen. Modellerna kan vara en hjälp för att prioritera var man ska börja.

Per Gustafsson

BUP-klin, Linköping

Referens

Det barnpsykiatriska teamarbetet- tillgång, utmaning och frustration för Barnpsykiatern. <http://www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=8169>

doktorn".

I terapeut-klientrelationen har vi träning och redskap för att hantera vår egen belastning, i teamrelationerna medarbetare-medarbetare är det mycket lättare att tappa kontrollen över sin frustration och låta den flöda över andra.

Transactional Process model

- Transaktion mellan individen och dennes upplevda miljö
- Skillnad mellan stressfulla händelser/situationer och hur de kognitivt (och emotionellt) upplevs för en individ
- Stress (=stressor) tolkas som hotande och personen har inte resurser att hantera den

Här betonas doktors upplevelse av situationen. Alla människor tycker inte att lastbilen kommer med oöverstigligt många patienter, det finns en individuell sårbarhet.

I s k "primitiva" kulturer är det ofta en förutsättning för att bli medicinman att man själv har erfarenhet av smärta, att man gått igenom svårigheter och rett ut dem. Man brukar tala om "wounded healer". Bakgrundsfaktorer som gör att vi är bra som behandlare är riskfaktorer för sämre stresstolerans. (t ex är depressiva drag vanliga hos vårdgymnasieelever), att ha traumatiska erfarenheter (av t ex utmattning och kriser i organisationer).

Att ha en gammal (idealiserad?) modell att jämföra med, att man

Kunskap om hot och våld på avdelning minskar incidenterna

En av de svårare bedömningarna vi gör i psykiatri är att försöka förutsäga vilka patienter som kommer att bli våldsamma på våra avdelningar. I litteraturen framgår att forskning framför allt har bedrivits med fokus på patientrelaterade riskfaktorer men att olika studier ofta givit motsägelsefulla resultat. Den riskfaktor som framstår som mest robust är om patienten tidigare varit våldsam. Även en sådan faktor bör dock ytterligare värderas utifrån kunskap om detta våld hände nyligen eller för länge sedan, hur situationen då såg ut och mot vem våldet då riktades.

Kunskaper om patientrelaterade riskfaktorer ger oss ledtrådar om hur stor risk för våld vi kan förvänta oss men är samtidigt ofta av en sådan karaktär att vi har relativt få åtgärder att ta till för att minska risken.

Annan forskning har tittat på hur miljö, interaktion och avdelningskultur påverkar risken för våld och många menar att en av de viktigaste och mest grundläggande våldsförebyggande åtgärderna sker varje dag ute på avdelningsgolvet, i vardagens relationer mellan personal och patienter. I intervjustudier beskriver patienter hur personalens gränssättningstekniker och hänvisning till regler i vardagen kan leda till ökad risk för våld snarare än ökad



Anna Björkdahl

struktur och trygghet. I flera studier framkommer också att personal i hög grad anser att patienter blir aggressiva och våldsamma för att de helt enkelt är sjuka och att relevanta åtgärder därför

omfattar framför allt ökad medicinering och möjligtvis tvångsåtgärder. Ett sådant begränsat perspektiv kan leda till ett utbrett "maktslarv" hos personalen på avdelningen där patienter förvisas in på sina rum eller förvägras en andra kopp kaffe utan en reflektion över hur rätten att bestämma över patienten på det viset egentligen uppstod.

"Farliga situationer" istället för "farliga patienter"

En bred bas av förklaringsmodeller kan istället stimulera till att försöka förstå bakgrunden till patientens beteende och öppnar för ett bredare och mer sammansatt val av åtgärder. En sådan viktig åtgärd kan vara att kommunicera med hjälp av särskilda nertrappningstekniker, en annan att du själv och medarbetare har kunskaper i hur du står i rummet. Begreppet "farliga patienter" blir då mindre intressant till förmån för "farliga situationer". En farlig situation omfattar en

situation där flera allvarliga riskfaktorer är närvarande i relation till den aktuella patienten. Patientens psykopatologi är naturligtvis viktig att beakta och här är det ibland helt avgörande att nyare kunskaper om val av preparat och doser vid medicinering får styra snarare än gamla traditioner.

