Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Maj 2009

TEMA Vart är vi på väg?

TEMA

En psykiatri under omvandling får oss att ställa frågan Vart är vi på väg? En hel del orosmoln – men även några glädjeämnen - blir belysta i detta nummer. Kan vi dra slutsatser av det förflutna? Vad får privatisering och ändrad tvångsvårdslagstiftning för konsekvenser? Hur har barnen det egentligen nuförtiden? Vilka utmaningar ställer en åldrande befolkning oss inför? Och vem är det egentligen som ska bestämma psykiatrins innehåll?

MISSA INTE

…sidorna 15-18 i detta nummer. Där presenteras den 29:e Nordiska Psykiatrikongressen som äger rum i Stockholm 22-25 september i år. Under temat ”Psychiatry for a better life”. kommer utvecklingen inom allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri, beroendevård och socialpsykiatri att täckas. Det vetenskapliga kunskapsutbytet sker i form av symposier, workshops och posterutställningar. Fram till 15/5 är avgiften lägre, så anmäl Dig nu!

ÖVRIGT

Förra numrets tema var Diagnostik och det följs upp av ett par artiklar om diagnostiska utmaningar. Även det tidigare temat Ledarskap får sin fortsättning i form av en presentation av en ny avhandling. Det rapporteras från Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg och från SFBUP:s vårmöte i Stockholm. Arvid Carlsson blev hedersledamot av SPF 2008 och hans betydelse för svensk och internationell psykiatri förklaras. Läs om detta och mycket mer!

Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör: Tove Gunnarsson

29th Nordic Congress of Psychiatry

Psychiatry for a Better Life

- the 29th Nordic Congress of Psychiatry under the patronage of Her Majesty Queen Silvia

The congress is organized by the Swedish Psychiatric Association and the Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all Psychiatric Associations within the Nordic Zone of the World Psychiatric Association.

The program includes plenary lectures by Sir Michael Marmot and professor Markus Heilig as well as 35 symposia, 5 sponsored lunch symposia, 3 workshops and a Young Psychiatrists' program. There are more than 200 lecturers from 20 countries.

The social program includes a reception at the Stockholm City Hall, a boat tour in the Stockholm Archipelago and a congress dinner at Solliden, Skansen, Stockholm.

Information about the congress, the scientific program and the social program can be found at **www.ncp2009.org** where you also find the registration form. **Advance registration at a lower fee can be made before May 15th.**

Welcome to Stockholm!

Anna Åberg Wistedt
President of the Congress

Lars von Knorring
Chairman, Scientific Committee

Olav Bengtsson
Vice chairman, Organizing Committee

Anne-Liis von Knorring
Vice chairman, Scientific Committee

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET 200 ÅR AV VETENSKAP UTBILDNING KVALITET

SFBUP
The Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN GRUNDAD 1905

22-25 september 2009
Stockholm, Sweden

www.ncp2009.org

NCP 2009

REDAKTIONELL LEDARE

Vart är vi på väg?

Det är mycket nu.
Psykiatrin är under omvandling.
Satsningar från myndigheter, massmedial uppmärksamhet, privatiseringar, lagändringar, forskningsframsteg och forskningskris, ökade ”produktionskrav”, riktlinjer, kongresser…
En del inger glädje, en känsla av att ha vind i seglen. Annat är djupt oroande. Vad är det som händer? Redaktionen har länge tänkt ägna ett nummer åt detta.

Men frågan ”Vart är vi på väg?” inrymmer mycket och det skulle behövas ett par romaner – minst - för att besvara den fullständigt. Vi har täckt in en del.

Flera artiklar tar sin utgångspunkt i psykiatrins historia. ”Skall man agera spanare mot framtiden måste man ta avstamp i samtiden och forntiden” skriver Torgny Gustavsson i ett inlägg. Andra bidrag berör frågan om vem det egentligen är som ska bestämma psykiatrins innehåll. Privatiseringens konsekvenser belyses, liksom en tvångsvårdslagstiftning i förändring. Ingvar Karlsson konstaterar att äldrepsykiatri kommer att bli ett allt större område alltefterson andelen äldre i samhället ökar. Även barns och ungdomars situation uppmärksammas i ett antal artiklar.

Redaktionens förhoppning är att detta tema ska kunna följas upp av många fler inlägg i kommande nummer och att frågan om vart vi är på väg ska löpa som en tråd i Svensk Psykiatri. Vi välkomnar fler bidrag och debatt!

Nästa nummer
Björn Wrangsjö beskriver i sin recension av ”Välfärdslandets gåta” i detta nummer hur inte bara förväntningarna på hälsa och trygghet, utan förväntningarna på tillvaron som helhet är stora, närmast obegränsade. Är det vår uppgift att göra människor lyckliga? Kvällspressen (och andra) kallar en del av våra läkemedel för lyckopiller. Vad betyder det för synen på psykiatrin? Och vad ska vi tycka om alla dessa självhjälpsböcker som frikostigt utlovar hälsa, lycka och framgång bara man följer deras råd?
Nästa nummer kommer att ha temat ”Lycka”. Det är ett stort begrepp. Tolka det på ditt sätt och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Huvudredaktör Svensk Psykiatri

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: **Lise-Lotte Risö Bergerlind**
Huvudredaktör: **Tove Gunnarsson**
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:
Daniel Frydman (ps-frydman@comhem.se)
Camilla Hallek (camilla.hallek@sll.se)
Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@bredband.net)

Tekniska redaktörer/layout:
Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)
Carol Schultheis

Material skickas till:
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till:
annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: **Carol Schultheis**

Glad och stolt!

