

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#2

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

TEMA: Psykiatrins risker Del 1



Farliga patienter är en del av det som man ska kunna förutspå som psykiater. Men till vilket pris? I Anthony Burgess En apelsin med urverk manipulerade man ultravåldsvrakaren Alex med droger och beteendeterapi så att han inte tålde någonting.

TEMA Tove Gunnarsson gör en internationell överblick på rättsläget vad gäller eutanasi och konstaterar samtidigt att stödet för det även i Sverige är stort, dock inte i läkarkåren. Per Lindqvist problematiserar kring riskbedömningar med avseende på farlighet och Kristina Sygel har intervjuat en rättspsykiater som arbetar med riskbedömning av livstidsdömda. SID 9–13; 20–22 & 24–35

TEMA. Det finns många risker för de enskilda psykiatriska patienterna. För psykiatern gäller det att försöka hitta dem, ett jobb som kan vara nog svårt ibland. Suicidriskbedömning är standard, men är långt ifrån okomplicerat. Bo Runesson definierar några moderna myter om suicid. En ny risk är internet där människor utsätts för påtryckningar som vi bör känna till. SID 6–7 & 24–25

DEBATT SBU svarar **på** psykolog Peter Ankarbergs frontalangrepp på på antidepressiv medicinering. Ankarberg väljer de referenser som passar honom och väljer bort de som inte stödjer hans tes, skriver dem. I sin artikel om A Clockwork Orange passar SP:s Daniel Frydman på att kritisera tvång i öppenvård. Kanske en återkommande debatt. Skriv gärna om det ni brinner för. SID 28 & 30–31

Abilify® (aripiprazol) utmanar traditionell läkemedelsbehandling vid schizofreni.

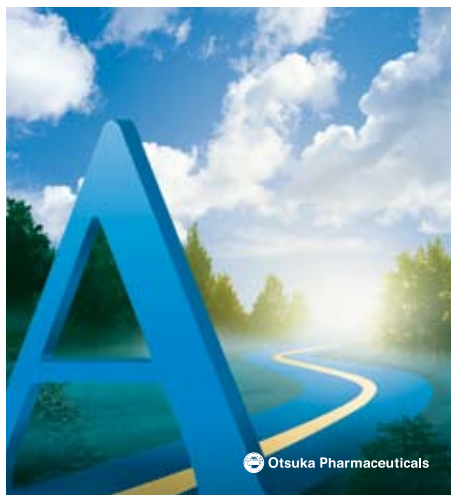
DEN MEDICINSKA BEHANDLINGEN av schizofreni har i modern tid till stor del handlat om en utveckling från typiska till atypiska neuroleptika. Nu utmanas de tidigare preparaten av ett annat läkemedel. ABILIFY har en ny verkningsmekanism.⁽¹⁾ ABILIFY minskar effektivt såväl positiva som negativa symtom i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

NO.1: Dopaminhypotesen.

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

NO.2: Ny verkningsmekanism.

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



NO.3: Effektiv symtomkontroll.

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

NO.4: Motverkar återfall.

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

NO.5: Effekt med mycket lite sedation.

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

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

NO.6: Gynnsam biverkningsprofil.

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

NO.7: Behandling som ger god respons.

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

Sammanfattning, ABILIFY.

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

REFERENSER:

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

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

En ny väg till effektiv behandling av schizofreni.

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



BUP och vuxenpsykiatri bör utveckla samarbetet

LEDARE

Ordförande
Lena Eidvall

Det känns oerhört spännande att vara med inom psykiatri i Sverige just nu! Som nyvald ordförande för Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri vill jag först tacka medlemmarna i föreningen för att ni givit mig förtroendet att vara med och driva frågor kring barns och ungas psykiska hälsa och kring den fortsatta utvecklingen av vår specialitet med kvalificerade psykiatriska insatser till dem som behöver det.

Många olika saker finns förstås på agendan för vår förening under de närmast kommande åren.

Inom Barn- och ungdomspsykiatri har vi stora förväntningar på oss själva och stora förhoppningar från andra att förhålla oss till.

Vi kommer att ha fördjupande möten med alla våra verksamhetschefer inom specialiteten för att bidra till utvecklingen av BUP i hela landet.

Vi ska fortsätta vårt arbete med "den röda tråden" - vårt arbetsnamn på hela yrkeslivet för barnpsykiatern, från rekrytering till pension.

Vi kommer att arbeta kraftfullt för att få till en fungerande första linjens sjukvård för barns psykiska hälsa. Vil-

ket betyder att vi ska samverka med skolhälsovård, primärvård och kommuner för att förverkliga dessa tankar.

Vi kommer fortsatt att arbeta tillsammans med bl.a. pediatriken kring flyktbarns väl-

"Vi ska bara arbeta på att göra rätt saker, se till att vi gör det vi är bäst på"

befinnande.

Vi bör också arbeta mer med etiska frågor i föreningen liksom med internationella frågor.

Vi har precis haft ett stort, välbesökt vårmöte i Stockholm runt evidens och implementering tillsammans med SPF, där ett av flera givande inslag var en historisk exposé över psykiatriens historia ur helt olika perspektiv. Jag har hört flera som besökte mötet uttrycka sin glädje över att vi nu har "lämnat ideologiperioden bakom oss och börjar syssla med vetenskap".

Min egen inställning är att det inte handlar om antingen

eller utan om både och.

Självklart ska vi inom föreningen arbeta metodiskt för att alltmer kunna basera vårt arbete på bästa tillgängliga kunskap och för att utveckla kvalitetsindikatorer, behandlingsuppföljning, gemensamma vårdprogram och standards för att ge bästa möjliga vård till den som behöver vård.

Läkarbemanning

Men så länge det ser ut som det gör, tydligt visat nu senast i betänkandet från psykiatrisamordningens utredning "Ambition och ansvar" och innan dess i Rädda barnens rapporter kring "Barnfattigdom", att en stor andel av våra patienter, både inom BUP och i vuxenpsykiatri, har betydligt säm-

re psykosociala betingelser än svensken i allmänhet så tror jag inte att vi kan vara utan ideologin. Vi ska bara arbeta på att göra rätt saker, se till att vi gör det vi är bäst på och se till att våra politiker och våra samverkanspartners får kännedom om det dom har möjlighet att påverka.

Tillsammans med vuxenpsykiatrien måste vi arbeta vidare med de frågor vi lyft fram de senaste åren kring utbildning, kompetensförsörjning och rekrytering på bred front. Som specialitetsföreningar har vi anledning att ägna extra kraft åt att intressera nya grupper av blivande läkare för vårt yrke för att närma oss en optimal läkarbemanning i framtiden. Samtidigt måste vi på allvar fundera över hur vi kan arbeta på nya sätt med patientens bästa i fokus med den verklighet vi har idag på många håll i landet - för få doktorer.

Jag har många förhoppningar på vad vi ska uträtta tillsammans de närmaste åren och vet säkert att ingen enskild aktör ensam kan göra det.

Jag ser fram emot spännande och utvecklande möten med de övriga psykiatriska föreningarna som vi delar denna tidskrift med.



Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjoe@sl.se)

Innehållsansvariga för detta nummer:

Per Lindqvist & Kristina Sygel

Innehållsansvariga för nästa nummer:

Tove Gunnarsson & Björn Wrangsjö

Annonser och material till:

redaktor@svenskpsykiatri.se

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktor@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)

Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)

Camilla Hallek (camilla.hallek@sl.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

I väntan på en utredning händer ingenting

Ett nytt verksamhetsår för Svenska Psykiatriska Föreningen har inletts. En ny styrelse har tillträtt, där en del av den gamla styrelsen har avgått och flera nya styrelseledamöter har tillkommit. Styrelsen har också utvidgats genom att vi nu har en styrelseledamot med särskilt ansvar för Riksstämman. Jag har fått det stora förtroendet att verka som föreningens ordförande under de närmaste två åren. Det kommer att bli mycket spännande. Från mitt arbete har jag med mig ett särskilt intresse för vård och omhändertagande av gravida med affektiv sjukdom – ett mycket eftersatt område i vårt land.

Mycket finns att göra framöver för vår förening. Miltonutredningen har tydligt lyft fram psykiatrins stora behov och brister i offentligheten och kanske kan det snart finnas möjligheter till bättre vård för våra patienter och till att öka psykiatrins resurser. Politiker i både Riksdag och landsting visar stort intresse för psykiatri även nu efter valet. SPF är en viktig aktör i det kommande arbetet med att tillsam-

mans med andra viktiga intressenter utveckla psykiatri i Sverige.

I september 2009 kommer den nordiska psykiatriska kongressen NCP 2009 att hållas i Stockholm. Trots sitt namn är kongressen självklart internationell. Arbetet med den har nyligen inletts och det ser redan mycket spännande ut.

ORDFÖRANDEORD

Christina Spjut

Linné - diagnostikens fader

2007 är ett Linnéjubileumsår. Det internationella intresset för Linné är stort. Många olika jubileumsmöten med olika teman går av stapeln i olika delar av landet. Carl von Linné verkade även som läkare och anses med sitt arbete med att systematisera växternas släktskap och även djurs också som en diagnostikens fader.

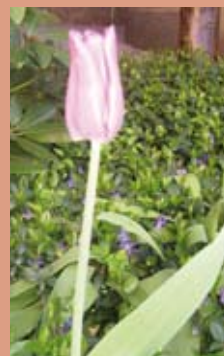
I Uppsala organiserar psykiatriska kliniken

Transkulturella enhet en internationell konferens 30-31 maj under rubriken "Classification, Diagnosis and Context; Celebrating Linnaeus 300th Birthday".

Medlemmar i SPF och anställda hos landsting och kommuner betalar ingen konferensavgift. Mera information hittar du via Akademiska sjukhusets webbsida www.akademiska.se/etp

Föreningen kommer inte att ordna något höstmöte i år, däremot kommer vi att satsa på Riksstämman med program hela onsdagen och torsdagen och på fredag förmiddag. Stämman går av stapeln i Stockholm 28-30 december. Vi planerar för ett flertal CME-kurser parallellt med Riksstämmodagarna. Vi strävar efter att öka psykiatrikernas möjligheter till fortbildning betydligt. Hör gärna av er till styrelsen med önskemål och idéer om CME-kurser. Väl mött på Riksstämman!

Christina Spjut



"SPF är en viktig aktör i det kommande arbetet att utveckla psykiatri i Sverige"

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforande@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Berglind

(vice.ordforande@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplig.sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklig.sekreterare@svenskpsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard

ST-representant: Johan Lundberg
(st.representant@svenskpsykiatri.se)

Riksstämmosekreterare: Rolf Adolfsson

(riksstamman@svenskpsykiatri.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall

(kanslist@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@ln.se)

ST-representant: Anna Steen (anna.steen@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 (per.lindqvist@ki.se)

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

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

Omslagsbild: © Everett Collection/IBL bildbyrå

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



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

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

Cipralex®
escitalopram

Målet är remission

*) Jämförelsen avser Cipralex 10 mg/dag vs Cymbalta 60 mg/dag under de första 4 veckorna. Under de resterande 4 veckorna fanns möjlighet att öka dosen Cipralex till max 20 mg/dag medan Cymbalta bibehölls på rekommenderad underhållsdos 60 mg/dag. Enligt svensk produktresumé finns möjlighet att öka dosen av Cymbalta till max 120 mg/dag. **) Jämförelserna avser Cipralex 10-20 mg/dag vs Efexor Depot 75-150 mg/dag samt Cipralex 20 mg/dag vs Efexor Depot 225 mg/dag under 8 veckor. Upptitreringen av Efexor Depot i den senare studien gjordes enligt amerikansk produktresumé, som tillåter en snabbare upptitrering än svensk produktresumé. Enligt den svenska produktresumén är initial dosering av Efexor Depot 75 mg och maximaldosen är 375 mg dagligen. Hos patienter med känd hjärt-kärlsjukdom och vid doser över 300 mg dagligen bör blodtrycket kontrolleras regelbundet.

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

Själv-mord - skapar vi nya myter?

Det är för oss som psykiatrer självklart att ämnet självmord är en aspekt när Svensk Psykiatri tar upp risker i psykiatrisk vård. Vi behöver egentligen inga påminnelser om att ämnet är viktigt, tankar kring död och självmord finns hos en stor andel av våra patienter i det dagliga arbetet. Patienterna kommer att väcka oss, om vi inte uppmärksammar att de kan ha tankar av uppgivenhet eller en vilja att dö. När ämnet tidvis får minskad uppmärksamhet i klinikens arbete inträffar efterhand suicid och vi tvingas uppmärksamma problemet och aktualisera hur vi tar vård om suicidnära patienter.

Själv-mord har alltid kringgärdats av myter, genom den starka laddning ämnet har, genom vår motvilja eller oförmåga att tala om svåra ting, eller genom att vi inför det tunga och ibland helt oförklarliga trevar efter att förklaringar till vad som hänt. För många som berörs av att någon nära dem tar sitt liv är den ständiga frågan "Varför"? För att klara av sorgen söker vi ofta en bild av vad som hände, som gör det någorlunda begripligt och som vi kan uthärda. Det svåra är ju ofta just att den som valt att ta sitt liv också tar sin förklaring med sig. Vår benägenhet, att som närstående eller ansvariga för vården känna skuld inför det som hänt, kan också påverka vår tolkning av vad som skedde och varför.

Hur skapas myter?

Under senare år har vi trott att vi kunnat rensa bort en del myter kring självmord. Vi har förstått att det inte är skadligt att tala med patienter om deras syn på liv och död. Vi vill i stället tro att redan genom att vi på ett förtroendeingivande sätt öppnar för samtal kring dessa frågor kan patienten uppleva en känslomässig lindring, genom att formulera sina överväganden i dialog med oss. Vi har på samma sätt gjort oss fria från föreställningen att "den som gör det talar inte om det". I flera undersökningar ser man att en stor andel av de närstående åtminstone i efterhand förstår att det fanns förutsägelser om vad som skulle ske. Ofta märker man efter ett inträffat självmord också inom vårdteamet att man skulle ha kunnat förstå de signaler som fanns och uppmärksammat dem.

Frågan är om vi inte skapar nya myter efterhand? Min tanke med detta inlägg är att söka efter sådana föreställningar som förs vidare i våra tankar och samtal oss emellan. Om sådana myter finns kan de i sin tur försämra vår lyhördhet. Min förmodan är att förenklingar används när vi inte orkar bry oss om att ta

"Myten skulle vara att ett intervjuinstrument som är använt och dokumenterat är ett tecken på en väl genomförd insats"

reda på patientens djupare avsikt, eller när organisationen behöver visa sin handlingskraft. De myter jag tycker mig kunna identifiera handlar om:



- Den breda tillämpbarhet vi vill ge skattningsskalor
- Att vi alltid bör utkräva ansvar när en människa själv väljer att ta sitt liv
- Att en "nollvision" för suicid är rimlig och viktig

Suicidriskbedömningen

För att vi i en akut situation ska kunna göra en bedömning av risken för en suicidhandling, impulsiv eller överlagd, behöver vi god information från patienten och gärna från närstående. I god avsikt heter det ibland från vår tillsynsmyndighet att man bör ha använt en skattningsskala eller ett intervjuinstrument, samt att ha dokumenterat det. I våra vårdprogram ger vi förslag på vilka av befintliga hjälpmedel som kan användas. Är detta den generellt adekvata åtgärden för att värdera risken? Eller är detta en förenkling som gör att vi kan avstå från att söka mer information om hur patienten tänker just i denna situation. Invaggas vi i falsk trygghet?

Det finns instrument som utarbetats och prövats, som fått spridd användning och som ger en viss möjlighet till prediktion av risk, i definierade situationer. De har dock ingen heltäckande användbarhet. Det kanske mest spridda, Suicide Intent Scale, kan passa t ex vid ett genomfört suicidförsök, men bara om suicidförsöket gjorts med någon form av förgiftning (1). Vid andra typer av försök som skärningar eller försök att hoppa framför ett tåg är det helt andra omständigheter som är av betydelse. Ibland används skalor som gäller graden av depression, men då krävs att vi förstår att suicidhandlingar ibland vid andra psykiska sjukdomstillstånd sker utan att depressionssymptom dominerar bilden.

Situationerna där en suicidriskbedömning behöver göras är varandra mycket olika. Under det korta förloppet av några dagars

"Kan man göra en kvalificerad analys utan att ha kulturkompetens, och utan att förstå dilemmat i balansgången mellan att begränsa och tillåta eget ansvar?"

de, när permission aktualiseras, när utskrivning ska göras. De instrument vi har att tillgå är inte känsliga inför de fluktuationer i graden av suicidal intention som sker redan under en kort tidsrymd. De väger inte in de reaktioner patienten kan ha inför att ha hamnat på en stökig vårdavdelning, som kan handla om vad hustrun sagt vid sista telefonkontakten innan en första permission, hur patienten tolkar det uteblivna halvt lovade besöket, antydan vid rondens om ev ändring av behandlingen efter helgen. En redan plågad människas reaktioner inför sådant kan vara avgörande för att han eller hon övermannas av en suicidal impuls.

Myten skulle vara att ett intervjuinstrument som är använt och dokumenterat är tecken på en väl genomförd insats. Vi skulle i så fall behöva helt nya och mycket fler hjälpmedel för olika specificerade bedömningssituationer för att bedöma suicidal intention. Vad det handlar om är att utifrån stor erfarenhet och engagemang fördjupa analysen av patientens psykoatologi, sociala och psykologiska inflytanden. Det hindrar inte att vi har god nytta av förteckningar över vad som kan beaktas vid olika bedömningar. Mer kunskap om situationen kan knappast vara fel, det är alltid bättre att veta mer än att begränsa sin kunskap när det gäller patientens historia och aktuella situation. Men den inhämtas inte alltid genom en rad strukturerade frågor.

Händelseanalyser

Avvikelse i vården ska enligt både centrala och lokala förslag för att höja kvaliteten i vården och patientsäkerheten utredas genom sk händelseanalys. Även om inte någon modell anvisas från tillsynsmyndigheten bör en "händelseanalys" göras. Händelseanalysernas bestämda avsikt är att hitta systemfel, man måste komma bort från syndabockstänkandet. Myten skulle då vara att det när något inträffar alltid finns ett organisatoriskt fel i en kliniks rutiner. Slumpen eller tillfälligheter som kan påverka skeenden existerar inte med detta synsätt. Även om det skulle vara en individuell felbedömning, ska man bortse från den mänskliga faktorn, den är eliminerad i modern psykiatrisk vård. En myt kan sägas vara att vi alltid bör utkräva ansvar när något går fel, om det inte är den enskilde får vi välja att peka ut organisationen.