Skydd mot hot och våld inne på den psykiatriska avdelningen omfattar ett välkänt och delikat etiskt dilemma där trygghet och säkerhet för personalen, medpatienterna och den aggressiva patienten måste balanseras. Att personal och medpatienter kan vara utsatta för hot och våld från patienter är välkänt. Mindre känt är att medpatienter ofta känner sig tvungna att utveckla olika strategier för att undkomma aggressiva patienter. Strategierna kan handla om att bara vistas på jämförelsevis säkra platser på avdelningen där man inte är ensam, att försöka lugna ner den aggressiva genom att erbjuda någon form av muta eller att tidigt uppmärksamma personalen på att någon börjar bli hotfull. Samtidigt har vi en skyldighet att skydda den aggressiva patienten från kränkning och fysisk skada som kan inträffa om personalen utfört kontrollerande åtgärder som inte stått i proportion till situationens farlighet.

Att öka tryggheten och säkerheten för både patienter och personal är en utmaning väl värd att anta. Genom att se hur många olika faktorer som samspelar när en patient beter sig våldsamt kan vi också se att en hel del går faktiskt att påverka.

Anna Björkdahl

Leg sjuksköterska

Doktorand inom hot och våld

Lästips:

Richter, D. & Whittington, R. (2006). Violence in Mental Health Settings – Causes, Consequences, Management. Springer Science, New York.

Snälla kollegor! Gör att jag blir stolt över tidningen

KRÖNIKA

Jag har nu i snart två år varit huvudredaktör för tidskriften Svensk Psykiatri. Det är ett arbete som ständigt ger mig två saker; glädje och vanda. Glädjen infinner sig varje gång tidningen är klar (oftast någon gång klockan fem på morgonen samma dag som den ska skickas till tryckeriet).

Dessförinnan och därefter är det mest vanda, men eftersom glädjen är så stor över själva produkten, över det faktum att jag än en gång lyckades få ihop en helt färdig produkt som jag skapat själv från grunden så uppväger den allt det andra.

Det som är så fantastiskt med att göra en tidning är just den där känslan av stolthet inför det egenhändigt skapade. Jag inbillar mig att det är samma känsla som den utvandrade nybyggaren Karl-Oskar Nilsson kände när han lyckats bygga det första skjulet vid sjön Ki Chi Saga i USA. All vanda och oro blir till förvåning inför att det gick. Något som skänker en enorm tillfredsställelse.

Min sambo undrar varför jag gör denna tidning. Svaret är att jag gör den för att jag kan. Och det är så märkligt och stort att jag lyckas brödtextredigera (näja det finns emellanåt ganska många korrfe), fixa med layout, fotografera och bearbeta bilder och lägga in texter, lyfta ut citat, ersätta alla onödigt inlagda formatteringar med rätt mall och till slut få till en produkt som ju faktiskt liknar nåt. Likt ett barn som just tecknat sin första streckgubbe gläds jag enormt. Därför kommer jag också tillsvidare fortsätta att göra tidningen.

Förvånad vanda

Men det är alltså inte utan vanda. En vanda som förstärks av förvåning. För det är med stor förvåning jag konstaterar vissa detaljer om tidningens material. Vi har i redaktionen varit överrens om att göra en tidning med en debatt som ska präglas av hövlighet. Jag personligen har alltid (även då jag tidigare var chefredaktör för underläkarnas tidning Moderna Läkare) valt att ta in i stort sett allt insänt material (förutsatt att det är relevant för tidningens läsekrets) oavsett vilka konstigheter det rör sig om.

Detta gör jag för att skapa en atmosfär som säger till läsarna att i den här tidningen kan vi faktiskt skriva vad vi vill. Men jag gör det också för att väcka debatt. Delvis tycker jag att vi lyckats. Delvis tycker jag att reaktionerna kommer. Men någonstans känns det som om hela grundtonen är skev. Vad är psykiatri? Vem har tolkningsföreträde? Speglar materialet verkligen den samlade psykiaterkårens inbördes fördelning. Om så är fallet blir jag något fundersam.

För det är inte utan att det för mig känns som om jag blivit huvudredaktör för en psykoanalytisk tidskrift. Och det har aldrig varit min dröm. Men jag vägrar tro att en stor majoritet av Sveri-

ges samlade psykiaterkår inte anser att behandling i enlighet med vetenskapligt visade metoder måste vara målet och meningen med det vi arbetar med. Jag vägrar tro att de åsikter som huvudsakligen kommit till tals i vår tidskrift utgör kärnan i svensk psykiatri.

Det är framförallt i de mjuka frågeställningarna som ideologerna kryper fram med allsköns påhopp på vad den samlade vetenskapen faktiskt vet (just nu).