LEDARE SPF

Ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind

Det har nu gått några veckor sedan avslutningen av Svenska Psykiatrikongressen; SPK. Jag är fortfarande oändligt glad! Och stolt!! Både över att nästan 450 psykiater (25 % av våra medlemmar!) och andra personer som arbetar inom psykiatrin kommit samman och över att ha blivit vald till ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen. Vi tillbringade tre dagar ihop på Filmstaden Bergakungen i Göteborg och avnjöt ett program med film utifrån det psykiatriska perspektivet samt över 60 föredrag. På onsdagen, efter ordförande Christina Spjuts inledningsanförande, höll förra årets hedersledamot, professorn och nobelpristagaren Arvid Carlsson en högtidsföreläsning med en historisk tillbakablick på sitt arbete men berättade även om vad hans nuvarande forskning handlar om. Kommunfullmäktiges ordförande Jörgen Linder från Göteborgs Stad höll välkomsttal och bjöd på ”mingel” med mousserande vin och snittar till oss alla. SPF vill framföra sitt varma TACK till Göteborgs stad för detta!! En sådan fin gest! Över 350 personer tillbringade trevliga timmar ihop, det var trångt och mysigt. I Bergakungens VIP-salong underhöll styrelseledamoten Hans Ericson på piano ihop med överläkare Svante Bäck på flöjt. Därefter kunde 44 medlemmar som blev de lyckliga vinnarna till biobiljetter sjunka ner i VIP-salongens fåtöljer och med fri läsk och popcorn se filmen ”Män som hatar kvinnor”.

På torsdagen, efter innehållsrikt årsmöte med val av ny hedersledamot - professor Anna Åberg Wistedt, mycket diskussioner om bl.a. METIS och SoS remissversion av ”Nationella riktlinjer för depression och ångest” samt val av ny ordförande (alltså jag) och nya ledamöter till styrelsen, var det dags för festmiddag på restaurang Sjömagasinet. God mat och dryck, musik, tal och spontandans var några av ingredienserna som uppenbarligen uppskattades mycket av deltagarna. Vi kanske inte alla är purunga men vi kan verkligen ha kul ihop! Trots, eller tack vare?, denna trevliga fest var fredagens föredrag välbesökta. Vid lunchtid var det hela slut och deltagarna återvände hemåt.

Nu är det hög tid för nästa stora begivenhet: Sverige är i år värdland för den 29:de Nordiska psykiatrikongressen som kommer att äga rum i Stockholm 22-25 september 2009. Kongressen arrangeras av Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. De nordiska kongresserna äger rum vart tredje år och värdskapet roterar mellan de fem nordiska länderna. Sverige var värdnation 1979 (Uppsala) samt 1994 (Linköping). Den senaste kongressen arrangerades i Finland 2006 (Tammerfors).

Programmet kommer att fokusera på den vetenskapliga och organisatoriska utvecklingen av psykiatrin. Temat för kongressen är ”Psychiatry for a better life”. Avsikten är att täcka utvecklingen inom allmän psykiatri, barn och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri, beroendevård och socialpsykiatri. Här ger de historiska banden och den relativa kulturella homogeniteten i den nordiska kultursfären unika möjligheter att dra nytta av varandras erfarenheter. Det vetenskapliga kunskapsutbytet kommer att ske i form av symposier, workshops och posterutställningar. För yngre psykiater under specialistutbildning finns separat program. All information om kongressen, det vetenskapliga och sociala programmet m.m. finns på kongressens hemsida www.ncp2009.org. Här kan man registrera sig till kongressen och till de sociala aktiviteterna, fram till 15/5 är avgiften lägre, så anmäl er snarast! Jag ser fram emot samma goda uppslutning som vid SPK – varmt välkomna!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE:

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind (ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Robert Rydbeck (vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Hans-Peter Mofors (sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson (vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Dan Gothefors (facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Hans Ericson (hanse@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Åsa Westrin (asaw@svenskpsykiatri.se)
ST-representant:: Marcus Persson (st.representanten@svenskpsykiatri.se)
Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen 851 71 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se
Hemsida:
www.svenskpsykiatri.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@svenskpsykiatri.se)

Vart är vi på väg? Vilken härlig fråga - vart är vi på väg?

LEDARE SFBUP

Ordförande Lena Eidevall

Det bör ju finnas många svar på det och förhoppningsvis kommer det en massa spännande inslag i detta nummer av vår tidskrift med anledning av allt som händer just nu. Om man frågar medarbetare på BUP, doktorer i föreningen, familjer och unga, så finns det många som känner sig trötta, oroliga, stressade av alla krav och otillräcklighet, som undrar över alla utvecklingsarbeten som är på gång samtidigt och känner sig vilsna och överarbetade.

Men svaret är som jag ser det just att vi är på väg framåt - mot nya mål, mot bättre kunnande, bättre diagnostik, mer samverkan, mer forskning, fler bra behandlingsmetoder och tydligare uppdrag.

Vi har fler ST-doktorer inom BUP än någonsin förr. Våra teman väcker stort intresse på Riksstämman. Vi har precis haft årets Vårmöte i Stockholm med intressant program runt ångest, depression och självskador. Vi har fått igång samverkan med SPF igen efter lite uppehåll. Vi är först ut i vår specialitet kring skärpt vårdgaranti som ställer helt nya krav på att arbeta med både in- och utflöde, rutiner, återbud, vårdnivåer processer och annat för att kunna leva upp till det. Vi har ett antal modellområden runt om i landet där vi kanske äntligen i praktisk handling får ordning på detta med första linjen för barn och unga. Vi ska få hjälp med att revidera och implementera riktlinjerna som SFBUP tagit fram tidigare runt Conduct Disorder. Regeringen satsar stort på attitydförändringar runt psykisk ohälsa och sjukdom och alla, alla vill barnens väl. Så då är väl allt fint? Eller? Vilka tecken i skyn ska man tyda? Om jag i min lilla spaning inte bara är allmänt utvecklingsoptimistisk och positiv? Då tänker jag såhär:

När ser vi barnen?