Ett problem är att dessa utredningar bygger på erfarenheter utanför psykiatri och långt från den komplicerade multifaktoriella situation som resulterar i ett självmord. Förslag har ibland framförts om att införa haverikommissioners modell. Externa oinvigda tillkallas för att utreda ett självmord av en patient som kan ha haft en mycket långvarig kontakt med läkare och annan behandlingspersonal. Förstår dessa experter vad som händer när en människa i en presuicidal situation präglad av depression, hopplöshet,

vårdtid finns ett flertal bedömningssituationer som kräver olika information: redan när patienten kommer till akutmottagningen och ska vänta på primärjournen i väntrummet eller innanför den låsta dörren, vid primärjournens överväganden om behovet av inläggning, när patienten kommit upp till avdelningen, när patienten ev ska gå ut för att göra ett ären-

angest och ambivalens av olyckliga tillfälliga inflytanden följer en suicidal impuls? Kan man göra en kvalificerad analys utan att ha kulturkompetens, och utan att förstå dilemmat i balansgången mellan att begränsa och tillåta eget ansvar för att patienter ska kunna växa under krisens gång?

Vi behöver naturligtvis ta reda på vad som föregått ett suicid och vad vi kan lära oss av detta misslyckande. De system som utprovats inom psykiatri under senare år med debriefing och senare retrospektiv genomgång har som en viktig komponent samtidigt ett inslag av personalstödande karaktär. Genomgången av det inträffade självmordet behöver ske med omsorg om dem som påtagit sig uppgiften att försöka hjälpa den som kanske helst ville dö. Tillsynen från myndigheter kan försämra situationen för patienterna, om den upplevs irrelevant av dem som sedan fortsatt ska sköta vården. Det ökar otryggheten hos den personal som behöver mer trygghet för att med empati och mod kunna gå in i dialog med suicidnära människor.

Nollvisionen

En sista myt som hörs ibland är tanken att inga självmord ska behöva inträffa. Har vi någon grund för att tänka så? I de flesta sammanhang när det gäller enskilda människor och de beslut vi tar om målsättning med en intervention anger vi att delmålen ska vara realistiska. Misslyckanden med för högt ställda mål försämrar bara självkänslan hos individen. Samma sak kan gälla i samhället - om realistiska mål inte sätts förlorar de som utövar vården respekten för relevansen av visionen och för de åtgärder som görs i "nollvisionens" namn.

Självmorden minskar fortsatt, även om det inte finns någon minskning bland unga sedan början av 1990-talet (3). Tanken om att vi bör satsa mer resurser för att förstärka vården och preventiva insatser har stort stöd. Men vi har inte nytta av en retorik som känns orealistisk, som blir ett slagord som vi använder men inte kan tro på. Inget samhälle kan helt eliminera mänskligt illabefinnande. Det skulle krävas starkt repressiva inslag för att ta bort alla möjligheter att en enskild person inte skulle kunna finna en metod att ta sitt liv.

Vi lär oss av reflektion

De bedömningar och värderingar som är riktigt svåra ska inte förenklas för långt, och de behöver få ta tid och kräver eftertanke. Vi lär oss mer av den reflektion som få ske mellan oss och patienten, när sådana förutsättningar skapas. Vi fördjupar vår förmåga att förstå och hjälpa genom att ha en pågående dialog med erfarna kollegor och medarbetare.



Bo Runesson

Docent Norra Stockholms Psykiatri

För referenser se sidan xx



Från depression – till symtomfrihet.

Cymbalta® (duloxetine) är ett effektivt antidepressivt läkemedel.¹ Studier har visat att 44 % av patienterna var symtomfria efter nio veckor.¹ Man har även visat att fler patienter med måttlig till svår depression* når symtomfrihet med Cymbalta® jämfört med SSRI-preparaten paroxetin och fluoxetin.² Kvarstående symtom är en stark prediktor för ett tidigt återfall.³

Målet med depressionsbehandling är därför symtomfrihet.



Cymbalta®
duloxetine

Cymbalta® (duloxetine), N6AX21. För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60 mg en gång dagligen. För mer information, se www.fass.se. Referenser: 1. Detke et al. J Clin Psychiatry 2002;63:308–15. 2. Thase et al. Poster presented at the 156th Annual Meeting of the APA, San Francisco, CA; May 17–22, 2003. Abstract NR840:313. 3. Paykel et al. Psychol Med 1995;25:1171–80. *HAM-D17≥19. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00.

Hur undviker man vålds- och hotsituationer i psykiatrisk heldygnsvård?

Det har blivit allt vanligare med organiserat brukarinflytande ivärden. I Psykiatri Södra i Stockholm finns Klas Sundström som är s k brukarinflytandesamordnare (BISAM). Han skriver för Svensk psykiatri om sin syn på våld och hot om våld i psykiatrisk heldygnsvård.

Psykiatrisk heldygnsvård är en artificiell miljö. Även om trygghet, möjlighet till lugn och ro och normalitet eftersträvas är det en plats som endast finns till för perioder när personer mår riktigt dåligt. Samtidigt är det en normal miljö i den bemärkelsen att det också är en arbetsplats. Detta kan medföra att det blir skillnader i hur situationer hanteras ute i samhället kontra i den psykiatriska vården. Vi förväntar oss att det skall vara annorlunda och därför kan skillnader komma att accepteras utan att det finns någon egentlig anledning till att skillnaderna finns. Ett exempel på sådana situationer är där det förekommer våld eller hot om våld.

När våld förekommer i en vårdssituation finns det tre grupper att ta hänsyn till. Patienten, personalen och andra som är i närheten av händelsen. För personalen finns det vanligen väl utarbetade rutiner som i de flesta fall fungerar tillfredställande. För brukaren och i än högre grad för de personer som inte är direkt inblandade i händelsen så är det upp till den personalgrupp som arbetar vid tillfället hur situationen hanteras. Många gånger ställs frågor som: vad var det som hände? Hur känner du dig? etc. Detta är dock inte självklart. Det genomförs varken rutinmässigt eller i strukturerad form.

Borde vara självklart med "debriefing" för alla

"Ofta glöms gruppen som ser en våldshändelse bort. Är det någon som vill prata om det som har hänt?"

En vårdmiljö borde det lika självklart med "debriefing" för alla inblandade, patient, personal och personer i närheten. Känslor av skam, skuld och rädsla kan uppstå och relationen till psykiatri (eller till patienten) och andra patienter kan påverkas. Eftersom det handlar om vad som hände och varför, men också om upplevelsen av händelsen, är ett strukturerat samtal kring situationer viktigt. Det bör också ges möjlighet för patienter att tillsammans med berörd personal prata

igenom händelsen tillsammans. Det är viktigt att värna om relationen mellan behandlare och patient och det kan vara nödvändigt att återuppbygga ett förtroende.

Ofta glöms gruppen som ser en våldshändelse bort. Är det någon som vill prata om det som hänt? Våld är många gånger skrämmande och även åtgärderna kan skapa oro i en grupp. Debriefing har därför en viktig funktion även här.

Det är också möjligt att förekomma situation kring våld. I förberedande syfte kan vårdplanering vara ett användbart instrument. Detta är kanske inte möjligt vid första händelsen eller med en helt ny patient, men annars kan patient och behandlare diskutera igenom vad som är viktigt, utifall att patienten skulle må sämre och

om det förekommer någon form av våld. Tanken att när en person mår bättre tala om hur han eller hon vill ha det när måendet är sämre är på intet sätt ny. Det kan gälla om medicinering, kontakter med närstående men även om vålds- och åtgärdssituationer. Detta kan skrivas in i en krisplan men det går också att tänka sig en rubrik för överenskommelser.

Kontakt efter bältesläggning

Kalle kan ha önskemål om hur behandlingen ska utformas under den tid han är inskriven i heldygnsvård eller enligt LPT. Kalles synpunkter på medicinering ska i möjligaste mån beaktas. Finns det andra alternativ till medicinering om Kalle mår alltför dåligt och inte kan hantera sin situation på enheten? Hur ska

eventuella restriktioner se ut för Kalle då han är inskriven enligt LPT? Behöver Kalle hjälp med att begränsa telefonerandet? Behöver Kalle avskildhet från medpatienter etc?

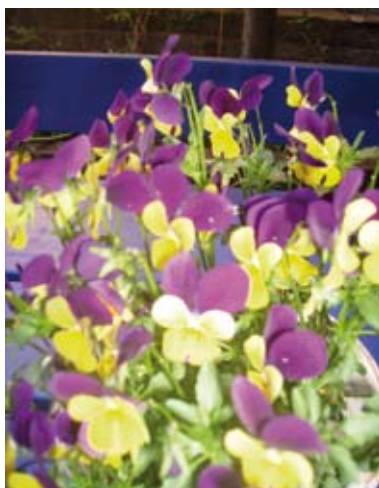
Vid behov kan det skrivna i vårdplanen behöva ändras eller utvecklas vidare. Om överenskommelserna eller planeringen i krisplanen inte fungerade som planerat är detta en anledning till att arbeta vidare, inte "ge upp".

Det finns, precis som innan och efter, saker att tänka på i samband med en våldssituation.

Om en patient blir lagd i bälte så är det bra att efteråt hålla kontakt med patienten, om möjligt med personal som varit med vid händelsen. Samtal kan föras kring vad som hände men vi ska vara medvetna om att en maktbalans inte kan bli ojämnare än så här.

Situationer kring våld och hot om våld är en av arbetsområdena som brukarinflytande-samordnare (BISAM) arbetar med inom Psykiatri Södra i Stockholm. Att hjälpa till med att hitta rutiner för vårdplan och debriefing.

Klas Sundström
BISAM Psykiatri Södra



Riskbedömningar för våld mot andra - vetenskap, klinisk praxis och läkaretik

Risk för våld mot andra av psykiskt sjuka är ett kontroversiellt område och både den vetenskapliga och professionella diskussionen har ibland präglats av till synes irrationella övertoner både i Sverige och internationellt. Det var därför mycket välkommet när Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) för några år sedan genomförde en metaanalys av kunskapsläget om riskbedömningar inom psykiatri (1).

Den här artikeln ska diskutera den SBU analysen i ett vidare sammanhang, titta in i den närmaste framtiden men först rekapitulera delar av "farlighetsdebattens" historia.

Bättre förr?

Så länge vården av de psykiskt sjuka baserades på inlåsning och begreppet frivillig psykiatrisk vård inte var påtänkt, var "farlighetsfrågan" enkel och avgjord. De psykiskt sjuka var inte bara farliga utan också fränstötande och under mellankrigsåren till och med betraktade av dåtidens rasister som så mindervärdiga att de döddes eller, som i Sverige, tvångssteriliserades. De "obotbara" fick finna sig i att hållas åtskilda från samhället.

När synen på de sjuka förändrades och institutionerna låstes upp under 1960 och 1970-talen visade amerikanska studier att de allra flesta av de utsläppta patienterna ("kronikerna") var timida och i antistigmatiseringens anda blev det viktigt att framhålla deras beskedlighet. Den världsledande auktoriteten inom våldsriskforskningen, Professor John Monahan, University of Virginia, gav uttryck för vetenskapssamhällets dåvarande kunskapsläge och framhöll 1984 i en ofta citerad rapport att forskningen visat att de psykiskt sjuka inte begick mer brott mot person än psykiskt friska.

Han kom senare att ändra uppfattning utifrån resultat från nyare epidemiologiska studier som publicerades under 1990-talet. Dessa studier var populationsbaserade, från

"De allra flesta av de utsläppta patienterna ("kronikerna") var timida"

både Europa och Nordamerika och metodologiskt mer robusta än de äldre rapporterna. Alla dessa nya studier kom fram till att personer med psykossjukdom hade en förhöjd risk att begå våldsbrott jämfört med den allmänna befolkningen. Visserligen var risken måttligt förhöjd, i Europa 4-6 ggr högre än förväntat, men larret gick och både forskningen, professionen och allmänheten på-

verkades. Ett stort antal studier initierades där man bl a sökte klarlägga riskfaktorer och utveckla prediktionsinstrument.

Kunskapsområdet fylldes snart med en försvarlig mängd artiklar, böcker och tjänster som alla revolverade runt frågan om farlighet vid psykisk sjukdom.



Värdelösa psykiatriker?

En grupp som råkade illa ut i denna intensiva kunskapsjakt var de kliniskt aktiva psykiatrikerna som enligt några studier i USA bedömdes vara värdelösa i att förutse våld bland sina patienter. "Läkarbedömningar är inte bättre än slumpen" blev ett ofta citerat resultat i den akademiska världen, särskilt bland dem som inte var kliniker eller läkare.

Var psykiatrikerna så oskickliga i att identifiera och avstyra våldshandlingar bland sina patienter som det då framhölls? Nej, naturligtvis inte. Då, som nu, fattades dagligen korrekta kliniska beslut av psykiatriker rörande risker för att patienter skall skada andra. Det förtjänar att lyftas fram att det vid varje vårdintygsprovning ska ske en riskbedömning enligt 3§: "Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket 2 skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa".

Svagheten med de resonemang som forskarna då lanserade var att inte kritiskt granska tillgängliga studier och undersöka när, hur, på vilka och av vilka riskbedömningar bör göras. Det blev teori och inte kliniskt relevant och utvecklingen skedde inom rättspsykiatri med sin speciella patientpopulation och inte inom allmänpsykiatri där metoderna så småningom skulle implementeras. Kanske bidrog det snabbt tilltagande politiska intresset för riskbedömningar till denna lite oreflekterade hållning; en risk som är uppenbar när forskning börjar producera kunskap som snabbt kan omsättas i praktisk handling. Det går för fort och forskningsfronten hamnar nästan på efterkälken visavi en pockande efterfrågan. Riskbedömningar blev en slags industri som för den fattiga rättspsykiatri gav disciplinen respektabilitet men också resurser för forskning och klinisk utveckling vilket rättspsykiatri aldrig varit särskilt bortskämd med.

Otillfredställande kommunikation

Jag menar att vetenskapssamhället tidigare inte var uppmärksam på den faktiska kunskap som praktiker besitter och inte heller till fullo förstått de kunskapsbehov som en kliniskt ansvarig lä-



kare har i det dagliga beslutsfattandet. Man kan se åtminstone tre områden där kommunikationen mellan forskare och praktiker varit otillfredsställande:

1) Man har inte skilt på studier som baseras på rättspsykiatriska respektive allmänpsykiatriska populationer. Bastalen

(incidensen) för våldshandlingar är naturligtvis mycket högre för personer som dömts för våldsbrott än för "vanliga" allmänpsykiatriska patienter. Därmed blir möjligheterna att korrekt predicera våld enormt mycket svårare, kanske omöjligt, för en allmänpsykiatriker i allmänhet. Märkligt nog finns det väldigt få bra studier som prospektivt visar bastal för våld bland allmänpsykiatriska patienter (begångna i samhället, ej på institution), dvs i en aktuell klinisk öppenvårdspopulation. Ingen har gjorts i Sverige. Och precis som vid alla andra åkommor är bastalet en av de viktigaste faktorerna för beslut om det är lönt att screena för en sjukdom eller beteende och om man har någon praktisk nytta av att känna till riskfaktorerna, dvs om fenomenet är så vanligt att det går att predicera med nämnvärd precision.

2) Det tidsintervall, ofta flera år, som riskbedömningsinstrumenten omspannar, är ofta av beskedligt kliniskt intresse. Som läkare gör vi bedömningar som sträcker sig till nästa dag, till nästa återbesök om tre månader eller kanske för ett halvt år om allt är stabilt. Då det gäller högradigt agiterade, psykotiska och aggressiva patienter på akutmottagningar och i den slutna akutvården görs riskbedömningen löpande. Uttryckt på annat sätt: om allmänpsykiatriska patienter begår lite fler våldsbrott än normalbefolkningen under en 5 års period, beräknat utifrån historiska registerdata, är bra kunskap att ha i åtanke men svårt att omsätta i klinisk kunskap. I undersökningsrummet behövs aktuella individspecifika data och ett vetenskapligt grundat underlag för en riskbedömning i det korta perspektivet, precis som vid suicidriskbedömningar.

3) De studier som publicerats har ofta inte baserats på vilka patienter som faktiskt finns tillgängliga för behandling utan på individer i historiska register. Personer med psykiatriska diagnoser som finns i ett sjukvårdsregister kan enkelt eftersökas i kriminalregister och för långa tider men inget säger att de under sökperioden har varit i vården. Eftersom psykiatrisk vård är frivillig kan psykiatrin inte tråla stadens gator, torg och bostäder efter före detta eller blivande patienter och riskbedöma dem. Eller ska alla som söker psykiatrin därefter bli föremål för en obligatorisk, livslång, itererad våldriskanalys?

Psykiatrins samhällsansvar

En mer komplicerad fråga som tangerar synpunkten ovan, är hur stort myndighetsansvar som läkare ska ta på sig. Idag finns väl ingen kollega som motsätter sig att allmänpsykiatriska patienter

ska bli föremål för en riskbedömning i förekommande fall. Frågan är snarare: när upphör psykiatrikerns ansvar? Ska vi medverka till en massscreening inom vår patientpopulation och vad gör vi med dem som får höga poäng men som inte är särskilt sjuka och långtifrån vårdintygsmässiga. Rapportera till polisens spaningsregister? Vad gör vi i den kliniska vardagen när patienter som vi bedömer som farliga av andra skäl än den aktuella psykiatriska diagnosen, t.ex. en antisocial personlighetsstörning, avslutar vårdkontakten? Detta problem är nog särskilt aktuellt för kollegor inom beroendemedicinen, inte minst efter avgiftning om intoxicationen eller abstinensen varit av psykotisk valör.

Det finns goda skäl att hävda att vårdens kvalitet är av mycket stor vikt för hur det går för de flesta patienter, även när det gäller våldsbeteende mot andra. Egendommeligt nog finns det inga studier, som jag hittat, som belyser om våldsbeteende hos allmänpsykiatriska patienter överhuvudtaget är relaterat till vård och behandling, än mindre om vården varit av god eller dålig kvalitet. Ska psykiatrin delta i samhällets våldspreventiva insatser vill jag argumentera för att en generell höjning av kvaliteten på den psykiatriska vården är att föredra. Det är i analogi med trafiksäkerhetsarbetet där vägräcken, bilbälten och andra generella olyckspreventiva åtgärder föredras på bekostnad av identifiering och omhändertagande av potentiellt trafikfarliga förare.