Och det är då min vanda blir som störst. Var är alla ni vetenskapligt logiskt stringenta psykiatriker som inte håller med om allt som skrivs i den här tidningen? Visst svarar ni ibland, men fördelningen är fortfarande skev. Visserligen gör vi en tidning som gärna tar upp de mjuka frågorna, men var är inläggen som beskriver den tunga vetenskapliga forskningen? Snälla gör mig en tjänst. Gör mig till huvudredaktör för en tidning som jag kan vara

stolt över. Inte bara stolt för att jag lyckats snickra en vacker tingest. Men stolt för att jag har kloka kollegor som försvarar evidensbaserad kunskap och vetenskap som syftar till att hjälpa den sjuke utan ideologiska sektaristiska förtecken.

Jag kanske är ensam i att anse att evidensbaserad kunskap är viktigt

Men nu gör jag det igen. Jag tar in en hel del i tidningen som jag inte anser bör stå oemotsagt. Bland flera saker märks inte minst en betraktelse över psykiatrin som jag väljer att publicera som debattinlägg. Personligen tycker jag att hela in-

lägget är svammel och fullkomligt utan relevans, men vad tycker ni? Jag vet att SPFs ordförande ämnar svara på inlägget i nästa nummer, men jag ber även er andra om svar. Ju fler som tycker desto bättre.

I förra numret valde jag att ta in ett inlägg från en Claes Davids-son som jag hade förväntat mig skulle leda till ett flertal protester. Nu fick jag bara in en. Nog måste flera ha tyckt att författarens åsikter var minst sagt konstiga. Ändå skriver ni inte. Det är just det som gör att jag faktiskt är huvudredaktör för en tidning som inte alls speglar mina egna uppfattningar. Men jag kanske är ensam i att anse att evidensbaserad kunskap är viktigt. Jag kanske är ensam i att ifrågasätta den vinkling som tidningen fått. Om det är så förvandlas min vanda till vanmakt.

David Eberhard

Huvudredaktör SP





Kalendarium

28 - 30 nov
Riksstämman
Stockholm, Sverige

28 nov - 2 dec 2007
WPA
Melbourne, Australien

12 - 14 mars 2008
Svenska Psykiatrikongressen 2008 (f d Vårmetet)
Stockholm, Sverige

2 - 4 april 2008
Vårmöte BUP-föreningen
Lund, Sverige

2 - 4 april 2008
1 st Swedish Sleep Medicine congress
Skövde, Sverige

2 - 4 april 2008
49th Annual Meeting of the Scandinavian College of NeuroPsychopharmacology
Juan les Pins, Frankrike

5 - 9 april 2008
16th Congress of Psychiatry
Nice, Frankrike

1 - 3 maj 2008
Society of Biological Psychiatry 63d Annual Convention & Meeting
Washington DC, USA

3 - 8 maj 2008
American Psychiatric Association Annual Meeting
Washington DC, USA

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



20 miljoner patienter har fått hjälp.

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 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



**NU FINNS ETT EFFEKTIVT SÄTT ATT
FÖRHINDRA NYA EPISODER
AV DEPRESSION.**

RISKEN FÖR ÅTERINSJUKNANDE ökar drastiskt med antalet depressionsepisoder¹⁻². Efexor Depot, världens idag mest använda antidepressivum³, bryter den onda cirkeln och förhindrar effektivt nya depressionsepisoder upp till två år⁴. Efexor Depot används med fördel vid måttlig till svår depression samt ångest⁵. För ytterligare information om Efexor Depot, välkommen att kontakta Wyeth, 08-470 32 00 eller besök www.contactus.org.

EFEXOR[®]
(venlafaxin)
DEPOT

Referenser: 1. Mueller TJ et al. AM J Psychiatry. 1999;156:1000-1006. 2. Judd LL et al. AM J Psychiatry. 2000;157:1501-1504. 3. IMS' Monthly Midas for MAT June 2007. 4. Keller et al. PREVENT, Journal of Clinical Psychiatry 2007;68(8):1246-1256. 5. FASS.se.
R F Indikationer: Egentlig depression med eller utan melankoli, inklusive depressioner förenade med ångest. Förebyggande mot återfall eller nya episoder med depression. Generaliserat ångestsyndrom. Social fobi. Paniksyndrom. Efexor Depot: 375 mg: (7 st 83.50 kr), 75 mg (14 st 196 kr, 28 st 348 kr, 98 st 1065 kr och 100 st 1087 kr), 150 mg (14 st 341.5 kr, 28 st 636.5 kr, 98 st 2050.5 kr, 100 st 2087 kr).
För ytterligare information beträffande dosering, kontraindikationer, varningar och försiktighet, interaktioner och biverkningar, se FASS-text.
Wyeth AB, Box 1822, 171 24 Solna. Telefon 08-470 32 00