Jo - Fortfarande syns barn i Sverige främst när de är stökiga och besvärliga, ställer till det. Då ropas det på åtgärder - som exempel de senaste förslagen rörande skolan med kvarsittning och avstängning - dvs. sådant som gäller bestraffningar, korrektion, inte förebyggande breda insatser - som SET och god pedagogik. Under rundabordssamtal runt barns psykiska hälsa sa en psykolog att om alla hade lärt sig att läsa innan 4:e klass i skolan så är det den viktigaste preventiva åtgärden – dvs. då har man ju individanpassat skolan och sett till varje barns unika behov. Men sådant drunknar lätt i ambitionen att få bort den som redan utmärkt sig negativt, som kanske har ett stort behov av insatser från flera aktörer.

Hur synliggörs barn

i utredningar/utbildningar som rör alla? Fortfarande saknas allt som oftast barnperspektivet i många statliga utredningar. De flesta sjukvårdsutbildningar skiljer för det mesta på kursavsnitten för barn och vuxna på ett sådant sätt att det verkar finnas psykiatri och sen så finns det där speciella med barnpsykiatri .

Och vad händer med BUP på sikt

när allt fler läkare inom BUP är hyrläkare och inte längre självklart deltar i utvecklingsarbete, kanske inte hänger med i metodutveckling, inte i den snabba utvecklingen på hjärnans och farmakologins område.

Och inte ingår i teamet där man bygger upp tillit och förtroende, som är basen i att kunna delegera /lämna över ansvar – att känna sig säker på att person A berättar för person B som har en annan kompetens som patienten är i behov av. Just denna utveckling i kombination med att allt fler nyutexaminerade läkare i Sverige har fått sin utbildning någon annanstans i världen riskerar faktiskt att på sikt förändra läkarrollen i en riktning som vi inte önskar.

För mig är spaningen som ni ser verkligen kluven - inte bara rosenröd och positiv, trots att vi bor i det land som har den mest utbyggda barnpsykiatrin. Så - vi måste hålla oss alerta och stå upp för barn och unga i samhället och arbeta aktivt för att den del av psykiatrin som vi finns i utvecklas och blomstrar och ger sitt bidrag till en positiv utveckling av den psykiska hälsan i landet.

Kanske vi ses i Almedalen i sommar, på Nordiska kongressen i höst i Stockholm eller någon annanstans där barns villkor och psykiska hälsa är i fokus. Annars - välkomna in på vår uppfräschade hemsida www.svenskabupforeningen.se.

Lena Eidevall
Ordförande

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall (lena.eidevall@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson (jan-olov.larsson@ki.se)
Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O´Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sll.se)

SFBUP:s hemsida: http://www.svenskabupforeningen.se
Webmaster: Christina Högström och Deco design

LEDARE
SRPF
Orförande
Lars Eriksson

PSYKIATRIKONGRESS OCH ÅRSMÖTE

Svenska psykiatrikongressen i Göteborg blev en mycket positiv upplevelse där de psykiatriska föreningarna samlat till ett spännande program som speglade den aktuella diskussionen inom svensk psykiatri. Såväl Svenska Psykiatriska Föreningen som vår förening hade förlagt sina årsmöten i anslutning till kongressen vilket för vår del resulterade i ett ovanligt välbesökt möte. Glädjande var att den styrelse som valdes 2008 i sin helhet ville fortsätta sitt arbete och kunde kompletteras med ytterligare en kollega med uppgift att särskilt bevaka ST-frågor, Katarina Wahlund. Det finns emellertid utrymme för fler som vill bli medlemmar eller rent av aktiva i styrelsearbete.

VAD ANSER VI OM OTILLRÄKNELIGHETSBEGREPPET – DISKUSSION BEHÖVS !

Den statliga utredningen ”Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen” har till sitt uppdrag att genomföra tidigare utredningsförslag om införande av ett otillräknelighetsbegrepp och tidsbestämda straff för dem som inte bedöms otillräkneliga.

Vad anser vi om detta? Diskussionen måste börja nu för att vi inte ska bli överspelade.

Föreningen planerar här aktiviteter.

Styrelsen kommer att gå ut med ett diskussionsunderlag via e-post och hemsida och vi hoppas på ett aktivt deltagande i diskussionen från många av våra medlemmar. Vi avser också att ha ”otillräknelighet” som huvudtema för sektionens program vid höstens Riksstämma. Besök vår hemsida för att läsa utredningsdirektiven www.srpf.se.

Lars Eriksson
Ordförande SRPF

SRPF
SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
ST-frågor: Katarina Wahlund
Övrig medlem: Malin Hamrén
Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Snillen spekulerar

I februari månad samlades SP:s redaktion tillsammans med några blivande specialister och några erfarna kolleger för ett samtal om aktuella stämningar i psykiatrin. Vi hade i redaktionen alla intrycket att den tid vi nu verkar i är en brytningstid och vi tänkte att några timmars diskussion om varifrån vi kommit också kunde hjälpa oss med att få ett hum om hur vägen vi nu går på ser ut. Med på mötet var, förutom redaktionens medlemmar, Marianne Cederblad, barnpsykiater och professor, Johan Cullberg, allmän psykiater och professor, Hanna Edberg, ST-läkare i allmän psykiatri och Katarina Wahlund, ST-läkare i rättspsykiatri.