I arbetet med att utveckla den professionella standarden av psykiatrisk vård är vi psykiatriker synnerligen viktiga men frågan är större än så. De psykiatriska disciplinerna lider av ett antal tillkortakommanden som kanske mer beror på historia, kultur och system och där en enskild läkare inte förmår sätta emot så mycket. Att bära hundhuvudet när det går fel, utan att ha ägt redskapen för att ha ansvaret, är nog något som många av oss har varit oroliga för både en och två gånger. Man kan hävda att om psykiatrins kvalitetsproblem enbart läggs på psykiatrikerna riskerar man att missa ett nödvändigt utvecklingsarbete både på systemnivå, i ledningsstrukturer och bland andra professioner.

Ser man på psykiatrins ansvar för våldskriminaliteten ur ett epidemiologiskt perspektiv har flera väl genomförda studier, bl.a. i Sverige (2) visat att de psykiatriska patienterna svarar för mindre än 5% av det totala våldet samtidigt som de allvarligaste brotten, mord och dråp, begås av en svårt psykiskt sjuk person i cirka 15% av fallen (3). Varje år sker knappt 100 fall av dödligt våld i Sverige vilket innebär att kanske 5-10 personer med psykisk sjukdom av psykoskaraktär kommer att döda någon nästa år, mest troligt en nära familjemedlem. Men hur ska en enskild psykiatriker kunna identifiera detta kommande problem bland en av sina patienter på sin mottagning, särskilt som dessa tragedier inte annonseras i förväg utan sannolikt hemlighålls av olika paranoidea vanföreställningar? Om patienten ens finns i vården före gärningen? I detta

"Vad gör vi med dem som får höga poäng men som inte är särskilt sjuka och långt ifrån vårdintygsmässiga?"

"Det tidsintervall, ofta flera år, som riskbedömningsinstrumenten omspannar, är ofta av beskedligt kliniskt intresse"

"Men hur ska en enskild psykiatriker kunna identifiera detta kommande problem bland en av sina patienter på sin mottagning?"

sammanhang blir det extra viktigt att uppmärksamma att om psykiatri blir alltför "polisier" med allt fler rapporterings-skyldigheter till olika myndigheter så kan benägenheten att söka psykiatrisk vård minska. Det är ovisst vilka som då uteblir men det kan vara de personer som bäst behöver psykiatrisk vård för att inte göra sig själv och andra olyckliga.

Begreppsutveckling

Under 2000-talet har begreppsapparaten för riskbedömningar genomgått flera viktiga förändringar såväl internationellt som i Sverige. Den viktigaste är att ordet "farlighet" har övergetts till förmån för "riskbedömning" som å sin sida kopplats till begreppet riskprevention, vilket bl.a. leder till att "risk management" (riskhantering är den mindre lyckade översättningen) ses som en del av en riskanalys. Att bara bedöma risk anses oetiskt om det inte är kopplat till prevention och för läkare blir detta särskilt viktigt då vår professionella etiska kod bjuder oss att bara behandla sjuka människor för att ge dem vård. I ökande utsträckning blir det tydligt för allt fler att inlåsning och tvångsmedicinering självklart kan minska risk men bara så länge det pågår. Vad gör man sedan med den kvarstående risken? Och vem är riskfri? Därmed blir risk management viktigt för det kan/bör handla om hur risker hanteras efter att patienter skrivits ut från sjukhus och låsta enheter och där vården så småningom ska genomföras på frivillig basis.



Ett annat begreppspar som vinner terräng är risk- och behovsanalys.

Därmed indikeras att patienten ses som en som behöver hjälp och att det finns risker om denna hjälp uteblir. För oss som är fostrade i sjukvårdsparadigmet är ett sådant begreppspar naturligtvis både sympatiskt och självklart.

Även begreppet (re)habilitering används oftare, i varje fall inom rättspsykiatri, och det är intressant eftersom det pekar hän mot ett mer omfattande och långsiktigt åtagande gentemot patienten. En pågående vårdperiod uppfattas som en del i en längre process som bland annat tar sikte på att patienten ska få högsta möjliga livskvalitet (inte bara vara riskfri för andra). För rättspsykiatri, som av tradition är präglad av en institutionell vårdkultur, är begreppet relativt nytt; när en kollega och jag skrev om detta 1999 så var ordet knappast använt alls inom den forensiska litteraturen (4).

SBU rapporten

SBU rapporten (1) är ett viktigt instrument för att informera kliniker om vad vi faktiskt vet respektive inte vet. För dem av oss som inte hänger med i den högre matematiken är rapporten ovärderlig eftersom många studier är svåra att

genomlysas utan avancerade statistiska kunskaper.

Rapporten konstaterar att de bästa studierna om våldsrisk vid psykisk sjukdom har baserats på allmänpsykiatriska populationer. Det stora, mångåriga och påkostade MacArthur projektet i USA har levererat det vetenskapligt bästa underlaget för riskbedömning (5). Som en lustig tvist i sammanhanget är att dessa studier har funnit att psykisk sjukdom inte är en riskfaktor, utan kan vara en skyddande faktor, för våldsbeteende mot andra....

SBU rapporten konstaterar att manualiserade riskbedömningar inom psykiatri kan, bättre än slumpen, förutsäga patienters framtida benägenhet att begå våldshandlingar i samhället. Det är dock bara visat för män, inte för kvinnliga patienter och etniska minoriteter. Forskningen har visat att korrekt prediktion kan under optimala och vetenskapliga förhållanden göras i 70-75% av fallen. Validiteten mellan de två mest etablerade riskbedömningsinstrumenten HCR-20 och VRAG är likvärdig. Man konstaterar också att klinisk riskbedömning och "instrumentell" bedömning tycks vara likvärdig och att ingen betydande förbättring av precisionen på bedömningar med hjälp av instrumenten har skett över tid.

Rapporten lyfter fram behovet av forskning som kan göra riskbedömningarna mer dynamiska och som kan visa vägen för insatser att minska risk, särskilt på kort sikt. Det behövs också mer forskning i svensk miljö (den sociala miljön i Pittsburgh, Pennsylvania är inte helt jämför med svenska förhållanden) och kontrollerade studier på olika behandlingar och kombinationer av åtgärder.

Sammanfattningsvis lyfter rapporten fram den osäkerhet som vidlåter kunskapsområdet och den ger inget stöd för någon större tvärsäkerhet om "den rätta vägen". Man efterlyser studier med bättre "ekologisk validitet" dvs studier som sker på sätt som liknar kliniska förhållanden. I detta finns en större respekt för klinikerna och deras faktiska möjligheter att fatta ett, i retrospekt, rätt beslut.

Ny svensk studie

Vid S:t Görans sjukhus och Huddinge Universitetssjukhus i Stockholm pågår just nu en stort upplagd studie som syftar till att kartlägga omfattningen och karaktären på våldsbeteende från allmänpsykiatriska patienter under 20 veckor efter utskrivning från akutpsykiatrisk vård. Därtill ska ett nytt våldsriskbedömningsinstrument, COVR (Classification of Violence Risk), valideras för svenska förhållanden. Det är ett interaktivt databaserat program som innehåller de viktigaste risk- och skyddsfaktorerna för våld som MacArthur projektet i USA har tagit fram. Patienten får frågor enligt ett beslutsträd där varje fråga beror av det tidigare givna svaret. En intervju tar bara 10-15 minuter vilket gör den möjlig att använda i akutpsykiatri.

Genom denna studie kan vi för första gången i Sverige få en bra uppfattning om omfattning och typ av våldsbeteende bland psykiatriska patienter som befinner sig i den öppna vården, dvs bas-

"Man betonar alltmer vikten av att komma ihåg att vissa patienter kan vara farliga och att då göra en systematisk analys av risken"

talen. Då situationen i Stockholm skiljer sig från andra, mindre orter, planeras en identisk studie som inkluderar ett antal landsortskliniker (se annons på annan plats i denna tidning). Studien leds av chefsöverläkare Marianne Kristiansson, rättspsykiatriska avdelningen i Huddinge och den stöds finansiellt av Socialstyrelsen/Psykiatrisamordningen.

Var är vi nu?

Både bland forskare och kliniker, inte minst i Sverige, har "riskbedömningsfrågan" gått in i ett lugnare skede. Man betonar alltmer vikten av att komma ihåg att vissa patienter kan vara farliga och att då göra en systematisk analys av risken och hur den ska förhindras. Evidensläget är fortfarande högst oklart avseende vilka patientgrupper som bör beaktas särskilt. Eftersom de nuvarande riskbedömningsinstrumenten i allmänhet är alltför omfattande och tidskrävande har allt fler kliniker utvecklat egna checklistor

som bygger på kända riskfaktorer. Ett exempel är VIOL som används på psykiatriska kliniken i Västervik av läkarna, inte minst AT-läkarna. Det visar att själva ansatsen, att göra en strukturerad klinisk bedömning, är viktigare än att använda en viss metod.

"I epidemiologiska undersökningar är missbruk en betydligt starkare riskfaktor för våld än enbart psykisk störning"

Rättspsykiatri - en allmän psykiatridesurs?

Den livaktighet som utvecklades inom våldsriskforskningen har i Sverige haft sin bas inom rättspsykiatri. På den grenen

får man ofta inblick i psykiatriska behandlingsmisslyckanden och missade/felaktiga våldsriskbedömningar från andra grenar av det psykiatriska vårdträdets. Denna haverifunktion, som för övrigt skulle kunna renodlas och göras till en viktig metodutvecklingsprocess för hela psykiatri, är förförisk såtillvida att man inom rättspsykiatri felaktigt kan tro sig kunna bedöma effektiviteten av annan psykiatrisk verksamhet i allmänhet. Så är naturligtvis inte fallet eftersom välfungerande och välvårdade psykiatriska patienter inte synliggörs. En viktig uppgift för rättspsykiatri är istället att dela med sig av sin kunskap om våldsriskbeteende och våldsriskprevention men det måste göras med ödmjukhet och respekt för andra delar av psykiatri med dess annorlunda patientpopulationer och riskprofiler.



Vad väntar i framtiden?

Man kan spekulera i patienters framtida beteende men också i hur den psykiatriska vården kommer att se ut när det gäller våldsriskbedömning och metodutveckling. Jag tror att vi kommer, precis som inom somatiken, att få ett mycket bättre empiriskt underlag för riktade riskbedömningar mot

vissa subgrupper och en metodutveckling som stödjer riktade åtgärder mot ett fåtal patienter snarare än breda och energislukande "tråningar" av alla.

Det kommer också att bli mer allmänt bekant att missbruk, med eller utan samtidig psykiatrisk sjukdom, är särskilt viktigt att identifiera och behandla utifrån ett sjukvårdsparadigm. Därmed tar vi läkare även ansvar för riskbedömning, -hantering och rehabilitering av dessa patienter. I steget därpå är det dags att börja särskilja olika typer av missbrukare med olika beteenden. En alkoholist, en renodlad heroinist, en bensodiazepin-missbrukare och en blandmissbrukare uppvisar förstås olika kliniska bilder och olika risker för våldsbeteenden. I epidemiologiska undersökningar är missbruk en ständigt återkommande och en betydligt starkare riskfaktor för våld än enbart psykisk störning. I den bästa av världar innebär det att den nuvarande stigmatiserande våldsfixeringen på psykiatris patienter inte ersätts av motsvarande stigmatisering visavi missbrukare.



Per Lindqvist

Redaktionen Svensk Psykiatri
Docent Överläkare Gävle psyk klin

Referenser

1. SBU. Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? Rapport nr 175 2005, <http://www.sbu.se/index.asp>
2. Fazel S & Grann M. The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime. Am J Psychiatry 2006;163:1397 - 1403
3. Fazel S & Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. Am J Psychiatry 2004;161:2129-2131.
4. Lindqvist P & Skipworth J. Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry 2000;176:320-323.
5. Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, Roth L, Grisso T & Banks S. (2001) Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. New York: Oxford University Press.

Psykiatriker behöver mer kunskaper om självmordssajter

Av den stora mängden människor som tar sina liv i Sverige gör många självmord i en affekt eller utifrån en depressiv känsla av meningslöshet som blir så stark att alla relationer förlorar sitt värde. Somliga av de som tar livet av sig gör det i ett mer "kallt" skede, utifrån en plan eller utifrån en känsla av att det inte går att välja något annat. Dessa människor söker sällan hjälp för det psykiska lidande som ligger till grund för självmordsbeslutet.

Många som vill ta sina liv har vaga föreställningar om vad som kan vara en effektiv väg till självmord. Vi lär oss genom vår väg till psykiaterrollen att värdera självskadehandlingar utifrån intention, den som tar tio Sobril kan göra det för att han eller hon vill dö men kan likaväl göra det för att de första två eller tre tabletterna inte gav önskad hjälp på kort tid. Utifrån perspektivet att försöka hjälpa en människa att vilja leva så är det naturligtvis mycket viktigt att penetrera frågan om avsikt så noga som möjligt, även om de hjälpinsatser som kan behövas kan se ganska lika ut.

Vi kan vara glada för att okunskapen är så stor om hur farligt det är med vissa läkemedel och hur självmord ofta begås. Det finns många människor som tror att det inte finns dödliga läkemedel att ta till och att det är svårt med suicidala handlingar överhuvudtaget.

Jag har träffat på patienter som berättat för mig om hur de tagit hjälp via hemsidor för att läsa om hur det är lämpligt att ta sitt liv. Det har också funnits rapporter i tidningar från tid till annan om hur personer på chattsidor uppmuntrat människor som varit desperata till att ta sitt liv och att det efter fullbordade självmord funnits diskussioner mellan de övriga deltagarna där de hyllat personens mod och duktighet.

Den här sortens internetkommunikation är mycket viktig för oss psykiatriker att känna till, den finns där lätt att tillgå och många människor känner till att det finns "goda råd" att få om hur man dör och hur man ser till att undvika att bli hindrad. Jag har ägnat mig åt ett flitigt läsande av sidor på internet och hittat väldigt många engelskspråkiga sidor men desto färre svenska. Det fanns i mars 2007 inte fler än ca 55 bloggar på svenska som ta-

lar om självmord, de flesta kommenterade den skådespelerska som suicerade i början av året.

Sidor som uppmuntrar till självmord

Mina sökord när jag googlade (det är faktiskt numer ett verb som jag väntar mig snart kommer in i SAOL)

var självmord, suicid, suicide, wanting to die, suicideblog, självmord + blogg. Jag är tacksam om läsekretsen kan bidra med fler framkomliga sökvägar till andra sidor. I slutet av texten lämnar jag några länkar som visat sig vara bra och läsbara och som dessutom innehåller vidare länkningar in i en värld som för de flesta är okänd.

"Det går att hitta långa listor på preparat i toxiska doser med allmänna rekommendationer om att man bör tiodubbla doserna"



Det finns flera olika sorters självmordssajter. En grov kategorisering delar upp dem i sådana som är för självmord och sådana som är mot självmord. Somliga sidor som har "skyddande material" har ett utseende som i mycket simulerar de självmordsuppmuntrande sidorna. De sidor som vädjar till människor att inte ta sina liv är dels skrivna av sjukvårdsinstitutioner och hjälporganisationer och är dels skrivna av anhängare till personer som tagit sina liv. Det finns också många sökträffar som rubricerar sidor av typen suicide survivors där innehållet vill avskräcka eller där överlevare vill säga att livet åter fått mening.

De sidor som uppmuntrar till självmord och som vi kan ha nytta av att höra om patienter använder sig av, är också de av olika slag. Dels finns många bekännelser, enskilda hemsidor som mer har dagbokskaraktär utan att de är riktiga "bloggar". Sen finns sidor som handlar om enstaka metoder, man kan se en film av ett nästan fullbordat självmord med kolmonoxidförgiftning, filmen åtföljs av en förklaring till vad som behövs för att det skall lyckas. Det går att hitta långa listor på preparat i toxiska doser med allmänna rekommendationer om att man bör tiodubbla doserna för att vara säkra på att lyckas även om man blir hittad. En sida inleder partiet med doseringsförslag genom att säga att läkarna själva bistår patienterna genom att säga vad man INTE skall ta för preparat och i vilken kombination och hemsidans författare säger sig ha läst åtskilliga texter och ur dem lärt sig av läkarna de "bästa" sätten att dö.

**"Själv-mordspreven-
tionens viktigaste
punkt är möjlighe-
ten att bryta den lik-
giltighet som finns
gentemot andra
människor"**

Bristande motivation hindrar suicid

Paradoxalt intressanta si-
dor finns också bland de som
propagerar för självmordet.
Det finns naturligtvis många
som hänvisar till människans
oändliga autonomi och det
finns författare som noga filo-
soferar kring detta tema men
det finns en viktig sak som jag

tror är av intresse för oss att beakta. På mer än en sida har jag stött
på tanken att det största hindret mot ett genomfört självmord är
själv-mordskandidatens egen sviktande motivation. Jag tror att det
är mycket viktigt för att jag tror att det är sant! Den som fast be-
slutat att ta sitt liv kommer också att lyckas, det är en sorglig san-
ning. Den personen kommer inte heller att kommunicera sina pla-
ner utan kommer hantera dem på annat sätt. Detta är också något
som diskuteras noggrant på några sidor och som väcker mitt in-
tresse, där står förutom att den egna motivationen är en begräns-
ning också att andra människor kommer att anstränga sig för att
hindra planen från att sättas i verket. Rådet till den suicidale är
att välja sina vänner med omsorg genom att lyssna till hur de ta-
lar om sådana saker som döden. Den som vill hindra dig från att
ta ditt liv bör inte få chansen – för då kommer du inte kunna ång-
ra dig. Den sentensen återkommer på flera sidor och vi kan känna
igen den från våra patienter också, i form av kommentarer om att
vi inte blir anropade när det är på allvar eller att vi inte har möj-
lighet att hindra en människa dygnet runt året runt.