Ansvar utan mandat

Samtalet rörde sig över ett stort fält som inte låter sig sammanfattas så lätt men några teman återkom på olika sätt genom diskussionerna. Genom alla olika erfarenheter vi delgav varandra blev det också tydligt att såväl vården som vårdens förutsättningar skiljer sig åt väldigt mycket. Inte bara mellan de olika subspecialiteterna finns det skillnader, även mellan olika kliniker och vårdsektorer inom specialiteten finns det väldiga skillnader. Det gamla vårdordet ”kulturer” gör sig påmint, på vissa ställen finns arbetssätt som inte så lätt låter sig arbetas bort. Detta tycks framför allt gälla förhållandet mellan läkarna och ”personalen”. På vissa kliniker och avdelningar har läkaren alltför lite att säga till om och den kollega som försöker presentera ett sätt att tänka som skiljer sig från personalens i övrigt, hamnar lätt i onåd.

Foto: SPF redaktion

Tove Gunnarsson berättade följande episod från en period när hon arbetade på en barnpsykiatrisk avdelning: ”Jag arbetade tillfälligt på en barnpsykiatrisk avdelning och en skötare kom och berättade för mig om en patient som han var kontaktperson för som ville ta permission. Skötaren sa att han var ganska övertygad om att patienten var suicidal. Jag sa då att jag skulle tala med patienten innan utgång men fick klart för mig att patienten redan gått ut och att jag på grund av mitt juridiska ansvar blev informerad om läget. Dessutom påtalade skötaren för mig att man på den här avdelningen hade en uppdelning av arbetet sådan att läkaren skötte familjekontakten och att kontaktpersonen talade med patienten. Jag fick alltså inte prata med patienten men belades med ansvaret för eventuella konsekvenser av permissionen.”

Åtskillnaden mellan yrkeskategorierna där läkarnas mandat är ställt åt sidan finns på sina ställen inom alla våra specialiteter, oavsett om det är som i exemplet ovan eller om det är som på psykiatriska mottagningar där man ibland pratar om ”läkarpatienter” och ”behandlingspatienter”. Den värdering som ligger implicit i formuleringen är svår att missa. Att läkaren genom den kombinerade kunskapen om kroppsliga och själsliga processer och genom sin mycket långa utbildning kan ha förvärvat en större erfarenhet och förmåga till överblick är något som i denna beklagliga dichotomi missas.

På väg mot integration?

Ett annat tema som dök upp var den spricka som finns inom själva psykiatrin, frågan om vilket perspektiv som är det ”rätta” när det gäller det psykiatriska arbetet. Frågan har debatterats många gånger på många sätt. Är den biologiska processen i hjärnan det som är psykiatrins objekt eller är det speciella med psykiatrin den ”människokunskap” som psykiatern lär sig? Finns det ett ”psykiatrins väsen”? Historien, även så kort som från 60-talet och framåt, går ju från en gammaldags sjukvård med militär hierarki till en liberalisering av vården med en uppvärdering av andra personalgruppers värde i arbetet. En negativ konsekvens av detta är ju klyftan där läkare kan föraktas i vissa lägen, som jag

skrivit om innan. Den här ”liberaliseringen” innebär dock också att ett annat perspektiv än det rent medicinska, med en ambition att se till patientens hela situation, växte fram. Detta innebar också att psykiatriskt arbete i allt större utsträckning omfattas av en slitning mellan det rent medicinska och det rent psykologiska – eller socialpsykologiska – perspektivet.

Som utvecklingen nu har gått så har de psykologiska perspektiven kommit att grängas tillbaka till förmån för en ytterligare mer uttalad biologisering. Samtidigt med denna förstärkning av den biologiska psykiatrins positioner har också kommit en industrialisering av vården med krav på en allt större effektivitet och ”precision” i arbetet. De psykiska problem och frågeställningar som hos individen ligger ”mellan” diagnoserna får inget direkt behandlingsutrymme.

Johan Cullberg efterlyser en integrativ psykiatri där de olika perspektiven kan finnas invid varandra för att de befruktar varandra. Att kunskaperna om vad som händer i hjärnan i olika situationer ökat och bidragit till förståelse av ett flertal tillstånd råder det väl knappt någon oenighet om. Frågan är väl nu om man, som renodlat biologiskt intresserade psykiatrer menar, kan säga att dessa cerebrala processer ”förklarar” tillstånden eller om det är ett nytt sätt att beskriva tillstånden. Ensidigt psykologiska forskningsmodeller förkastar å andra sidan meningen med att se biologiska korrelat, de betraktas då som onödiga. I ett integrativt arbete är det väl snarast troligt att allt som händer lämnar spår i såväl upplevandet som i hjärnparenkymet, och att de båda synsätten tillsammans bidrar till en fördjupad kunskap. Denna fördjupning borde också ge olika behandlingssorter utrymme, till nytta för patienterna.

Det psykiatriska forskningsläget kom också att diskuteras. De flesta psykiatriska avhandlingar som produceras är icke-kliniska; studier av metoder, behandlingar eller annat kliniskt material är mindre vanligt. Frågor ställdes om forskningens låga status inom psykiatrin är kopplat till den relativt snabba karriärsgången inom specialiteterna. För de flesta är det så att man kort tid efter att man blivit färdig specialist är överläkare med ett digert arbete framför sig. Forskning är dessutom aldrig en lukrativ verksamhet, där är överläkarens lön en stark konkurrent.

De två ST-läkarna som var med vid mötet är båda forskare med inriktning på hjärnan på olika sätt. Såväl Hanna som Katarina beskrev hur intresset för flera aspekter kontinuerligt vidgas och där steg-1-utbildningen bidrar med nya perspektiv på ett sätt som bara kan kallas för integrativt.

Det verkar som att människorna som arbetar inom psykiatrin är mer integrativa än vad verksamheten själv är eller tillåter dess arbetare att vara.

Vem bestämmer?

Det sista stora temat från vår långa diskussion som vi får plats att beröra här, är frågan om vem som bestämmer om innehållet i psykiatrin. Om psykiatrerna tidigare haft mycket – för mycket? – att säga till om vad gäller hur arbetet skalla läggas upp och vad arbetet skall innehålla, är alla – allmänpsykiatrer, barnpsykiatrer och rättspsykiatrer, överens om att mandatet nu blivit oss helt frånryckt. Möjligheten att göra ett bra jobb finns men psykiatrin har för tillfället inte frågeställningsprivilegiet vad gäller hur vården borde bedrivas. Frågan är hur vi ska få våra beslutsfattares öra.

Vi bör nog synas mer i den allmänna debatten.

Vi borde också i större utsträckning bidra med klinisk forskning kring sådant som intresserar oss och som kan komma våra patienter till gagn.

Vad en psykiater kan, som inte neurologen eller psykologen kan, måste också tydligare definieras.

För SP Redaktion
Daniel Frydman

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.
Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.
Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.
Skicka gärna med en bild!
Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).
Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Du kan också skicka en bild med ”snigelposten”.
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

ØBALANS

NYA INDIKATIONER

BIPOLÄR ...

~~MANI~~

~~DEPRESSION~~

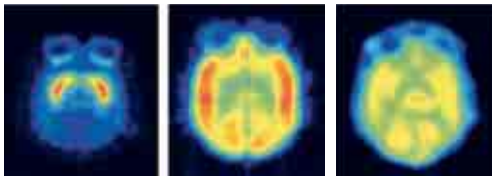
MED SEROQUEL® DEPOT KAN DU BEHANDLA DEN BIPOLÄRA SJUKDOMENS BÅDA POLER[1]*

Som enda atypiska antipsykotikum har Seroquel® Depot (quetiapin) indicerats för behandling av depressiva samt måttliga till svåra maniska episoder vid bipolär sjukdom.*

Förklaringen till den breda symtomlindring som observerats med quetiapin tros vara effekten på tre centrala signalsubstanser i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin[2].

En bra början när du vill ge din patient ett liv i bättre balans.

Quetiapin och dess metabolit norquetiapin har visat sig påverka tre centrala signalsystem i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin[2].



PET-bilder från samarbetsprojekt mellan AstraZeneca och PET-gruppen vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Föreståndare: Christer Halldin.

Seroquel® Depot
quetiapin depottabletter

**Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av maniska eller depressiva episoder. Bland de vanligaste biverkningarna återfinns yrsel, somnolens och huvudvärk. Vid bipolär depression är förekomsten av EPS 1–10 % och risken för somnolens är något förhöjd.*

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-12-05. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Seroquel® Depot är inte indicerat för att förhindra återfall av maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid bipolär depression 300 mg (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). **För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.**

1. www.fass.se. 2. Goldstein JM et al. Biol Psychiatry 2007;61(8 Suppl 1):S124-S125.

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

SERO400044877/januari 2009 ellemore

BP, BPD, ADHD… om komplex diagnostik och en integrativ psykiatri.

En fallbeskrivning

Detta är ett kortfattat sammandrag av ett föredrag på SPF-ST:s årliga konferens. Det är också frukten av många och långa diskussioner som vi har fört runt diagnostik och frågeställningar omkring enskilda patienter utifrån våra olika intressen för samma grupp av patienter, nämligen patienter med bipolär sjukdom, ADHD och borderlinepersonlighetsstörning. Dessa tre tillstånd är alla vanliga, liksom samsjukligheten mellan dem. Samtidigt finns ganska gott stöd för att det inte bara går att säga att alla med det ena tillståndet egentligen har det andra tillståndet eller vice versa.

Att välja perspektiv eller kombinera dessa har betydelse för vilken behandling som ska erbjudas. Det är med detta som bakgrund som vi valde att beskriva ett fingerat patientfall. Genom att belysa detta utifrån tre tänkta utredningsgångar ville vi visa på hur samma patient kan låta sig beskrivas utifrån dessa tre diagnoser. Det leder till olika behandlingsförslag med sina för- och nackdelar.

Remissen

Remissen som skickades till tre olika mottagningar (en affektiv mottagning, en borderlinemottagning och en neuropsykiatrisk mottagning) var följande:

”Jeanette är 28 år gammal. Hon har pojkvän och är sjukskriven sedan två år tillbaka. I remissen framkommer att modern haft återkommande depressioner. Föräldrarna är skilda. Pappa försvann tidigt. I sextonårsåldern blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt. Patienten skolkade mycket men gick ut årskurs nio med godkända betyg. Patienten har haft mycket problem med svängningar i stämningsläget, hon har av och till haft suicidtankar och gjort några suicidförsök och även skurit sig. Första depressionen, i sextonårsåldern, behandlades med SSRI. Detta hjälpte dock inte särskilt väl. Det finns vissa ätstörningsproblem, liksom overklighetskänslor. I perioder har hon haft en klar alkoholöverkonsumtion och hon uppfattas som impulsiv. Hon har haft BUP-kontakt och vuxenpsykiatrisk kontakt sedan arton års ålder som innefattat stödkontakt en gång per vecka i 18-19 års ålder, KBT pga. panikångest vid tjugotvå års ålder vilket ledde till minskad panik, samt en psykodynamisk individuell psykoterapi vid 25-27 års ålder. Det var skönt att prata men hjälpte inte särskilt enligt patienten. Hon blev misshandlad av en äldre man som hon hade en längre relation med i sena tonåren. Under 2 år hade hon en stabil relation med en lugn och omhändertagande kille, men det tog slut för några år sedan. Patienten har haft olika ströjobb men aldrig riktigt kunnat etablera sig på arbetsmarknaden. Hon har också haft flera längre utlandsvistelser som hon finansierat genom att arbeta sig fram.”