Själv-mordspreventionens viktigaste punkt är möjligheten att
bryta den likgiltighet som finns gentemot andra människor för
den kraft som finns i en relation är stor och meningslöshetskän-
slan verkar vara det som driver en människa bort från andra män-
niskor. De sidor på nätet som jag studerat är intressanta och inne-
hållet är viktigt för att det på ett extremt kraftfullt sätt pekar på
centrala mekanismer bakom utvecklingen i en självmordsprocess.
Det finns sjukdomar som är överrepresenterade bland självmörda-
re men inte alla deprimerade eller bipolära eller mångårigt schizo-
frena tar livet av sig, det vi bäst kan göra för att hindra självmor-
det att äga rum är att insistera på en relation som ger underlag för
ett kontinuerligt tvivel kring det egna beslutet. Behandlingen av
den sjukdom som samtidigt föreligger är nödvändig och självklar
men effekten på dödslusten blir större om sådana saker som själv-
mordssidorna trycker på, inte dyker upp.

Daniel Frydman

Redaktion Svensk Psykiatri

Överläkare Psykiatri Södra Stockholm

Länkar:

<http://suez-cide.tripod.com/> en sida med självmordsbrev

<http://www.i-mockery.com/goth/suicide.htm> ytterligare självmordsbrev

<http://www.fajaf.com/lokalt/suigui/> sidan heter "svensk självmordsguide"

<http://www.satanservice.org/coe/suicide/guide/> allmänt goda råd

Alla dessa sidor har vidare länkar och ger exempel på vad man kan få se på nätet
och vad våra patienter förmodligen också ibland ser.

Rapport om läget på SPUR-fronten!

**I september 2006, i samband med höstmötet,
träffades några av de gamla eldsjälarna som ge-
nom åren drivit SPUR-frågan framåt inom SPF.
Efter att ha fört en tynande tillvaro under en pe-
riod, i samband med byte av facklig sekreterare,
beslöt vi att åter aktivera oss.**

Vi är övertygade om vikten av att kunna rekrytera fler ST-läkare
till psykiatri och då är en dokumenterad god utbildningskvalitet
nödvändig. Inte minst den nya målbeskrivningen, som är under
framtagande, gör detta tydligt. Det finns redan idag en del speci-
aliteter, som gjort egna överenskommelser att ingen verksamhets-
chef bör godkänna utbildningen till specialist inom sin klinik om
inte kliniken varit SPUR-inspekterad under de senaste 5 åren, allt
för att höja kvaliteten i utbildningen.

Som en följd av detta beslöt vi, ihop med Ylva Öijvall från Lä-
karförbundets och Läkaresällskapets SPUR-stiftelse, att ordna en
SPUR-utbildning. Den ägde rum 24/1 -07 och samlade 11 del-
tagare under ledning av Ylva, SPUR-inspektör Ola Ohlsson från
medicinkliniken i Kristianstad samt Göran Björling, SPUR-in-
spektör inom psykiatri.

20 inspektörer

Från att ha varit sju inspektörer, en del utan formell utbildning el-
ler utbildade för länge sedan, är vi nu cirka 20 stycken.

De delar som granskas huruvida de uppfyller målbeskrivning-
en eller inte är

1. Verksamhetens allsidighet
2. Läkarstaben
3. Lokaler + utrustning
4. Tjänstgöringens organisation
5. Utbildningsklimatet
6. Teoretisk utbildning
7. Möjligheter till forskning och utvecklingsarbete .

Vi har i nuläget ca 7 klinker som väntar på SPUR-inspektion,
några under innevarande vår och resten till hösten. I arbete ingår
att man är två inspektörer och tanken är att en "ny" ihop med en
erfaren granskar.

Vi ser gärna fler klinker som anmäler sig! Även om ni vill göra ett
internt förbättringsarbete innan inspektionen, för att uppnå den
s k SPUR-effekten, är det bra att bestämma en preliminär tid. Det
brukar innebära att arbetet på kliniken ihop med ST-läkare och
all annan personal, kommer igång och underlättar SPUR-grup-
pens planeringsarbete.

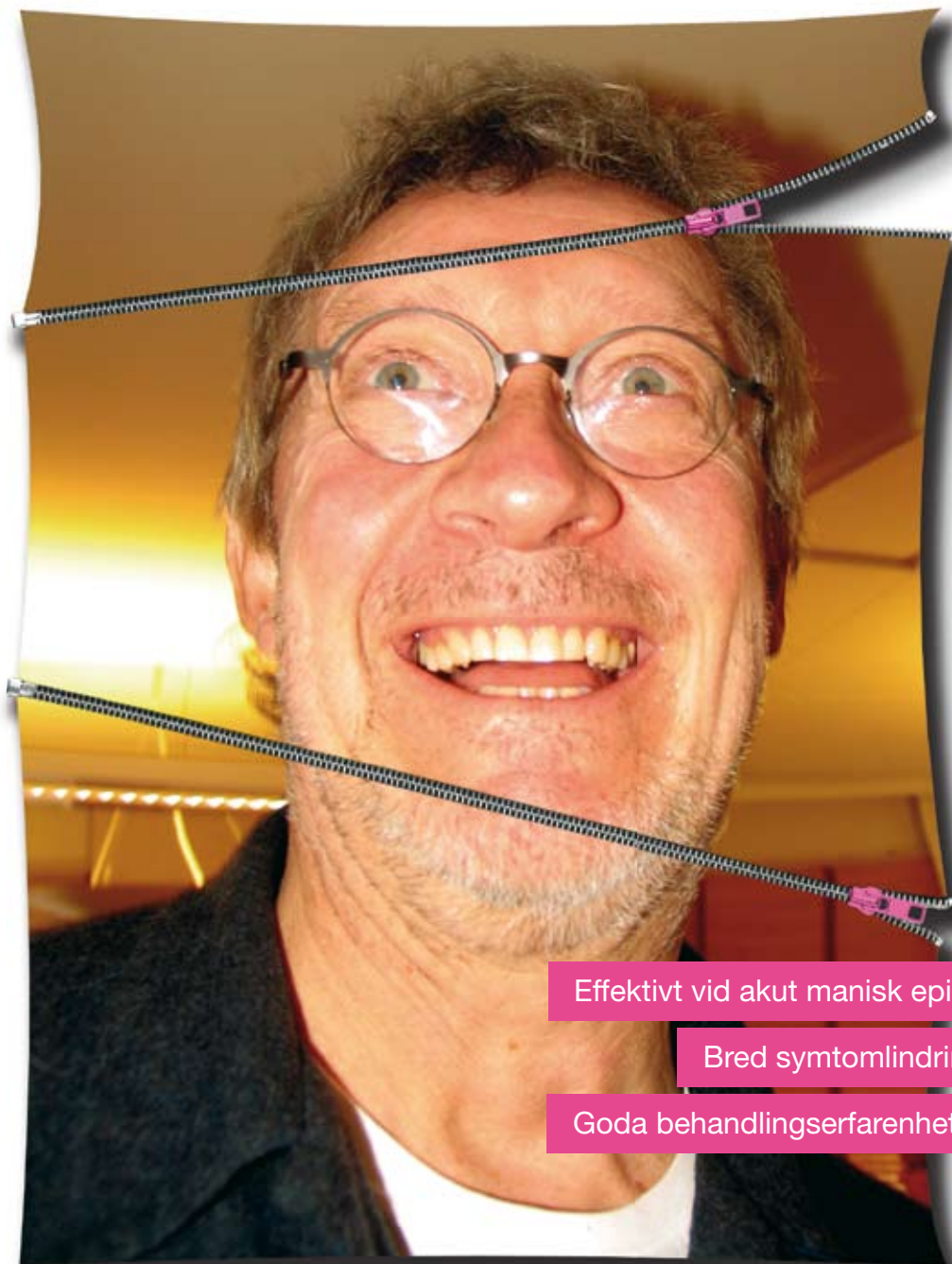
När en klink är SPUR-granskad, oavsett resultat (!), får man an-
vända SPUR-loggan när man annonserar efter läkare.

Hör av er till Ylva Öijvall på tel 08-790 33 00 som sedan för-
medlar kontakt med SPUR-gruppen.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Fackling sekr. SPF.

TOMMY HAR FÅTT I UPPDRAG ATT RÄDDA MÄNSKLIGHETEN. MED RÄTT BEHANDLING KAN DU HJÄLPA HONOM ATT TA HAND OM SIG SJÄLV.



Effektivt vid akut manisk episod^{1,3}

Bred symtomlindring^{1,4,5}

Goda behandlingserfarenheter^{1,3,5}

0608
ellmore

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

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

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

SEROQUEL® – VID SCHIZOFRENI OCH BIPOLÄR MANI

 **Seroquel**[®]
quetiapin

IDAG OCH IMORGON^{1,2}

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

En handledarutbildning som lär barnpsykiatern att lära ut

I en fransk småstad har barnpsykiatrin utbildat en ny kull ST-handledare. Det ledde till en hel del tankar och tips som kan vara av värde för alla psykiatrer. Gunnar Brodd från Västerås beskriver sin syn på utbildningen.

För fjärde gången arrangerade Barn och ungdomspsykiatriska föreningen (BUP-föreningen) en utbildningsvecka för huvudhandledare (HHL) under specialiseringstjänstgöringen (ST). Den första gick 1997 vilket var en grund för det nuvarande dokumentet för handledning under ST. Utbildningen var ett internat under september 2006 i staden Banyuls beläget i sydligaste Frankrike vid Medelhavet. Platsen har använts nästan årligen för utbildningar i föreningens regi i t ex chefsutveckling och uppgradering av ST-utbildningsboken. Formen och platsen ger bra gruppintensitet och många möjligheter till interna diskussioner även utanför kurstimarna.

Vår kurs var välplanerad med tydlig ram och struktur, samtidigt var kursledningen flexibel för gruppprocessen och enskilda idéer. Ledargruppen (fyra personer) hade även uppgiften att revidera det nuvarande HHL-dokumentet med vår grupp som referens. Inten-

siteten och kompetenta ledare borgade för god kvalitet och i våra ögon ett väl godkänt resultat. Gruppen var en bred samling barnpsykiater från hela landet, några relativt nya specialister andra nära pension eller med många års cheferfarenhet. En del hade erfarenhet av flera ST-handlingar, andra hade just börjat tänka sig det eller fått uppdraget. Vi kom från kliniker av alla storlekar, från bristsituation med två specialister, till Sveriges största i Stockholm.

Pedagogik

Problembaserat lärande (PBL) användes under kursen. Vi var tre stycken sexpersoners arbetsgrupper som processade teman och de olika uppgifterna. Redovisning gjordes i olika former (se fakta ruta) som gav omväxling och pedagogiska idéer för framtiden. PBL kan ses som en parallell till hur vi kan förhålla oss till "våra ST" i deras sökande efter kunskap och roll, kanske även till våra patienter i det postmoderna samhället?

"Akvariediskussionen" där några få eller en grupp satt mitt i rummet och diskuterade, gör det ofta lättare att lyssna på annorlunda åsikter. Vi provade rollspel i olika former, vi fick bl a se en påhittad konfliktfylld handledningssituation som var introduktion till att prata om sina hittillsvarande erfarenheter i bägge roller. I nästa rollspel fick vi gruppvis tre och tre pröva ett handledningsscenario med rollerna ST-läkare, handledare och observatör. ST fick kortfattat ge en klinisk vinjett som HHL handledde i cirka tio minuter. Observatören gav feedback när de andra två berättat om sina respektive upplevelser. I ST-rollen kom vi snabbt in i känslan och "tänket" som ny och lite trevande, HHL fick öva att lyssna och fundera vad som kan vara verksamt. Att fråga ingående var ofta bra, bägge parter fick då en tydlig bild av situationen, ibland räckte det för att nya idéer och lösningar skulle komma fram.

Process

Under kursens gång ökade känslan för ämnet, våra egna referenser breddades och vi märkte att summan av våra samlade erfarenheter var stor. Gruppens gemensamma kompetens gjorde att vi kunde se och komma på fler lösningar. Kursledningen var samkörd efter en tidigare HHL-kurs, och var lyhörda för gruppens "energini-vå" och behov av omväxling. Förslag från gruppen uppmärksammades och kom tillbaka som övningar, nya inslag eller paus. Som start och avslut för dagen hade vi gitarrmusik, mellan passen gym-



" Gruppen som deltog var en bred samling barnpsykiatrer från hela landet "

Faktaruta:

Exempel på tio använda arbetsmetoder under kursen.

1. Brainstorm vid kursstarten för att direkt få in oss i arbetet
2. Arbetsgrupp som följdes under hela veckan
3. Intervju av ett f d ST-HHL-par om hur de startade och fortsatte
4. Akvariegrupp
5. Kursledare intervjuar grupp efter grupparbete
6. Rollspel inför grupp om fiktiv handledningssituation
7. Rollspel i trios med rollerna ST, HHL och observatör
8. Kortföreläsning om filosofi, genus mm.
9. Helgruppsdiskussion
10. Parvis intervju med SWOT-modellen (Strengths, Weakness, Opportunities and Treats)

pa, dagarna avslutades med en kortare utvärdering.

ST-kontrakten

När HHL ska utses bör båda parter ha inflytande. Det kan både vara komplicerat eller perfekt med olika kön eller mycket olika åldrar. Vi diskuterade ST- och handledarkontrakt åtskilda för att för tydliggöra vikten av HHL. I gruppen fanns exempel på bra



och dålig handledning, som fick oss att precisera vad som är viktigt för ST-processen och handledningsrelationen. I diskussionen tydliggjordes att ramarna, d v s det som uttalas och skrivs i början, är viktiga för en bra ST-handledning. En annan slutsats är att vi även bör bygga in problemhantering. Dessutom bör exempelvis studierektorn eller verksamhetschefen vid behov kunna komma in som tredje part.

Handledarrollen

I början har HHL en vägledande, stödjande funktion, sen blir HHL mer av ett identifikationsobjekt och mot slutet allt mer som kollega. Här ingår den lite klivna rollen att HHL både ska ge stöd och vägledning samtidigt som man har en utvärderande funktion. Man glömmer lätt "teamet" runt ST-läkaren d v s verksamhetschefen som ger ramarna, studierektorn med stödjande funktion och kvalitetsuppgifter, HHL samt inte minst ST själv. I den nya målsättningen betonas ST:s roll att själv söka kunskap och lägga upp sin utbildningsplan för att öka motivationen.

"Hands on"

Vi efterlyste konkreta handledningsmetoder s k "hands on" om hur vi ska göra "handledning" (såväl allmänt som i svåra situationer). Hur vi utvärderar kunskapsutvecklingen samt hur vi tar och ger feedback konstruktivt.

HHL:s förhållnings-

sätt bör vara Sokratiskt d v s genom att med hjälp av frågor få ST-läkaren att reflektera, hitta alternativa lösningar och använda metakognition. Vi hade erfarenheter av olika svårigheter som HHL och ansåg att eventuella problem med respekt direkt ska upp på bordet, gärna med tredje part så att man slipper bli budbärare.

Det finns ett bra skattningsinstrument ursprungligen från familjeläkarna som Anders Westerlund modifierat för BUP, med flera olika barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd, och med olika andra läkarfärdigheter som vi behöver utveckla. "Medsittning" är ett bra sätt att lära ut läkararbete genom att ST-läkaren får se specialisten jobba. Men det fungerar också omvänt, genom att handledaren ser ST jobba vilket gör det möjligt att lyfta fram förmågor och jobba med svårigheter.

Regelbundna avstämningar mellan HHL och ST, mellan HHL, ST och den kliniske handledaren, mellan ST och studierektor samt med verksamhetschefen ger underlag för fortsatt planering.

Vi fick pröva SWOT-analysen (se faktaruta) som är ett neutralt sätt att lyfta fram styrkor och svagheter genom att be ST-läkaren analysera sig själv i sin roll ur respektive aspekt. Man kan då tillsammans prata om utvecklingsområden och möjligheter samt påvisa saker som man som HHL ser och vill lyfta fram.

Speciella teman

Den nya gemensamma ST-målsättningen från läkarförbundet betonar kommunikativ kompetens, ledarskapsutveckling samt kvalitets- och forskningsarbete. Vi måste alltså på olika sätt stödja vår ST i denna färdighetsutveckling, förutom i den rent biopsykosociala kompetensen. Kursledningen uppmärksammade flera av dessa mer komplexa delar av ST-studieplanen; etik, ledarskap, genusperspektiv och själva barnpsykiaterrollen

Etiken

Inom läkaryrket är etiken klassisk genom Hippokrates läkared. Vi måste ha en etisk diskussion levande med oss själva, med kollegor i team och läkargrupp. Etiken gränsar till juridiken och sunt förnuft: Men saker som vi gör enligt lagen är inte alltid etiska, hur gör vi då? Detta gäller på alla nivåer från vad vi skriver i journalen till att vi ser andra personer handla etiskt tveksamt. Hur ska vi handleda i detta? Tillräcklig tid måste ges för en sådan diskussion. Tankarna bör utvecklas tillsammans i våra olika arbetsgrupper. Vi fick höra att landstingsjurister ofta anser att BUP:s frågeställningar är svåra. Lagar och konventioner kan stå emot varandra. I dessa juridiska gråzoner är ST-läkaren ofta oskyddad och behöver handledarens stöd. För att minska det personliga tyckandet bör vi skaffa oss och vår adepte etiska verktyg via seminarier och litteratur.

Ledarskap

En självklar del av läkarrollen är olika former av ledarskap, ibland chefskap vilket ska belysas regelbundet. Steg ett är att kunna "leda

"Vi hamnar i en ledarroll redan på AT när vi ska leda en rond eller ordinera en behandling till en sköterska"

"Vi fick höra att landstingsjurister ofta anser att BUP:s frågeställningar är svåra. Lagar och konventioner kan stå emot varandra"

sig själv". Det kan t ex handla om hur mycket är rimlig arbetsbörda, hur får man administration att fungera; allt från ledigheter till intyg. Vi hamnar i en ledarroll redan på AT när vi ska leda en rond eller ordinera en behandling till en sköterska. För att träna dessa roller bör man i lagom takt pröva allt svårare uppgifter som t ex att handleda AT-läkare, lägga journalscheman m m.

ST-läkaren kan få uppgiften att iaktta ledarskapet på en konferens eller rond. Någon form av formell ledarskapsutbildning bör ingå, liksom kännedom om den egna organisationen samt att ta del av klinikens ledningsstrukturer. Man kan t ex följa verksamhetschefen under en vecka. På liknande sätt bör ST förberedas på att vara en "teamspelare/teamdoktor" genom att få olika roller påvisade för sig. Man kan få öva hur man hanterar medlemmar i teamet som tar all plats eller är "sura". Som ST kan man också hamna



i revirstrider som har mer med historien att göra. I sådana situationer är HHL viktig. Ett tips för att få respekt av gamla "teamrävar" kan vara att intervjua dem om deras kompetens och bakgrund.

Genusperspektivet

Vi behöver belysa könsroller på flera sätt. En majoritet på BUP är kvinnor. Det finns också fler kvinnliga barnpsykiater. I en ST-handledning blir relationen och perspektivet olika beroende på om vi är samkönade eller inte. För att belysa männens situation blev vi fyra män intervjuade om möjligheter och dilemman som "minoritetsgrupp". Nästa kurs bör väl även kvinnor bli uppmärksammade på liknande sätt.

Barnpsykiaterrollen

Vår läkarroll förtjänar regelbunden uppmärksamhet i en ST-handledning. Vi utvecklar en stor bredd. Från somatiskt kompetens via bl a neuropsykiatri till terapeutiska samtal med ungdomar eller familjer, d v s ett komplext biopsykosocialt syn- och arbets-sätt. Denna mix skall var och en av oss ska få ihop. Vår tysta kunskap, t ex förhållningssätt, humor, reflekterande samtal m m finns också med, men är ibland svår att sätta ord på. Det nära och omfattande samarbete vi har med andra akademiker skiljer oss i psykiatrin från somatiska läkare. Vi måste därför hitta en bra balans mellan det specifikt medicinska ansvaret och de unika möjlighe-

terna med ett tvärvetenskapligt team. Funderingar framkom om vår läkarroll ibland blir allt mer biologisk-medicinsk eller om det mer har att göra med läkarbristen? Exempel fanns på hur man lätt kan hamna i det "somatiska hörnet" i sitt team och därmed inte kan vara terapeutisk eller tänka psykosocialt.

"Det är lätt att hamna i det 'somatiska hörnet' i sitt team och därmed inte kan vara terapeutisk eller tänka psykosocialt"

Framtidens barnpsykiater?

Han eller hon finns inte ännu men vi är med och formar framtidens barnpsykiater. Vad kan och vill vi göra och vad vet vi om framtiden? Nyligen presenterade Karolinska Institutet en ny psykiologutbildning med mer biologi och med inriktning på psykiatrisk sjukvård. Kan det bredda samarbetsmöjligheterna i teamen? För att få fler specialister bör vi höja vår profil och status, d v s göra "varumärkesprofilering" så vi får fler sökande till våra ST-block. Vår specialitet bör komma in mer i grundutbildningen och AT. Vi bör medverka till en tydligare läkarroll. Efter denna kurs är vi mer rustade för en föränderlig värld och kan medverka till att utveckla en ny barn- och ungdomspsykiatri som kan spela en aktiv roll för barn och ungdomars hälsa i framtidens Sverige.

Gunnar Brodd

Barn och ungdomspsykiater på BUP i Västerås

Kan vem som helst få hjälp att dö?

I oktober 2005 visade SVT en uppmärksammas dokumentär (Lisettes aktiva liv och död) om fransk-australiensiskan Lisette Nigot som tog sitt liv med en överdos av tabletter. Hon hade fått råd om hur hon skulle gå till väga av den australiensiske dödshjälpsförespråkaren dr Philip Nitschke. Nigot var en frisk och aktiv 79-årig kvinna som fruktade att med stigande ålder drabbas av kroppsliga och mentala handikapp, och som därför inte ville uppleva sin 80-årsdag. "I want to stop it before it gets bad" stod det på en lapp som hon lämnade efter sig.

Eutanasi är ett grekiskt ord med betydelsen "god död". Idag används det synonymt med dödshjälp. Dödshjälp kan vara aktiv (t.ex. kan en läkare ge en patient en dödlig injektion), passiv (man avstår från livsuppehållande behandling) eller i form av läkarassisterat suicid. Läkarassisterade självmord innebär ett medvetet förskrivande av läkemedel och/eller rådgivning så att patienten kan använda detta för att suicidera. I Sverige är det förbjudet, liksom i Australien. Bland världens länder är det lagligt endast i Belgien, Holland, Schweiz och i den amerikanska delstaten Oregon. Psykiatrisk bedömning av patienten är obligatoriskt i vissa sammanhang men inte alltid. Det primära syftet med denna bedömning är att identifiera och behandla psykisk sjukdom, men ibland även att bedöma patientens förmåga att fatta detta avgörande beslut.

Denna artikel diskuterar inte rätten för människor med terminal sjukdom att få hjälp att avsluta sitt liv. Avsikten är istället att visa på förekomsten av läkarassisterade självmord för andra än terminalt sjuka, t ex personer med psykisk sjukdom.

Doktor Död

Vem är då denne Philip Nitschke? Han är en 60-årig australiensisk läkare som sedan ca tio år argumenterat för att alla människor ska ha rätt att själva bestämma när det är dags att dö. Han är ytterst kontroversiell och kallas av sina motståndare för "Doctor Death".

Nitschke har gjort sig känd bl a genom att hålla seminarier där han informerar deltagarna om hur man tar livet av sig. Förutom att ge dem instruktioner om hur man överdoserar läkemedel har Nitschke utvecklat andra självmordsmetoder. Bl a har han delat ut en s k "Exit bag", en plastpåse som träs över huvudet och dras åt runt halsen så att användaren dör av kvävning. Han har även konstruerat en maskin,

"Nitschke anser att även deprimerade, människor i sorg och problemtyngda tonåringar har rätt att få tillgång till medel att suicidera"

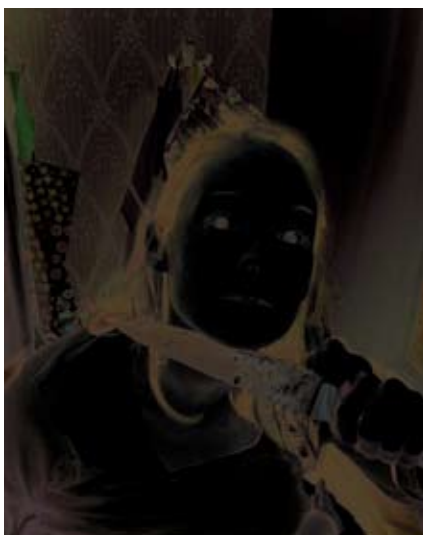
som vem som helst kan tillverka. Med hjälp av bilbatterisyra och myrsyra från krossade myror tillåter den användaren att andas in kolmonoxid till dess döden inträder. Utifrån en idé från Nederländerna arbetar Nitschke med att ta fram ett självmordspiller ("the peaceful pill") genom att kombinera produkter som går att komma över för vem som helst såsom alkohol, receptfria läkemedel och nikotin. Han har även haft planer på att skaffa ett holländskregistrerat fartyg som skulle ankras upp på internationellt vatten, där dödshjälp skulle kunna bedrivas i enlighet med nederländsk lagstiftning. I januari 2007 utkom Nitschkes bok The Peaceful Pill Handbook där han summerar det han lär ut på sina seminarier. I den beskrivs t ex hur man illegalt tillverkar barbiturater. Boken förbjöds i Australien februari 2007.

Nitschke har också blivit omskriven för sitt engagemang i fallet Nancy Crick. Crick var en 69-årig kvinna som gick ut offentligt, bl a via sin hemsida, med att hon hade för avsikt att ta sitt liv p g a avancerad tarmcancer. Fallet fick stor publicitet och man sålde t o m kopior till hennes dörrnyckel så att folk skulle kunna närvara vid hennes självmord. Så småningom suiciderade hon med en letal barbituratdos i närvaro av ett 20-tal personer. Först efteråt avslöjades det att såväl hon själv som Nitschke (men inte hennes familj) vetat om att hon blivit friskförklarad från cancer och att hon således inte var döende. Det framkom även att hon blivit hårt åtgången av eutanasianhängare då hon börjat överväga att pröva palliativ vård, och att det därför finns anledning misstänka att hon utsatts för påtryckningar att genomföra självmordet. Nitschke förklarade dock att det var irrelevant om hon hade cancer eller ej.

Nitschkes seminariedeltagare får skriva på ett intyg att de inte kommer att använda informationen de får till att suicidera eller hjälpa någon annan att göra det. Detta görs för att försöka ge Nitschke lagligt skydd. Att hjälpa någon suicidera - det kan räcka med att man samtidigt finns i rummet - kan i Australien nämligen leda till livstids fängelse.

Människor i alla åldrar besöker Nitschkes seminarier. Människor utan terminal sjukdom, och t.o.m. personer i gott hälsotillstånd har suiciderat i enlighet med hans instruktioner. Lisette Nigot är bara ett exempel. Nitschke har i intervjuer förklarat att han anser att även deprimerade, människor i sorg och problemtyngda tonåringar har rätt att få tillgång till information och medel att suicidera.

"Först efteråt avslöjades det att såväl hon själv som Nitschke vetat om att hon var friskförklarad från cancer"



Själv-mord i Schweiz

Aktiv dödshjälp är inte tillåtet i Schweiz. Däremot har läkarassisterade suicid sedan lång tid varit lagliga. Fyra organisationer hjälper svårt sjuka människor att begå självmord. Av dem är det endast en, Dignitas i Zürich, som tar emot utlänningar.

Dignitas bildades 1998. Över 5000 medlemmar finns i Europa, däribland fle-

ra svenskar. Man kan bli medlem i organisationen mot en mindre avgift (anslutningsavgift samt årlig kostnad). I brev och broschyrer ber man dock medlemmarna om ekonomiskt bidrag utöver detta. Då det är otillåtet att bedriva denna typ av verksamhet i vinstsyfte har misstankar uppstått om att grundaren tillika generalsekreteraren advokat Ludwig Minelli på olagligt vis gjort sig rik på sitt arbete.

Efter ett läkarbesök där natriumpentobarbital (som även används vid avlivning av djur) skrivs ut förs patienten till en lägenhet där en sjuksköterska rör ut läkemedlet i vatten. Personen i fråga måste själv ta läkemedlet, annars räknas det som mord eller dråp. När döden inträtt tillkallas polis som ska se till att allt gått rätt till.

I Sverige har massmedia uppmärksammat ett par svenskar som rest till Zürich där de fått hjälp att ta sitt liv hos Dignitas. Det har rört sig om människor med svår kroppslig sjukdom och utan hopp om bot eller lindring.

Verksamheten har dock kritiserats från många håll, man har bl.a. framfört anklagelser om att kontrollen är för slapp och att detta kan ge utrymme för missbruk och felbedömningar. Verksamheten har kallats för självmordsturism och det har uttryckts oro för att den ska ge landet dåligt rykte.

Det har framkommit att Dignitas även hjälper människor utan terminal sjukdom. Minelli har erkänt att kliniken assisterar vem som helst att begå självmord, oavsett om han/hon är sjuk eller inte. Även människor med psykisk sjukdom har fått hjälp att dö, bl a ett syskonpar i 30-årsåldern med schizofreni. Enligt ett schweiziskt domstolsutslag är det tillåtet att hjälpa psykiskt sjuka begå självmord om beslutet anses välgrundat och bestående.

Holland – först i världen med aktiv dödshjälp

***"Undersökningar
visar att endast
mellan 10 och 15 %
av svenska läkare
kan tänka sig att ut-
föra aktiv dödshjälp
på en patients
begäran"***

Aktiv dödshjälp och läkarassisterade självmord har förekommit under lång tid i Nederländerna. 1995 svarade aktiv dödshjälp för 2.3 % och läkarassisterade självmord för 0.4% av alla dödsfall i landet. Dock legaliserades eutanasi först 2001.

Personen måste vara bosatt i landet och ha fyllt 16 år. Det ska röra sig om ett outhärdligt lidande och tillståndet ska vara obotligt, men patienten behöver inte vara döende eller lida av dödlig sjukdom.

Även psykiskt sjuka utan somatisk sjukdom kan beviljas assisterat suicid om vissa kriterier är uppfyllda. Endast ca 2 % av alla som begär läkarassisterat suicid inom psykiatri beviljas detta vilket motsvarar 2-5 personer per år. De flesta av dessa har dock både psykisk och somatisk sjukdom. Affektiv sjukdom är den vanligaste psykiatriska diagnosen. Inom sjukvården som helhet blir 37 % beviljade assisterat suicid.

Belgien – dödshjälp för dementa?

Aktiv dödshjälp och hjälp till självmord legaliserades 2002. Den belgiska lagstiftningen påminner om den holländska men är mer detaljerad och utförlig. Under hösten 2006 har man diskuterat att utvidga lagen till att även omfatta demenssjuka och barn under 16 år.

Death with Dignity

I delstaten Oregon är läkarassisterat självmord lagligt sedan 1997 enligt the Death with Dignity Law. Endast personer som är bosatta i delstaten kan komma i fråga. Två läkare måste ha intygat att patientens sjukdom leder till döden inom 6 månader. Lagen kräver psykiatrisk bedömning om patientens läkare misstänker att patienten har en psykisk sjukdom eller att omdömet är påverkat av depression, men inte annars.

Hemlock Society i USA är världens största grupp av förespråkare för läkarassisterade självmord. Organisationen anser att detta inte bara ska förbehållas döende personer, och har betalat Philip Nitschke tiotusentals dollar för att utveckla "the peaceful pill".

Sverige – delade meningar

Aktiv dödshjälp och läkarassisterade självmord är förbjudna i lag, men frågan har debatterats i flera decennier. Ett mycket omskrivet fall inträffade 1977 då författarinnan Berit Hedeby hjälpte en svårt MS-sjuk man att begå självmord. Eftersom han inte kunde ta sitt eget liv bad han Hedeby om hjälp att ge honom en dödlig dos medicin. Högsta Domstolen dömde Hedeby till ett års fängelse för dråp.

Undersökningar visar att endast mellan 10 och 15 % av svenska läkare kan tänka sig att utföra aktiv dödshjälp på en patients begäran om det skulle bli tillåtet i Sverige. Handikapp-förbunden och de politiska partierna är dessutom väsentligen negativa. En stor majoritet av befolkningen säger däremot ja till aktiv dödshjälp enligt en Sifo-undersökning som genomfördes våren 2005. Frågan som ställdes lød: "Anser du att en obotligt sjuk person, som inte

"En stor majoritet av Sveriges befolkning säger däremot ja till aktiv dödshjälp enligt en SIFO-undersökning som genomfördes våren 2005"

har någon utsikt till förbättring och som finner sitt lidande outhärdligt, på egen begäran ska kunna få hjälp av läkare att avsluta sitt liv?" 78 % svarade ja, 13 % nej, 9 % var tveksamma.

Även om eutanasi vid psykisk sjukdom skulle vara accepterad så är frågan komplicerad. En rad frågor uppstår. När kan man anse att ett tillstånd är obotligt? Hur länge ska behandlingsförsöken ha pågått? Hur många behandlingsalternativ ska ha prövats? När kan man säga att spontan förbättring eller remission omöjligen kan inträffa? Idag kan ingen besvara dessa frågor.

Tove Gunnarsson

Redaktionen Svensk Psykiatri

Överläkare Psykiatricentrum Nordväst Stockholm

Revidering av Socialstyrelsens målbeskrivning prioriterat arbete för rättspsykiatri

Vad händer inom Svenska Rättspsykiatriska föreningen? En uppdatering för medlemmarna.

Vid senaste styrelsemötet i Stockholm den 19 mars så adjungerades tre medlemmar till föreningens styrelse. Clara Gumpert adjungerades till funktionen som verksamhetssekreterare.

Clara är disputerad barn- och ungdomspsykiater och chef för Sektionen för rättspsykiatri vid Karolinska Institutet, och hon är även snart specialistläkare i rättspsykiatri. Clara har redan hunnit planera ett symposium med inriktning på rättspsykiatrisk omvårdnad vid läkarstämman i höst. Styrelsen och Clara vill också passa på att påminna om möjligheten att inkomma med abstract för fria föredrag på stämman. Deadline för detta är den 15 juni och mer information finns

på läkaresällskapets hemsida. Vid samma möte adjungerades även Lars-Håkan Nilsson till styrelsearbetet. Lars Håkan är Medicinsk rådgivare vid Kriminalvården, och kommer därigenom att vara kriminalvårdens röst i styrelsen.

Han kommer även att ta över funktionen som facklig sekreterare. Slutligen så adjungerades Katarina Wahlund till att bl a delta i föreningens målbeskrivningsarbete för specialistutbildningen. Katarina är ST-läkare i psykiatri och rättspsykiatri och arbetar och forskar vid Rättsmedicinalverkets Rättspsykiatriska avdelning i Huddinge och vid Psykiatriska kliniken, Karolinska Institutet, Huddinge.

Målbeskrivningar i fokus

En av föreningens viktigaste uppgifter för närvarande är att på Socialstyrelsens uppdrag revidera målbeskrivningen för

specialistläkarutbildningen i rättspsykiatri. Sammanhållande i detta viktiga arbete är Per Lindqvist som gärna tar emot synpunkter.

Intressanta möten

Vi vill också påminna om två viktiga möten under sensommaren 2007:

7th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry i Oslo 22-24 augusti

Rättsmedicinalverkets § 7-dagar i Göteborg 6 – 7 september

Hur blir man medlem?

Slutligen vill vi bli fler och uppmanar intresserade kollegor att bli medlemmar i Svenska Rättspsykiatriska föreningen! Rutinerna för att söka medlemskap har fungerat uselt en tid och medan vi råder bot på detta och försöker få till en modern databaserad medlemsadministration tar vi till en gammaldags manuell, men säker lösning. Den som önskar bli medlem kan kontakta undertecknad sekreterare i föreningen och får då per post, e-post eller fax en blankett för medlemsansökan. Denna returneras lämpligen med vändande post/e-post/fax till undertecknad för att sedan snabbbehandlas av styrelsen. Alla legitimerade läkare verksamma inom rättspsykiatrisk vård eller utredning är välkomna att ansöka om medlemskap.

Lars Eriksson

Sekreterare Svenska Rättspsykiatriska föreningen

Adress: SU/Östra RPV, Lillhagsparken 3, 422 50 Hisings Backa

Tel: 031-343 75 43

Fax: 031-343 73 80

E-post: lars.eriksson@vgregion.se

*Nyheter från
Svenska Rätts-
psykiatriska
föreningen*



20 miljoner patienter har fått hjälp.

Mot hot som inga lås kan stoppa.