En flerdimensionell utredning

Genom att rikta fokus mot olika delar av historien kommer olika typer av information att komma fram. Ärftlighet, utveckling under barndomsåren, sätt att relatera och upplevelser som format självbild är alla delar som spelar roll för denna kvinna. Samma symtom kan förklaras på olika sätt beroende på perspektiv. Det viktiga är att de olika diagnoserna kommer att leda till olika behandlingsförslag som tagna var för sig kan ta sig rätt olika vägar. *(Detta patientfall och efterföljande diskussion finns fylligare beskrivet på SPF:s hemsida www.svenskpsykiatri.se).*

Även doktorn behöver mentalisera…

I vår framställning har vi lyft fram begreppet mentalisering, som enkelt uttryckt handlar om att kunna se sig själv utifrån och andra inifrån. Patienter är väl betjänta av att bli bättre på att mentalisera eftersom det hjälper honom/henne att ta till sig och förstå de förklaringsmodeller och diagnoser som erbjuds samt att bättre hantera och fungera i relationer med sig själv och andra. Men även psykiatern behöver sin mentaliserande förmåga för att kunna hålla flera perspektiv igång samtidigt samt att kunna lyssna på andras bedömningar och arbeta i team. Detta utesluter inte på något sätt att man kan ha beslutskapacitet – tvärtom: eftersom beslutsunderlaget kan öka ger det en grund för bättre och bredare beslut.

Endofenotyper och integrativ psykiatri

Det finns några illa dolda ”take home messages” i detta:

Utred i rätt ordning (stämningsstabilisering bör föregå centralstimulantiainsättning).

Ta med utvecklingsperspektivet (ger information om både neuropsykiatrisk profil och anknytningsmönster som har betydelse för senare relationsmönster).

När behandling inte hjälper – bredda diagnostiken, ta hjälp av kollegor.

Det behöver inte vara antingen – eller, utan oftare både – och.

Våra diagnossystem är inte perfekta och kommer aldrig att bli. Detta exempel illustrerar ett möjligt perspektiv att kanske snarare se till mindre entiteter av symtom, som sedan kan sättas ihop för varje enskild patient. Det gör att behandling och prognos kan bli mer skräddarsydd. Det finns visst stöd för detta i den forskning som idag försöker att identifiera olika så kallade endofenotyper. Dessa kan sedan sättas samman till större enheter, som vi idag beskriver som olika diagnoser. Detta kan vara en väg ut ur det träsk av samsjuklighet som vi annars ständigt riskerar att sjunka ner i.

Ett sådant perspektiv skulle i så fall vara en del av en sant integrativ psykiatri som kan använda forskningsresultat och behandlingsstudier användbara för alltfler patienter, även ”de besvärliga”.

Eleonore Rydén, överläkare, doktorand

Göran Rydén, överläkare, leg psykoterapeut, sektionschef

Båda verksamma vid Affektiva sektionen,
Norra Stockholms Psykiatri, Stockholm

Detta är ett sammandrag av en längre artikel som finns publicerad i sin helhet på www.svenskpsykiatri.se.

CNS-09-23 CY0801222-352/heart.se

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

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

Cymbalta®
duloxetin
hela vägen tillbaka

Cymbalta® (duloxetin). N06AX21. R_x. F. Behandling av egentliga depressionsepisoder. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. Rekommenderad startdos för patienter med generaliserat ångestsyndrom är 30 mg dagligen. För patienter som inte svarar tillfredsställande bör dosen ökas till 60 mg, som är den vanliga underhållsdosen för de flesta patienter. Startdos och rekommenderad underhållsdos för övriga indikationer är 60 mg dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Datum för översyn av produktresumén: 2008-07-28. För mer information och priser se www.fass.se. **Eli Lilly Sweden AB.** Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se. **Boehringer Ingelheim AB.** Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se.

Boehringer Ingelheim Lilly

Svenska psykiatrikongressen 2009

”Alla var där……”

Skrev någon i utvärderingen av Svenska Psykiatrikongressen 2009.

Det kändes nästan så när folk strömmade in för att checka in sig på Bergakungen.

Ett år tidigare hade jag varit på besök för att se om det var möjligt att anordna en kongress på en biografsalong. Jag måste erkänna att jag var föga imponerad vid det tillfället. Min blick fastnade hela tiden på popcorn – och cocacolamaskinerna. Hur skulle vi få till detta?

Och vem minns inte sagorna om Bergakungen (som även kallades Bergsrået och Bergatrollet) i vår nordiska folktro. Där var Bergakungen ett naturväsen som levde i berget och förvrängde synen på de som hittade malmfyndigheter så att de inte kunde återfinna dem.

Jo, det var nog så att Bergakungen förvrängde min syn vid första anblicken – vid besök nummer två blev jag mer och mer övertygad om att ”Visst ska Svenska Psykiatrikongressen 2009 äga rum här”. I november samma år var hela styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen på besök, och även de lät sig förföras av naturväsendet Bergakungen.