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

Nätet lockar med anorexi-sajter och sidor som är kopplade till porrindustrin

**Att det finns otäcka internetsajter som uppmunt-
rar till självskada, självsvält och rent av själv-
mord känner nog de flesta till, men det är lätt
att glömma bort att många av våra patienter –
särskilt ungdomar – tillbringar väldigt mycket tid
vid datorn och att saker de upplever där faktiskt
kan vidmakthålla problembeteenden och även
skapa nya problem.**

I ett skede när man mår dåligt och kanske har liten ork att träf-
fa vänner, gå till skolan och komma iväg till fritidsaktiviteter kan

det hända att tiden vid datorn
ökar och man är kanske dess-
utom mer utsatt för budskapen
från de här sajterna. En annan
risk är att hamna i problem när
man chattar. Har man hamnat i
ett sammanhang där t.ex. själv-
skador ofta diskuteras på ett
förhållande sätt kan det vara
oerhört svårt att stå emot påver-
kan när man sedan själv försö-
ker bryta detta beteende. Att på
nätet "lyssna till" andra som på
olika sätt mår dåligt kan för en

känslig person bli så betungande och svårt att värja sig mot att det
på ett betydande sätt påverkar hur man själv mår.

En annan risk är att på nätet träffa på personer som har särskilda
syften när de chattar med ungdomar. De kan få en att skicka bil-
der på sig själv och man kan uppmanas att skicka allt mer avkläd-
da bilder – bilder som sedan riskerar att cirkulera på nätet utan att
man vill och som blir en källa till vända och skam. En konversa-
tion kan visa sig ha som syfte att locka en att "prata" om sex och
så småningom utmynna i ett förslag på att ses.

Mats Andersson startade för några år sedan företaget Netscan
med syfte att sprida kunskap om vad som sker på de alla de ung-
domssajter som startas. Företaget har nu fem anställda varav två
på heltid. Man föreläser för barn, ungdomar och föräldrar och
tar upp ämnen som ungdomsprostitution, sajter som visar våld,
mobbing över nätet, försäljning av droger och webcamsex. Nets-
can samarbetar med polisen, Rädda barnen m.fl. men är inte i sig
en polisär myndighet. Man kartlägger de sajter som finns och ar-
betar också genom att utge sig för att vara barn och på så sätt för-
stå hur personer försöker få kontakt med ungdomar för att sedan
försöka inleda en sexuell relation eller få bilder mm.

- Vi har blivit "förförda" av ungefär 1500 "gubbar" på nätet, be-
rättar Mats Andersson. De här "gubbarna" börjar med att bygga
upp en vänskapsrelation och kan hålla på med detta under en lång

period innan de avslöjar sina syften. De kan till exempel prata om
fritidsintressen som hästar eller annat som de märker att ungdo-
men är intresserad av. Många förmedlar en slags "faderlig värme"
som naturligtvis kan vara extra svår att stå emot för en ungdom
som känner sig ensam.



Det finns en hel del fula fiskar på nätet

- Hittills har det inte varit olagligt med den här typen av text-
förförelse, som det kallas, utan det är bara i de fall det förekom-
mer bilder eller att man utlovar pengar som det går att väcka åtal.
Det finns nu ett förslag på ändring av lagen så att även text-förfö-
relse ska bli olagligt.

**". . . sen mår jag
ännu sämre för jag
fattar inte hur jag
ska orka bli som
dem . . ."
Lina 17 år**

Mats Andersson beskriver
också hur de bildsajter där
ungdomar lägger ut bilder på
sig själva ofta är kopplade till
porrindustrin, så att de bil-
derna kan hamna på porrsaj-
ter och bli cirkulerande flera år
framåt- något flickan eller poj-
ken säkert inte tänkte på den
där gången när hon eller han
skickade in bilden lite grann
på skojs.

- Det händer också att ung-
domar lägger ut bilder på varandra för att hämnas till exempel när
ett förhållande tar slut. Det har förekommit självmord i samband
med att en ung person farit väldigt illa av att bilder på henne lagts
ut "överallt", berättar Mats Andersson.

Lunarstorm är en stor "mötesplats" för ungdomar på Internet.
Här är man medveten om risker som finns och man har sex hel-

tidsanställda som arbetar med att ta emot anmälningar från personer som inte samtycker till att bli utlagda med bild eller text och man har då en skyldighet att ta bort materialet inom 24 timmar. När det gäller material som är olagligt, t.ex. barnpornografi, våldsskildringar, bilder eller texter som omfattas av upphovsrättslagen, skickas ärendet vidare till rikskriminalen som gör en bedömning.

Lunarstorm

Pia Johansson är en av de anställda på Lunarstorm och hon berättar att man ibland också får in påpekanden från medlemmar om att de mår dåligt av vad någon annan skrivit. Det kan gälla en diskussion om självskada till exempel. Personalen har då möjlighet att kontakta den som skrivit och berätta att andra upplever det de skriver om som obehagligt.

Men hur gör man när man upptäcker att någon som är inne och chattar uppenbart mår mycket dåligt?

- Då kan vi skicka tips om var de kan söka hjälp och skicka med länkar till lämpliga ställen att kontakta i deras hemkommun/landsting, säger Pia Johansson.

Det finns alltså ett stort behov av vuxna som engagerar sig i vad ungdomar kan hamna i på Internet och det är en god idé att vi som arbetar inom psykiatrin också intresserar oss för vad våra patienter kan råka ut för när de surfar in på olika sajter eller chattar med andra. En osäkerhet på den egna personen och funderingar på kroppsform och utseende blir inte bättre av att ens ansikte och kropp läggs ut på en porrsajt. Lika lite som det tuffa jobbet med att återgå till ett normalt ätande eller sluta med självskada gynnas av att upprepade gånger konfronteras med sajter som förhärsligar anorektiska kroppar och skärsår...

Glöm inte att det också finns sajter där man kan ta del av erfarenheter av att ha mått dåligt och kommit vidare. Det finns information om olika behandlingsmetoder och möjlighet att chatta med personer som haft det lika svårt som man själv och som kan uppmuntra en att kämpa vidare. Kanske vore det bra om vi i sjukvården oftare bistod våra patienter och deras närstående med tips på dessa sajter?

"Funderingar på kroppsform och utseende blir inte bättre av att ens ansikte och kropp läggs ut på en porrsajt"

Camilla Hallek

Redaktionen Svensk psykiatri
Överläkare DBT teamet BUP Stockholm

Utbildningsdagar i Lund

VÄLKOMNA till utbildningsdagar om Psykoterapeutisk behandling vid bipolär sjukdom hos unga i Lund 2-3 oktober 2007 med Julie Charbray och Amy West från Pediatric Mood Disorder Clinic i Chicago. För information gå in på www.lthalland.se/bipolar.



Kurs i psykofarmakologi

ST-läkare samt specialister inom BUP är varmt välkomna till SKA kurs "Psykofarmakologisk behandling av barn och ungdomar" på Klitterbyn, Ängelholm den 10-12 oktober 2007. IPULS nummer 20070063. För kursprogram och mer info, gå till www.ipuls.se samt för anmälan, gå till www.lthalland.se/psykofarm.

Referenser:

"Själv mord - skapar vi nya myter?"

1. Beck A et al, Development of suicidal intent scales. I: Beck (red) The prediction of suicide, Bowie (MD), Charles Press 1974:45-46
2. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9072/Sammanfattning.htm
3. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Publicerad www.socialstyrelsen.se, December 2006.

Nya ST- målbeskrivningar: En chans till bättre utbildning?

De nya ST- målbeskrivningarna gäller redan för alla läkare, som fick sin legitimation efter den 30 juni 2006. Detta trots att arbetet ännu inte är avslutat! Här kommer lite hjälp att orientera sig i den nya ST.

Utbildningen till specialist i Sverige ändrades radikalt då man gick från FV systemet till ST- systemet: förr blev man specialist genom att tjänstgöra ett antal år inom specialiteten. Med ST systemet (1996) (1) blev utbildningen målstyrd.

Varför nya målbeskrivningar?

2004 var det dags att sätta igång arbetet med nya målbeskrivningar.

Anledningen var dels att den medicinska kunskapsmassan under tiden hade ökat och gjort målen från 1996 omoderna, dels att harmoniseringen inom EU krävde att utbildningen skulle närma sig specialiseringsutbildningarna i övriga Europa. De yngre läkarna hade också efterlyst tydligare och mer specifika mål.

Socialstyrelsen (SoS)(2) efterlyste fylligare underlag till specialistansökan, helst med utvärdering av kompetensen med hjälp av extern värderare. Läkarsällskapet utfärdade ett dokument där specialiteterna uppmanades att genomföra utvärdering av kompetensen (3).

Läkarens nya roller

Läkarens roll har förändrats under de senaste tio åren och medicinsk kompetens är inte längre det enda som krävs. I linje med utvecklingen i övriga Europa (4), har SoS introducerat nya dimensioner i beskrivningen av specialistens kompetens. I de nya målbeskrivningarna (en arbetsversion finns på SPF:s hemsida) finns tolv delmål för medicinsk kompetens, tre för kommunikativ kompetens, två för ledarskapskompetens och två för kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

Riktlinjerna från Socialstyrelsen

Enligt riktlinjerna som arbetsgruppen har fått av Socialstyrelsen ska inte målbeskrivningen innehålla någon tidsangivelse (t ex om placeringslängd). Undantag är den totala längden av specialiseringstjänstgöringen som skall vara minst fem år. Målen (eller delmålen, som de kallas i målbeskrivningarna) ska styra utbildningen. Arbetsgruppen har försökt få fram de mest centrala målen, dvs de som bäst fungerar som indikatorer för uppnådd specialistkompetens.

Men det är inte lätt att reducera allt psykiatriskt kunnande till

ett litet antal delmål.

I praktiken kommer det att behövas mer detaljerade riktlinjer för att alla aktörer ska veta hur de ska utforma tjänstgöringen och utbildningen. En detaljerad beskrivning av ST-utbildningen kommer i form av rekommendationer från SPF. Det som står i målbeskrivningen är tvingande. Det som står i rekommendationerna är det inte.

Hur ska man läsa målbeskrivningen

Målbeskrivningen innehåller först en del med fritext och sedan en del i form av tabell. Stora delar av de första sidorna (förutom definitionen av vår specialitet) med löpande text är gemensam för alla specialiteter, men från och med "utbildningsstruktur" är det SPF:s egen text. Det som står i fritexten uttrycks som delmål i tabellen.

För varje delmål ska det specificeras hur ST-läkaren ska nå det och hur det ska kunna gå att bedöma huruvida målet är uppnått eller inte (mål - metoder för lärande - uppföljning i målbeskrivningen - tabelldelen). Att uppnådd kompetens, mål för mål, ska bedömas, är nytt.

Bedömning av kompetens

Arbetsgruppen har dels tagit inspiration av specialisttjänstgöringen i de andra nordiska länderna, dels av den i Canada och Storbritannien. Specialistkompetensen uppnås efter en

lång process, som innebär en kontinuerlig integration av praktisk erfarenhet från de kliniska tjänstgöringarna samt teoretiska kunskaper. Det innebär en successiv mognad i rollen som psykiater och ett förfinande av rollen som ledare, kommunikator och vetenskapsman. En sådan mångfacetterad kompetens är svärfångad i en examination som endast värderar de teoretiska kunskaperna alternativt de praktiska färdigheterna.

Ett instrument som fångar den pågående processen är "portföljen" (5). I den samlar ST-läkaren fortlöpande sina meriter, utdrag från journaler, protokoll från medsitningar, falldragningar, reflektioner från litteraturen, konferenser, kurser m m. "Portföljen" vittnar om det successiva mognandet från novis till expert. Fortlöpande genomgång av portföljen samt reflektioner om erfarenheter från tjänstgöringarna och utbildningarna utgör grunden för den fortlöpande formativa bedömningen. Det rekommenderas två formaliserade värderingar, den ena ungefär halvvägs under utbildningen och den andra mot slutet av ST, med en genomgång av den samlade utbildningsdokumentationen.

Metoder för lärande

Den kliniska tjänstgöringen är grunden. Den teoretiska utbild-

"En mångfacetterad kompetens är svärfångad i en examination som endast värderar de teoretiska kunskaperna alternativt de praktiska färdigheterna"

ningen är också central för en blivande psykiater, och detta betonas i målbeskrivningen. I varje delmål står det "kurs" och "teoretiska studier" som metod för lärande. Kursutbudet på ST-nivå är i skrivande stund inte tillräckligt för att fylla de behov som den nya målbeskrivningen innebär. SPF:s utbildningsutskott har ambitionen att verka för att förbättra kursutbudet så att det ska bli möjligt att leva upp till målbeskrivningen. Att följa den psykiatriska litteraturen är också nödvändigt för den blivande specialisten.

Raffaella Björck

Psykiatri Nordväst, Karolinska
Målbeskrivningsansvarig
Raffaella.bjorck@ssl.se

Bibliografi

- 1 Utbildningsboken för ST –psykiatri, 1996 http://www.svls.se/utbildningsbok/188,2933.cs?cs_dirid=188
- 2 Nya målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring - en arbetsmodell, 2004 <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8658/2004-105-2.htm>
- 3 Utvärdering av specialistkompetensen hos ST-läkare, 2005, <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000003369.pdf>
- 4 The profile of a psychiatrist, Report of the UEMS section of psychiatry, 2005 <http://www.uemspychiatry.org/section/reports/2005OctPsychiatristProfile.pdf>
- 5 John Biggs and Catherine Tang: Assessment by portfolio: assessment learning and designing teaching, 1997, teaching.polyu.edu.hk/datafiles/R128.pdf

**SKRIV TILL
OSS**



Vårmetet byter namn

Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Barn- och ungdomspsykiatriska Föreningen bjuder in till den gemensamma Svenska Psykiatrikonferensen 2008.

Konferensen håller på mellan den 12 och 14 mars nästa vår. CME-kurser kommer att arrangeras som tidigare. Det är en fantastisk möjlighet att fortbilda sig och att lära känna sina kollegor. Boka datumen redan nu.

Mer information kommer i de närmaste numren av Svensk Psykiatri. Man kan också gå in på www.svenskpsykiatri.se där information kommer att uppdateras regelbundet.

Prata eller skriv till de respektive föreningarnas vetenskapliga sekreterare om ni har frågor kring programmet eller eventuella synpunkter på vad som borde tas upp. Deras mailadresser står på sidan 4 i Svensk psykiatri.

Kolla också Svensk Psykiatri:s kalendarium på sidan 38 för mer intressanta kongresser. Där kan du också se de rättspsykiatriska konferenserna.

Tipsa gärna tidskriften om kongresser och maila då till redaktoren@svenskpsykiatri.se. Kalendariet ska hela tiden uppdateras med den information som ni önskar få ut till medlemmarna.

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2007 - 2008

NUMMER 3 2007

Själ och ande

(Innehållsansvariga Björn Wrangsjö & Tove Gunnarsson)

Deadline 20 juni 2007

NUMMER 4 2007

Psykiatrins risker del 2 (Hur förändrar jobbet psykiatern?)

(Innehållsansvarig Daniel Frydman)

Deadline 20 oktober 2007

NUMMER 1 2008

Psykiatin och media

(Innehållsansvarig David Eberhard)

Deadline 20 januari 2008

NUMMER 2 2008

Etik

(innehållsansvarig ej bestämd)

deadline 20 april 2008

SBU svarar om antidepressiva läkemedel

Ankarberg väljer referenser som passar honom

Peter Ankarberg har under rubriken "Antidepressiva läkemedel har ingen effekt" i Tidskrift för Svensk Psykiatri nr 1 2007 ifrågasatt SBU:s slutsatser vad gäller depressionsbehandling (1).

Ankarbergs syn på begreppet "vetenskapligt stöd" skiljer sig från SBU:s, något som vi redan tidigare framfört (2). Ankarberg extrapolerar bland annat resultat från studier som granskat värdet av psykodynamisk terapi vid andra tillstånd, t ex schizofreni och personlighetsstörningar, för att bevisa att metoden har effekt vid depression. Ankarberg använder också ett mycket selekterat urval referenser som stöd. Ett konkret exempel gäller diskussionen om kvaliteten på den terapeutiska alliansen där Ankarberg stödjer

"Ankarberg använder ett mycket selekterat urval referenser som stöd. När det gäller kvaliteten på den terapeutiska alliansen stödjer han sig på en enda referens"

sig på en enda referens (3). Ankarberg kunde också ha redovisat en randomiserad studie på 100 patienter som granskar värdet av relationen mellan patient och terapeut vid dynamisk psykoterapi (4) och som inte såg att den terapeutiska alliansen förbättrade funktionsförmågan.

SBU vill också kommentera två specifika

frågeställningar som tas upp i Ankarbergs inlägg.

Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och stödsamtal

Ankarberg uppger inte några referenser på vilka han baserar slutsatsen att effekten vid kombinationsbehandling huvudsakligen härrör från stödsamtal. SBU för sin del kom fram till att behandlingsresultaten i primärvården kunde förbättras jämfört med rutinvård (dvs. antidepressiva läkemedel) med tillägg av komponenter som t ex patientundervisning, telefonstöd och psykologisk behandling. Detta bekräftas också i en nyutkommen systematisk litteraturoversikt av Gunn och medarbetare (5).

Jämförelser mellan olika psykoterapier

Vad gäller effekt av olika psykoterapier slår Ankarberg in öppna dörrar eftersom SBU:s granskning av psykoterapier för depressionsbehandling fann ett måttligt vetenskapligt stöd för effekt av psykodynamisk terapi (PDT). Dessutom inkluderade SBU-rapporten studier med väntelista som kontroll, vilket gynnade psykoterapi i

granskningen. Evidensläget har inte förbättrats nämnvärt sedan dess. I en nyutkommen översikt av Cochrane Collaboration (6) identifierades totalt två studier som höll medelhög till hög kvalitet om behandling av egentlig depression med PDT.

God grund för evidensbaserad vård

Ankarberg summerar att SBU:s slutsatser om evidensbaserade behandlingar vid depression är vilseledande och att SBU har en övertro på tekniker. SBU delar inte den uppfattningen. Grundbulten i rapporten är att de flesta patienter med depression kan bli återställda och återfå full funktionsförmåga, givet att tillgängliga behandlingsalternativ utnyttjas systematiskt. Med kunskap om vikten av god diagnostik, kontinuerlig uppföljning och om de olika alternativ som står till buds vid otillfredsställande svar på behandlingen finns en god grund för en evidensbaserad vård av depressioner.