Foto: Carol Schultheis

Det är ett otroligt arbete att arrangera en kongress; det vet både styrelsen och undertecknad. Man sliter och jobbar i nästan ett år innan det är dags att slå upp portarna. Att hålla i alla trådarna är mycket stimulerande och roligt – dock ibland nära kaos. Som exempelvis dagen innan kongressen: jag gör en snabb koll med personalen på Bergakungen och säger avslutningsvis ”och glöm nu inte att påminna teknikerna om att de snabbt är på plats och hjälper föreläsarna med USB-minnen och ljudet mm”. – Inga problem säger damen, USB-minnet är ju bara att köra rätt in i projektorn!

Voine, voine – det är då det går upp för mig att vi menar olika saker med pc + projektor och pc-projektor. Bergkungen har inga datorer alls! Det är i sådana här stunder man både räknar till 10 och ber till Gud. Nåväl, allt löste sig av ett fantastiskt företag som på bara några timmar kunde ordna fram 8 stycken datorer.

Alla vara där……..

Nja, alla vara inte där men otroligt många – inte mindre än 470 personer checkades in under kongressen. Ett mycket imponerande resultat. Det var en stor spridning på deltagare från hela landet, även om västra Sverige var mest representerat.

Kongressen fick fantastiskt bra resultat i utvärderingen, bland de allmänna kommentarerna på plussidan kan man läsa: blandning av vetenskap och filmupplevelser, rikt utbud på bra föreläsningar, mötet med kollegor, psykiatrin har fått en starkare plattform. På minussidan måste vi naturligtvis konstatera att det var trångt, framför allt vid minglet samt att många saknade en plats att sitta ned på mellan föreläsningarna. Våra utställare hade stora problem då det fick packa ned allt sitt material varje eftermiddag, för att sedan packa upp det igen på morgonen och ingen plats fanns för förvaring av material.

Det allra bästa med kongressen var:

Programmet, filmvisning, föreläsningarna - Hög vetenskaplig nivå, bra arrangerat, bra service, bra komfort i biosalongerna, att få träffa kollegor, den goda stämningen, Arvid Carlsson och Svante Bäck.

Vi fick också mängder av tips på vad som kan bli bättre till nästa års kongress.

På några sidor i detta nummer kan Du få ett smakprov av de olika seminarierna. Under all tre dagarna hade vi hjälp av ST-läkare från Västra Götalandsregionen, som förutom att de hjälpte oss i salongerna även skrev små referat från de föreläsningar de var med om.

Väl mött i Stockholm 2010!

Stina Djurberg
SP redaktion

Foto: Carol Schultheis

Vart vill Du vara på väg?

För att kunna säga något om vart psykiatrin är på väg så kan historien ge oss vägledning.
Psykiatrin som disciplin anses starta i Frankrike när läkaren Philippe Pinel på sjukhuset Salpêtrière (1800) befriade mer än 50 patienter från deras bojor och förespråkade en humanare behandling av de intagna. Den psykiatriska verksamheten har därefter tagit olika vändningar vilket finns dokumenterat i flertalet verk. Av verken att döma förefaller enskilda personers insatser (ofta läkare) ha varit avgörande för psykiatrins utveckling. Att dessa personers insatser har tillmätts såpass stort värde är intressant när vi reflekterar över dagens psykiatri.

Foto: Wikipedia - Public Domain

I idéhistorikern och professorn Roger Qvarsells avhandling *Ordning och behandling – Psykiatri och sinnesjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft (1982)* avhandlas den tidiga svenska psykiatrin genom att grundligt redogöra för läkaren Georg Engströms tid på Vadstena hospital (1826-1849). I psykiatern och psykoanalytikern Gösta Hardings bok *Tidig svensk psykiatri (1975)* avhandlas tiden mellan 1861 och 1902 på Karolinska Institutet och Stockholms hospital (Konradsberg). Under den tiden tjänstgjorde i tur och ordning Wilhelm Öhrström, Fredrik Björnström och Ernst Hjertström som professorer och överläkare.

I psykiatern och professorn Jan-Otto Ottossons bok *Psykiatrin i Sverige – Vägval och vägvisare (2003)* utgör bokens andra hälft en redogörelse över psykiatrins utveckling i Sverige från 1950 och framåt genom en rad betydelsefulla personer såsom Carl Henry Alström, Jan Beskow, Johan Cullberg, Carlo Perris och Marie Åsberg. I en kommande bok av psykoanalytikern och docenten i idé- och lärdomshistoria Per Magnus Johansson avhandlas den göteborgska psykiatri- och psykoterapihistorien från 1940 och framåt genom en grundlig genomgång av en rad betydelsefulla psykiatriker såsom Elis Regnér, Bengt Jacob Lindberg, Jan-Otto Ottosson och Christopher Gillberg.

I *Den narcissistiska kulturen (1979)* undersöker historikern Christopher Lasch olika sociala strukturer i samhället med utgångspunkt i begreppet narcissism. I dessa strukturer finns för människor inga personer på någon nivå som har betydelse för dem. De anser sig istället vara självtillräckliga och kan snarare använda andra personer för att uppnå egen framgång. De förmår inte heller inordna sig i någon social struktur i syfte att tillsammans med andra uppnå ett högre mål. Enligt Lasch utvecklades den narcissistiska kulturen under 1900-talets senare hälft vilket sammanhängde med en rad sociala förändringar där individen i större utsträckning fick ta ansvar för sin egen utveckling och mognad.