"Ankarberg kunde ha redovisat en randomiserad studie på 100 patienter som granskar värdet av relationen mellan patient och terapeut vid psykodynamisk terapi"

Lisa Ekselius

Professor

Inst för neurovetenskap

Uppsala universitet

Björn Mårtensson

Universitetslektor

Inst för klin neurovetenskap

Karolinska institutet

Agnetta Pettersson

Projektledare SBU

Referenser

1. Behandling av depressionssjukdomar, SBU-rapport 166, 2004
2. v Knorring L, Fredriksson M, Pettersson A: Slutreplik: Slutsatserna kvarstår om psykodynamiska metoder vid ångestsyndrom. Läkartidningen 2006, 103 (8): 3926-7.
3. Safran JD, Muran JC (2000). Negotiating the therapeutic alliance. New York, Guilford.
4. Hoglend P, Amlo S, Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations Am J Psychiatry 2006, 163 (10):1739-46
5. Gunn J, Diggins J, A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. BMC Health Services Research 2006, 6:88
6. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S, Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, Cochrane Library 2006, Issue 4



FORSKNINGSSTIPENDIUM 2007

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

Stipendiet utgår år 2007 till 100 000 kronor inom ämnesområdet Gynekologi-Obstetrik och 100 000 kronor inom ämnesområdet Psykiatri.

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



Ansökan skall sändas i ett exemplar, senast den 15 juni 2007 till Annica Arvidsson, Organon AB, Fiskhamnsgatan 6 C, 414 58 Göteborg.

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

I stipendiekommittén ingår:

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

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

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

En apelsin med urverk: En politisk bok om risker med att ändra människor

BOKRECENSION

Det publicerades för någon tid sedan en rapport som hävdar att mycken bokläsning skyddar mot främlingsfientlighet. Nazismens utveckling i Tyskland och Le Pens framgångar i Frankrike talar väl mot att det genom kultur går att vaccinera mot förfärliga tendenser, såväl Tyskland som Frankrike har ju varit mycket viktiga kulturländer och har ändå frambringat många farligheter. Inte desto mindre är mindre belästa grupper mer obenägna att se andras perspektiv än vad mer belästa är. Det är möjligt att det även gäller läkare, att vi blir bättre i vårt yrke om vi ägnar oss mer åt skönlitterära studier vid sidan av vårt specifika yrkesläsande. Psykiatern får en chans att vidga perspektiven genom att komplettera anamnestagandet med läsning.

Anthony Burgess, en brittisk författare, har gjort sig känd för ett sarkastiskt sätt att beskriva sin samtid och dess totalitära problem. Genom hans författarskap går en humanistisk ådra, det kan inte finnas ett samhälle som ställer alltför likriktande krav på sina innevånare, tycks han vilja säga. I "En apelsin med urverk", mer känd med sitt engelska namn "A Clockwork orange", låter han oss möta

ett samhälle med stora komplikationer genom Alex och hans gäng. Denna bok har starkt bidragit till Burgess' berömmelse efter att Stanley Cubrick 1971 gjorde en mycket omtalad filmatisering av den. Boken handlar om en grupp ungdomar som ägnar sig åt vad de kallar ultravåld, de misshandlar och våldtar för nöjes skull och bryr sig inte om några konsekvenser.

"Går det överhuvudtaget att ha ett så tryggt samhälle utan att resultatet blir en större otrygghet"

Betraktaren får följa Alex genom hans vandringar, gänget ger sig på uteliggare och överklassmänniskor med samma fördomsfria aggressivitet. Det är en kedja handlingar som väcker ett starkt obehag och en bit in i berättelsen blir Alex tillfångatagen och börjar en behandling. Denna behandling har formen av en beteendeterapi – eller hjärntvätt – och Alex kommer att bli snudd på allergisk mot våld och mot sådana handlingar som han tidigare utfört. Den tredje delen av berättelsen handlar om när den "rehabiliterade" Alex går ut i världen igen och möter sina tidigare offer som nu kan ge sig på honom utan att han överhuvudtaget kan försvara sig

för att varje aggressiv impuls i sig väcker ett så starkt obehag hos honom att det inte blir möjligt att följa impulsen.

Beethovens nia

Burgess kryddar historien med att utrusta Alex med ett särskilt musikintresse. Hans favoritmusik är Beethovens nia, scherzot. Denna musik kommer också ackompanjera delar av den behandling han utsätts för efter att ha blivit tillfångatagen och han blir på samma sätt som mot sina aggressiva impulser överkänslig inför detta musikstycke. I samband med att han träffar på ett av sina offer som plågar honom kommer han få höra denna musik och det leder till att han slänger sig ut genom ett fönster. Hans allmänfarlighet har ersatts av fara för hans eget liv. Innan berättelsen är slut kommer han ha blivit avprogrammerad igen, i filmen gestaltat av en slutscen när beethovenmusiken spelas högt i det rum där han vistas på sjukhuset efter sitt självmordsförsök.

Sammanhangen kring hans förvandlingar från farlig till ofarlig och tillbaka igen presenteras i ett politiskt sammanhang där den som har politisk makt i boken använder Alex som propagandistiskt exempel när det gäller att hålla gatorna rena men också när han blir avprogrammerad och den då aktuelle premiärministern tar åt sig äran för att Alex blir "sig själv".

Förändring ger komplikationer

Boken skrevs för att belysa att varje försök att förändra en människa ger upphov till nya komplikationer. Då gällde det Burgess' rädsla för den tidens behaviourism och en oro för att det skulle gå att ändra "för mycket" på en människa. Vid en läsning idag känns boken förvånansvärt aktuell med de samhällsdiskussioner som förs kring farligheter i samhället och hur psykiatri skall eller inte skall hålla farliga människor borta från övriga medborgare.

Går det överhuvudtaget att ha ett så tryggt samhälle utan att re-



"Numer förs diskussioner om tvång utanför psykiatri trots att det är metoder som enligt Cochrane inte har någon styrkt effekt"

kommer nog inte våra patienter riskera att vandra. Våra terapeutiska ambitioner är andra än de som Burgess tyckte sig se. Jag tror att de yrkesmässiga delarna av Burgess' dystopi inte riskerar att bli verklighet men kanske de politiska. Numer förs diskussioner om tvång för att reglera tillvaron utanför psykiatri trots att det är metoder som enligt Cochrane inte har någon styrkt effekt. Vi som är psykiatrer måste noga se att vår lojalitet med vår patient och inte lojaliteten med de politiska kursändringar som ibland dyker upp, styr vårt arbete, om vi inte ser att det är till nytta för patienternas hälsa.

Burgess har kommenterat sin roman så här: "Poängen är att om vi ska älska mänskligheten, så måste vi också älska Alex som en orepresentativ medlem av den."



Daniel Frydman

Redaktion Svensk Psykiatri

Överläkare Psykiatri Södra, Stockholm

sultatet blir en större trygghet för alla som avviker det minsta?

Älska mänskligheten?

Den väg som Alex tillryggalägger i historien från att vara farlig för andra till att sakna möjligheter att leva ett fungerande liv för att vissa av hans affekter inte kan användas ens för hans egen överlevnad,

Svensk Psykiatri rättar

I förra numret av Svensk Psykiatri skrev överläkare Gunnel Löndahl och utvecklingssekreterare Gunilla Silverberg från BUP-kliniken vid UMAS i Malmö under rubriken COPE - föräldrautbildning som integrationsprojekt. Tyvärr kom inte deras namn med i den färdiga tidningen. Vi beklagar det.

COPE föräldrautbildning som integrationsprojekt

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

Invandrarföräldrar saknar ofta sin tidigare sociala nätverk och det kan vara svårt för dem att veta hur de ska göra om de får problem med sina barn. De kan känna osäkerhet kring kulturella normer avseende barnuppfostran samt vilka lagar och regler som gäller. Det finns förstås hinder från såväl invandrare som infödda svenskar där text invandrare tror att svenska barn får gå på skola och att de vill medverka i skolan för att invandrare ska kunna bli svenska barn.

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

COPE är kostnadseffektiv

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

ett mindre bra sätt. De diskuteras sedan gemensamt från barnets perspektiv om de olika situationerna.

Utbildningen har fått stor spridning i Sverige där tusentals föräldrar nu går igenom programmet vilket driver isär barnpsykiatri men främst skol- och socialtjänsten. COPE är utvärderat både i Kanada och i Sverige med goda resultat och finns i två versioner riktar till föräldrar med barn 3-12 respektive 13-18 år.

Filmsekvenser på olika språk - arabiska, afrikanska, den hindiska dialekten sanskrit, persiska, somaliska och turkiska - har spelats in i Malmö i samverkan med olika invandrarorganisationer och finansierats av Biståndsstyrelsen i Malmö och Socialstyrelsen. Man har gjort anpassningar för att scenerna bättre ska passa den aktuella kulturen. Exempelvis är föräldrar och barn i den arabiska versionen mer klädda i den svenska versionen medan barnen i den somaliska versionen är mer respekterade.

Det finns invandrarföräldrar som vill gå COPE tillsammans med svenskar därför att dom vill diskutera barnuppfostran med svenska föräldrar. Det finns andra invandrare som anser att det inte är bra att gå COPE tillsammans med svenskar eftersom det kan bli en utmaning att gå i gruppen tillsammans med föräldrar från den egna kulturen.

En svenskundersökning för invandrare i Malmö ingår som obligatorisk moment i vissa kurser av detta i COPE-utbildning. Dessa utbildningar har givits på hemspråket och varit mycket uppskattade. Man har även haft grupper för analitiska vilket fungerar väl eftersom utbildningen inte innehåller material att läsa. Hemuppgifterna har då ritats i stället för att skrivas ner.

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

"Det florerar fördomar från såväl invandrare som infödda svenskar där text invandrare tror att svenska barn får gå på skola och att de vill medverka i skolan för att invandrare ska kunna bli svenska barn"

"Man har även haft utbildningar för analitiska vilket fungerar bra"

16

Tidskriften för Svensk Psykiatri # 1 feb 2007

Den signerade artikeln

Efterlysning!

Forskningsintresserade landsortskliniker

Forskningsprojektet "Förekomst av våldsbeteende i en poliklinisk akutpsykiatrisk population – kartläggning och utvärdering av en ny våldsriskbedömningsmetod" som nämns i denna tidskrift ("Riskbedömningar för våld mot andra – vetenskap, klinisk praxis och läkareetik") pågår som bäst i Stockholm och nästa fas planeras. Den delen ska omfatta 4-5 psykiatriska kliniker på landsorten (= icke-storstad eller storstadsområde) där både patienterna, den sociala kontrollen och den psykiatriska vården kan se annorlunda ut. Vi behöver därför kontakt med några "sites" (utöver ett par som redan är engagerade) som skulle tycka att det var viktigt och intressant att medverka i projektet. Det sker genom egna medarbetare och genom att bidra med patienter från akutmottagning och

vårdavdelningar. Det kommer att behövas cirka 100 patienter per "site" och för en mindre klinik kan det betyda en rekryteringsperiod om cirka 6 månader.

Det är viktigt att chöf och verksamhetschef är positiva till studien. En del egna FoU medel är nödvändiga även om studien också kommer att behöva central finansiering. Planeringsarbetet kommer att intensifieras under hösten och vi räknar med att studien ska vara igång under hösten 2008.

Är ni några som är intresserade på er klinik så hör av er till projektledaren Marianne Kristiansson, 070-8583291 (marianne.kristiansson@rmv.se) eller Per Lindqvist som ansvarar för denna del av projektet, tel 070-5861380 (per.lindqvist@ki.se).

SPF:s historia:

"Vi skrev protestbrev till Sovjetunionens president"

Mycket har hänt sen Sovjetunionens fall. Under en resa i början av 1980-talet hade SPF:s tidigare ordförande Göran Eberhard det tvivelaktiga nöjet att besöka ett land där psykiatri användes som förtyck. Ett land där de ryskengelska tolkarna visade sig kunna svenska utan att berätta för det för den svenska delegationen.

I ett tidigare nummer av Svensk Psykiatri (4/2006) återger min son, David Eberhard, sina intryck av SPF:s styrelses besök i höstapressens i Moskva, ett besök som, trots åtskilliga kontraster visavi västerländsk psykiatri, ändå uppvisade begynnande likheter med utvecklingen hos oss. Mot denna bakgrund bad David mig att lämna en kortfattad beskrivning av ett motsvarande besök för drygt 25 år sedan, d v s under den sovjetiska eran.

Sedan början av 70-talet hade man i Sovjetunionen hyst den bestämda uppfattningen, att personer som protesterade mot den kommunistiska ideologin betraktades som psykiskt sjuka och otillräkneliga. Efterhand opponerade sig flera sovjetiska kolleger mot denna uppfattning, bl a dr Gluzman och dr Koryagin, vilket resulterade i att även de ansågs vara sjuka och intogs på mentalsjukhus. Detta ledde till en storm av protester i väst, inte minst i de skandinaviska länderna och Finland.

Vid denna tid var jag ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen och blev uppvaktad av åtskilliga kända och okända personer från olika delar av världen, som krävde protester av SPF mot det sovjetiska agerandet. Företrädare för den Finska Psykiatriska föreningen föreslog, att problemen sannolikt kunde lösas under ett gemensamt bastubad med representanter för svenska, finländska och sovjetiska psykiatrer, vilket jag själv ställde mig tveksam till. Detta förslag blev heller ej realiserat.

Under våren 1981 arrangerade professor Lennart Wetterberg

emellertid ett svensk-sovjetiskt symposium om psykiatri i Moskva, till vilket även jag var inbjuden. Symposiet var ytterst intressant, om ock i många avseenden något apart vad avsåg den sovjetiska psykiatrin. En stor del av min tid upptogs dock av telefonsamtal, ofta mitt i natten, från olika "dissidenter", som framförde tungt vägande synpunkter på missbruket av psykiatri i Sovjet. Dessa samtal var uppenbarligen avlyssnade, och själv var jag ständigt bevakad.

Min huvuduppgift som SPF:s ordförande var ändå att framföra protester till den sovjetiska regeringen, vilket jag tillsammans med Lennart Wetterberg gjorde till den biträdande hälsovårdsministern Edvard Babayan vid ett möte i Kreml. Tack vare den övertygande dokumentationen om förekomsten av missbruk förklarade sig ministern beredd att medverka till att svenska psykiatrer personligen skulle ges möjlighet att undersöka fall av ifrågasatt missbruk av psykiatri i Sovjetunionen, vilket senare även kom att ske, dock först efter att SPF:s styrelse i april 1982 avsänt ett brev till dåvarande president Leonid Brezhnev (se kopia), som aldrig besvarades men som möjligen bidrog till att Babayans utfästelse kunde genomföras.

Den svenska dagspressen var under denna tid ytterst kritisk mot Svenska Psykiatriska Föreningen. Expressen hävdade att "Eberhard och Wetterberg var vilseförda i Moskva", varför jag såg mig föranlåten att besvara angreppen mera generellt. (se kopia)

Vid WPA:s möte i Wien 1983 var en majoritet av deltagarländerna för, att Sovjetunionen, skulle uteslutas ur WPA. Något sådant beslut togs emellertid ej, eftersom Sovjet självvalt valt att lämna World Psychiatric Association. Sedermera har Ryssland och de övriga nuvarande staterna i forna Sovjetunionen återkommit som medlemmar i WPA.

Under det gångna kvartssekllet har situationen sålunda trots allt förändrats på ett radikalt och positivt sätt. Detta gäller förhoppningsvis inte endast psykiatrin i f d Sovjetunionen utan också i länder med ett begynnande demokratiskt styrelseskick med en tilltagande realistisk och nyanserad inställning till psykisk sjukdom.

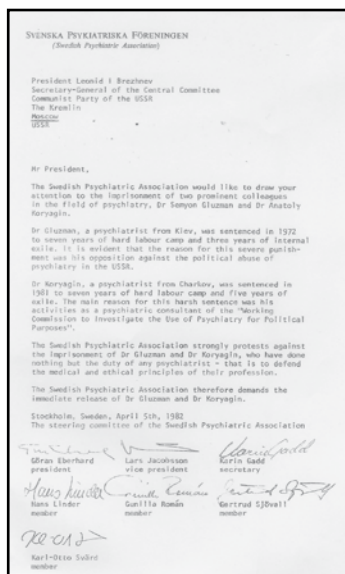
Göran Eberhard

Professor emeritus F d ordförande SPF

"Företrädare för den Finska Psykiatriska föreningen föreslog att problemen sannolikt kunde lösas under ett gemensamt bastubad"



SPF:s avståndstagande till Sovjetisk psykiatri publicerades i Expressen



SPF:s brev till Sovjets president Leonid Brezhnev





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.

Ska rättspsykiaterna göra riskutredningar av livstidsdömda?

En fråga som ännu inte kommit att diskuteras särskilt mycket, men som säkert kan väcka debatt är det faktum att man från Rättsmedicinalverket börjat göra riskutredningar på livstidsdömda fångar. Kristina Sygel har för Svensk Psykiatri intervjuat kollegan Eva-Marie Laurén som arbetar med verksamheten.

Utredande rättspsykiatrer knutna till Rättsmedicinalverket (RMV) har som sin huvuduppgift att genom §7 undersökningar och Rättspsykiatriska undersökningar (RPU) bedöma vilka personer, ur en population av lagöverträdare, som lider av en allvarlig psykisk störning. Detta arbete utförs på uppdrag av domstol och syftet är att bistå domstol med medicinsk/psykiatrisk kompetens inför dess uppgift att utdöma straff till lagöverträdare.

Första juli 2005 fanns det 135 personer i Sverige som avtjänade fängelsestraff på livstid. Av dessa hade 47 personer vid denna tidpunkt avtjänat mer än 10 års strafftid på anstalt. I praktiken innebär ett livstidsstraff ett fängelsestraff utan bestämt slutdatum. Denna ovisshet inför framtiden har bedömts ställa till svårigheter i rehabiliterings- och återanpassningsarbetet både för kriminalvården och för den dömda. Tidigare har frigivning från livstidsstraff endast kunnat ske genom att regeringen beviljar den dömda nåd. Efter en flera år lång utredning föreslog den förra regeringen att förutsägbarheten och rättssäkerheten i frigivningsprocessen skulle kunna förbättras och 1 november 2006 trädde Lagen om omvandling av fängelse på livstid i kraft (SFS 2006:45). Sammanfattningsvis innebär denna lag att en livstidsdömd får ansöka vid Örebro tingsrätt om omvandling av fängelse på livstid till fängelse på viss tid efter att denne avtjänat minst 10 år av sitt straff.

Prövning om risk för återfall åligger RMV

Vid prövningen skall domstolen särskilt ta hänsyn till följande: den strafftid som avtjänats, vilka omständigheter som legat till grund för att livstidsstraffet utdömdes, hur den dömda har medverkat i rehabiliterings- och anpassningsåtgärder och om det finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. I en kompletterande förordning (SFS 2006:1119) tilldelas RMV "ansvar för genomförandet av utredningar om risk för återfall i brottslighet" i samband med domstolens prövning av omvandling av fängelse på livstid.

Eva-Marie Laurén är ställföreträdande chefsöverläkare vid RMVs

"En livstidsdömd får ansöka om omvandling av fängelse på livstid till fängelse på viss tid efter att minst 10 år av straffet är avtjänat"

rättspsykiatriska avdelning (RPA) i Stockholm och har medverkat i den referensgrupp som utarbetat de föreskrifter och allmän-



Var går gränsen mellan galenskap och ondska? Aftonbladets hemsida den 1 maj 2007.

na råd som nu styr riskutredningsprocessen av livstidsdömda på RMV. Hon har även genomgått den första utbildning som hållits för personal som skall utföra dessa riskutredningar. Eva-Marie Laurén berättar att det i praktiken idag finns sex kompletta utredningslag vid RPA Stockholm och Göteborg. Varje lag består av en rättspsykiater, en forensisk socialutredare, en psykolog och, om möjligt, en omvårdnadspersonal.

Kompetenskrav har upprättats för varje yrkeskategori t ex skall läkare skall vara specialister i rättspsykiatri. Utredare, som inte på annat sätt skaffat sig den erforderliga kompetensen, skall genomgå en specifik utbildning som består bland annat av föreläsningar i riskbedömningsmetodik, möten med kriminalvården, studiebesök på livstidsavdelningen på Kumlaanstalten, deltagande i diskussionsgrupper och övningar i skrivande av riskutredningar vid spridda tillfällen under ett drygt års tid.

Risk för återfall redovisas enligt särskild mall

De fyra rättspsykiatrer vid RPA Stockholm som arbetar med riskutredning av livstidsdömda har medverkat i tre utredningar vardera sedan verksamheten påbörjades 1 november 2006. Det praktiska arbetet i utredningslaget liknar teamarbetet vid RPU. Laget träffar den dömda vid två tillfällen, antingen på anstalten eller på RPA och diskuterar igenom det som framkommit från olika källor (t.ex. gamla RPU, kriminalvårdsakter, samtal med anhöriga och kriminalvårdspersonal). Skattningar utförs enligt riskbedömningsinstrument så som PCL, HCR-20, SVR-20, SARA. Varje lagmedlem skriver en delutredning ur sitt yrkesperspektiv. I den medicinsk-psykiatriska delutredningen redovisas den dömdes

bakgrund, aktuellt tillstånd, riskfaktorer, skyddsfaktorer och förslag till åtgärder för att minska risken för återfall i brottslighet.

Eva-Marie Laurén berättar att det vid utredningen kan framkomma misstankar om aktuella personlighetsstörningar eller neuropsykiatriska tillstånd, ett kunskapsområde som inte var lika utvecklat då dessa personer genomgick RPU innan domfällande för mer än tio år sedan. I det slutliga riskbedömningsutlåtandet, som skrivs av en av lagmedlemmarna enligt en särskild mall, redovisas risken för återfall i brottslighet som låg, medelhög eller hög. Mallen har följande rubriker: utredningsmetoder, bakgrund, riskfaktorer för återfall i brottslighet, skyddsfaktorer mot återfall i brottslighet, sammanvägd bedömning, förslag till åtgärder för att minska risken för återfall i brottslighet, källor. Alla de som deltagit i laget skriver under det slutliga dokumentet.

En skillnad mellan de livstidsdömda och de som kommer för RPU är att de livstidsdömda har befunnit sig på kriminalvårdsanstalt under de 10 senaste åren eller fler. Detta kan tänkas försvåra möjligheterna att bedöma risk för brottslighet i nutid. Eva-Marie Laurén berättar att problemet minskas genom att Kriminalvården finns som informationskälla. Kriminalvården kan i detalj beskriva hur den dömdes anpassning och motivation varit under åren på anstalt och har även noggranna uppgifter om permissioner och hur den dömdes sociala situation ser ut idag. Dessa aspekter är av stor vikt då den dömdes situationen i nutid skall jämföras med den som förelåg vid tiden för brottet.

Utredarna har stor erfarenhet

En annan skillnad mellan arbetet med livstidsdömda och Eva-Marie Lauréns vardagliga RPUarbete kan tyckas vara att alla de livstidsdömda tidigare har bedömts (ofta med RPU som underlag) som icke allvarligt psykiskt störda (en förutsättning för att dömas till fängelse). Hon påpekar att utredande rättspsykiater har stor erfarenhet av arbete med och riskbedömning av lagöverträdare med eller utan allvarlig psykisk störning. Drygt hälften av de personer som befinner sig på en rättspsykiatrisk utredningsavdelning och som under denna tid utreds, vårdas och riskbedöms av utredande rättspsykiater, har inte någon allvarlig psykisk störning. Utifrån detta perspektiv menar Eva-Marie Laurén att det låg nära till hands för riksdagen att välja RMV och dess utredningspersonal att bistå domstol med riskutredningar av livstidsdömda. Kriminalvårdens kompetens och långa erfarenhet av riskutredning tas till vara under processen genom det separata yttrande som Kriminalvården är ålagd att lämna till tingsrätten. Det är viktigt att komma ihåg att domstolen använder dessa yttranden och utredningar som underlag i sin bedömning och att det är domstolen som fattar beslutet om straffomvandlingen. Av de fem fall som hittills avgjorts av Örebro Tingsrätt har en sökande beviljats omvandling av fängelse på livstid till fängelse på viss tid. De som fått avslag på ansökan om straffomvandling kan söka på nytt tidigast 1 år efter domstolsbeslutet.

Kristina Sygel

Svensk Psykiatri redaktion
RPA Stockholm, RMV.

"Alla de livstidsdömda har tidigare bedömts som icke allvarligt psykiskt störda"

Fira Linnés 300-årsdag med en konferens i Uppsala

Den 30 till 31 maj firas Carl von Linnés 300-årsjubileum i Uppsala. Ett arrangemang som stöts av WPA för att hylla blomsterkungen. Konferensen går under namnet "Classification, Diagnosis and Context; Celebrating Linneus 300th birthday".

Carl von Linné är förmodligen den mest världsförändrande svensk som någonsin levtt. Hans inflytande på biologin är överväldigande. Linné



var inte bara världsledande biolog utan också läkare. Dessutom har hans klassifikationssystem blivit grundläggande för all form av diagnostik, även utanför florin.

Konferensen spänner över flera ämnesområden inklusive kulturell psykiatri och biologisk psykiatri. Den hålls i Uppsala universitets huvudbyggnad och bland de många internationella och nationella talarna märks t ex psykiatriprofessorerna Lars Jakobsson och Fritz Axel Wiesel samt Svenska Psykiatriska Föreningens ordförande Christina Spjut.

Konferensen är gratis för medlemmar i SPF. och för anställda i kommun och landsting.

Registrering och information fås via Anki Sjöberg på mailadress ann-kristin.sjoberg@akademiska.se.

Styrelsebyte i SPFST Men ordföranden sitter kvar



För 2 år sedan samlades några enstaka ST-läkare under SPF:s vårmöte i Vadstena. De tyckte att det vore bra att åter få en fungerande ST-förening i psykiatri, efter att det hade gått några år sedan en tidigare ST-sektion hade somnat. När vi satt där i början och funderade över vad som skulle vara viktigt för Sveriges ST-läkare, då fanns det inte mycket mer än mycket stöd och välvilja från SPF samt ett visst uppdrag att vara med och ta fram de nya målbeskrivningar.

När jag tittar tillbaka nu, så tycker jag att det har hänt oerhört mycket. Det övergripande målet för SPFST har varit att arbeta för ST-läkarnas bästa vad gäller utbildningskvalitet samt att vara en plattform för ST-läkare att byta åsikter och erfarenheter. Genom årliga välbesökta konferenser har vi nu en sådan plattform. (se artikel från Christian Johansson och Elenor Öster om konferensen i Storhögna 1-2 februari 2007.)

Från workshoparbetet under konferenserna förs ST-läkarnas åsikter och intressen tillbaka till styrelsearbetet. T ex har Simon Cervenka utvärderat forskningssituationen för ST-läkare och kommer att kunna jobba vidare med frågan hur forskningsmöjligheter kan förbättras tack vare all den input han fick under workshopen.

Vad gäller utbildningsarbetet så har SPFST varit delaktigt i skapandet av de nya målbeskrivningarna, som nu redan är aktuella för våra kollegor som har blivit legitimerade efter 1 juli 2006. Arbetet kommer under det här verksamhetsåret att avslutas, när föreskrifterna är klara våren 2008.

"SPFST har varit delaktigt i skapandet av de nya målbeskrivningarna som nu redan är aktuella"

En annan trevlig nyhet under förra året var att det bildades en arbetsgrupp utanför styrelsen. Katrin Skogsberg-Wirén (Maria Beroendecentrum), Ane Ngyen (Psykiatri KS), Anita Lappalainen (Maria Beroendecentrum) har i samarbete med Lisa Eriksson tagit fram en introduktionsvecka för nyblivna ST-läkare

och vikarierande underläkare. Första introduktionsveckan kommer att äga rum den 23-25 april i Nynäshamn. Man planerar att kursen i framtiden skall hållas en gång per termin. Den skall ge grundläggande praktiska och teoretiska kunskaper och informera om målbeskrivningar och utbildningsplanering. Den skall också ge möjlighet till erfarenhetsutbyte och nätverksbildning med andra nyblivna ST-läkare från hela Sverige.

Det är som sagt mycket som har hänt och mycket som kommer att hända. SPFST har nu över 130 medlemmar. SPFST är en förening för ST-läkare från alla psykiatriska specialiteter. Då vår livstid som ST-läkare är begränsad är det väldigt viktigt för föreningen att nya, unga ST-läkare vill vara delaktiga i styrelsearbetet. Det var mycket glädjande vid årets föreningsmöte att många ställde upp och många andra är intresserade av olika arbetsområden utanför styrelsen.

Ambitionen, att det skall finnas en geografisk spridning i styrelserepresentationen, har kunnat uppnås.

Jag ser fram emot arbetet med en väldigt entusiastisk styrelse. Jag blev mycket glad att jag åter fick förtroendet då arbetet med föreningen har varit roligt och givande sedan vi började 2005 i Vadstena.

Vi hälsar våra nya styrelsemedlemmar välkomna: Johan Lundberg som efterträder Kajsa som ST-representant i SPF-styrelse och utbildningsutskott, Andreas Ranhem - skattmästare, Maria Holstad, som också kommer att vara representant i utbildningsutskottet samt Elisabeth Lundin.

Men det är också mycket sorgligt att Kajsa Norström, Christine Ostwald och Karima Assel har lämnat styrelsen. Jag vill tacka dem för deras engagemang och det stora bidraget de har gjort för att skapa vår förening.



Marie Bendix
Ordförande SPF-ST

Styrelse SPFST:

Ordf: Marie Bendix, Södertälje
Vice ordf: Christian Johansson, S:t Görans
Sekreterare: Elenor Öster, Södertälje
Kassör: Andreas Ranhem, Västerås
Representant i SPF:s styrelse: Johan Lundberg, Karolinska Solna
Ledamot/2:e kassör: Maria Holstad, Uppsala
Suppleant: Simon Cervenka, Karolinska Solna
Suppleant: Lisa Eriksson, Östersund
Adjungerad: Elisabeth Lundén, Göteborg
Adjungerad/webmaster: Peder Björling, Karolinska Huddinge

ST-konferensen ska va ett forum för möten

Bästa läsare! Nu har det gått flera månader sen den andra ST-läkarkonferensen i Svenska Psykiatriska föreningens ST-läkarsektions (SPFST) regi, ägde rum. Värmen har kommit men vi dröjer oss i tanken kvar i det vintriga och gemytliga Storhogna. Vi som var på konferensen, och framförallt alla som tog tillfället i akt att stanna kvar över helgen fick några dagars riktig vinter på köpet med en intressant och kul konferens.

Vi vill med denna text ge feedback till deltagarna på konferensen och passa på att inspirera för nästa års konferens som kommer att ha ett annorlunda och spännande upplägg.

Som vår ordförande, Marie Bendix, nämner i sin artikel är SPFST en nationell förening för ST-läkare inom samtliga psykiatriska discipliner, som startade våren 2005 i samband med Svenska psykiatriska föreningens 100års-jubileum.

En viktig del av vårt arbete är att arrangera den årliga ST-läkarkonferensen som ska kunna erbjuda något särskilt som vi inte får på annat håll. Vi som arrangörer har kommit fram till några viktiga punkter som vi strävar efter att uppfylla, nämligen:

1 Vi vill skapa ett sammanhang där vi kan hålla föreningsmöte, och workshops, med god representation, i syfte att få riktning och mandat för styrelsens fortsatta arbete i ST-läkarkårens intresse. 2 Vi vill ha ett vetenskapligt program med tvärvetenskapliga delar för att bredda våra perspektiv och få möjlighet att möta andra professioner, även sådana utanför sjukvården. I samma anda vill vi även sträva efter dels patientperspektiv, men även kulturella eller konstnärliga perspektiv kopplat till temat.

3 Vi vill att konferensen ska vara ett forum där vi kan mötas, bygga en gemensam identitet över landet, låta oss inspireras av varandra men naturligtvis även ha kul.

84 deltagare i Storhogna

I andan av nationell förening vill vi rotera platsen för vår ST-läkarkonferens i landet. Storhogna högfjällshotell uppe i jämtlandsfjällen upplevde vi var en god miljö som grund för vår konferensambition och som efterföljare till den första konferensen på Yasuragi i Stockholm.

Konferensen i Storhogna den 1–2/2 drog 84 deltagare inom vuxenpsykiatri, BUP och beroendevård. Resultatet av den utvärderingsenkät som konferensdeltagarna fick fylla i visar att konferensen i sin helhet blev mycket uppskattad, valet av ort uppskattades mycket. Deltagarna uttrycker att dom gärna kommer till en nästa konferens. Enkäten visar också att deltagarna var nöjda med den vetenskapliga delen som helhet. Våra föreläsare, som bemödade sig en omfattande resa för att komma till vår konferens, var professor Ulrik Malt och doktor Anders Lundin som föreläste om somatoforma syndrom samt docent Hans Peter Söndergaard som

föreläste om teorin om strukturell dissociation.

Den främsta kritiken av konferensen gällde det pressade tidsschemat, vilket förvärrades till en del av vissa personlogistiska problem över jämtlandsfjällen.

Vi tar med oss alla synpunkter, positiva såväl som kritiska omdömen, för att skapa en spännande konferens 2008 att se fram emot.

Oavsett upplägg hade, konferensen aldrig blivit den positiva upplevelse den blev utan det engagemang konferensdeltagarna visade vid föreläsningar, workshops, årsmöte såväl som vid middagsbordet och på discot som rundade av kvällen första dagen. För det tackar vi stort.

Nästa konferens samtidigt som EFPT

Vi nämnde inledningsvis nästa konferens. Låt oss blicka in i 2008, låta på förlåten så att säga. Vår ST-läkarkollega och tidigare styrelsemedlem i SPFST, Kajsa Norström är vald till ordförande för European federation of psychiatric trainees, EFPT, för 2008. EFPT är en organisation, med för närvarande 22 medlemsländer, som driver frågor kopplade till ST-läkarutbildningarna inom vuxenpsykiatri och BUP. EFPT för samtal med bl a skilda organisationer och myndigheter inom och utom Europa i frågor som rör dagens och framtidens psykiatri och ST-läkarutbildning.

EFPT:s årliga forum hålls traditionsenligt i ordförandelandets huvudstad. SPFST kommer, som den nationella förening vi är, att vara organisatoriskt ansvariga för forumet. Här ser vi en unik möjlighet att föra Europa till Sverige och visa dem vad svensk psykiatri har att erbjuda.

Allt är fortfarande i sin linda men vi planerar att flytta ST-läkarkonferensen till vecka 21 2008 och genomföra den parallellt med EFPTforumet med flera gemensamma aktiviteter. Mer om det i kommande information, men vi vågar redan nu utlova inspirerande och spännande utbyte vetenskapligt, festligt och kulturellt.

Vi vill även passa på att putta för vår hemsida där ni kan finna mer information om styrelsen, senaste konferensen samt våra pågående arbeten. Ni finner oss på vår adress www.spfst.svenskpsykiatri.se. Vi önskar er alla en god sommar

"På www.spfst.svenskpsykiatri.se kan ni finna mer information om senaste konferensen och våra pågående arbeten"



För SPFSTs styrelse,

Christian Johansson

Vice ordförande

Elenor Öster

sekreterare



Kalendarium

17 - 27 april 2007

WFSB Second International Congress of Biological Psychiatry
Santiago, Chile

18 - 20 april 2007

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

3 - 6 maj 2007

international Federation of psychiatric Epidemiology, Göteborg, Sverige

7 - 9 juni 2007

Seventh International Conference on Bipolar Disorder
Pittsburgh, USA

19 - 24 maj 2007

American Psychiatric Associations Annual Meeting San Diego, USA

22 - 24 augusti 2007

7 e Nordiska rättspsykiatriska konferensen, Oslo, Norge

25 - 29 augusti 2007

ESCAP Florens, Italien

6 - 7 september 2007

Rättsmedicinalverkets § 7-dagar, Göteborg, Sverige

2 - 3 oktober 2007

Psykoteraeutisk behandling vid bipolär sjukdom hos unga, Lund, Sverige

10 -12 oktober 2007

Psykofarmakologisk behandling av barn och unga, Ängelholm, Sverige

13 - 17 oktober 2007

ECNP, Wien, Österrike

21 - 25 oktober 2007

19 th World Association for Social Psychiatry Congress
Prag, Tjeckien

12 - 14 mars 2008

Svenska Psykiatrikongressen 2008 (f d Vårmetet)
Stockholm, Sverige

Schizofrenisällskapet



Schizofrenisällskapets stipendium
för år 2006 har tilldelats

**Lilly Schwieler
&
Erik Pålsson**

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

Prof. Frits-Axel Wiesel
Ordförande

Parisa Rahmani
Sekretare