En vägledning för att analysera den svenska psykiatrin
När vi skall analysera den svenska psykiatrin kan ovanstående redogörelser tjäna som vägledning. Den svenska psykiatrin har i dag företrädare som på olika sätt är betydelsefulla. Dessa personer verkar på både nationell, regional och lokal nivå men frågan är på vilket sätt de uppfattar sig som betydelsefulla, om de överhuvudtaget gör det? Det är ju inte heller säkert att andra varken vill eller kan uppfatta dem som betydelsefulla utan dessa andra kan snarare agera som om de själva visste bäst.

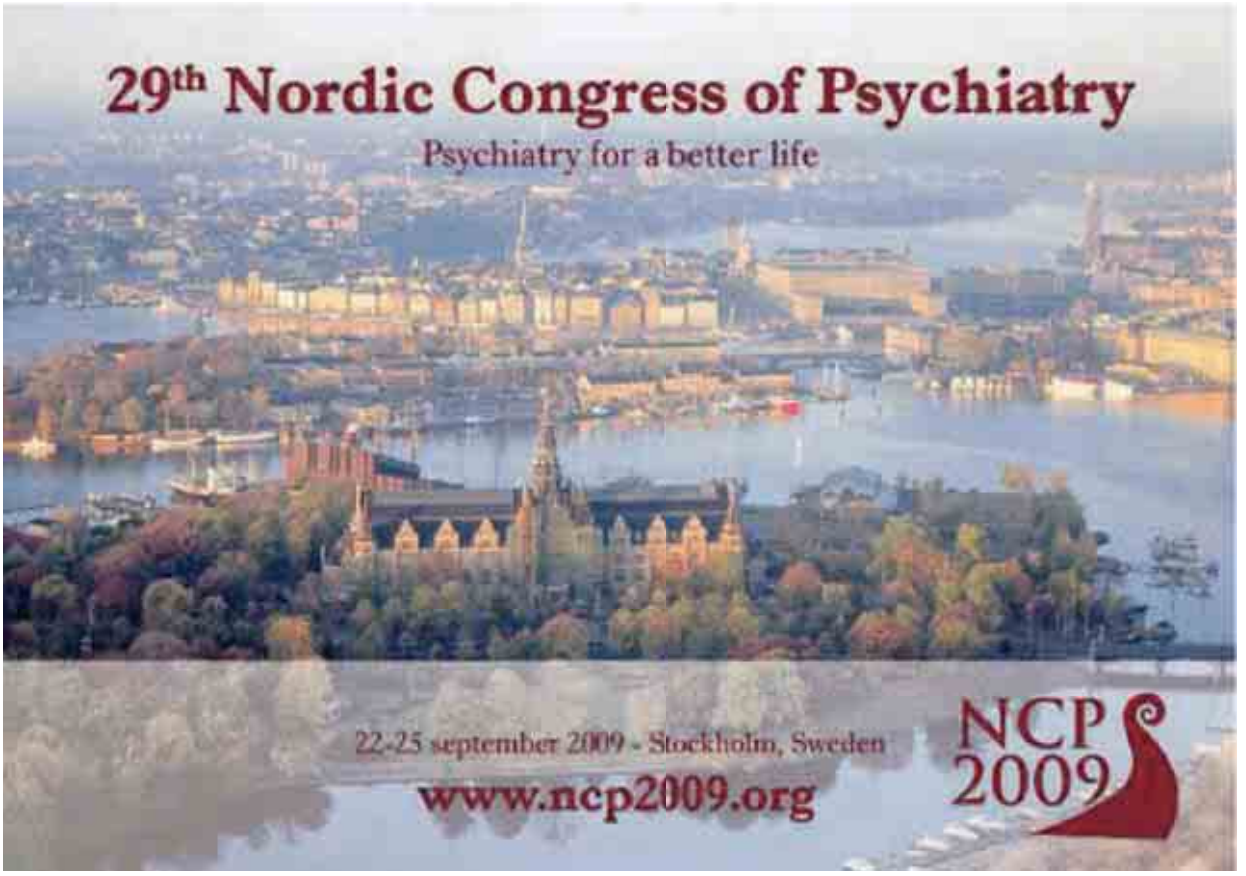
I den situation den svenska psykiatrin befinner sig i jämfört med tidigare historiska förhållanden kan man på ett sätt säga att auktoriteter idag verkar längre från den enskilda medarbetaren. Auktoriteter på nationell och regional nivå verkar i huvudsak genom skrivna verk såsom vetenskapliga publikationer, nationella och regionala riktlinjer.

Vid de lokala psykiatriska klinikerna råder samtidigt en oklar auktoritetsstruktur där klinikchefen inte längre med självklarhet är den mest meriterade.

I detta avstånd mellan auktoriteter, som i huvudsak verkar genom skriftliga dokument, och de enskilda medarbetarna finns däremellan en nivå med potentiellt betydelsefulla personer. Dessa personer kan vara läkare, akademiker och chefer med ett ansvar att förmedla kunskap och engagemang, vilket kan ske genom att dessa personer på olika sätt är kontinuerligt närvarande i möten med medarbetare och patienter.

Risk att medarbetarnas narcissistiska tendenser tar överhanden
Om den svenska psykiatrin på olika nivåer organiseras och planeras på ett sådant sätt att denna möjlighet till närvaro begränsas finns det enligt mitt förmenande en risk att medarbetarnas narcissistiska tendenser tar överhanden. Det innebär i praktiken att tilltron till auktoriteter sviktar och att medarbetaren på olika sätt hellre går sin egen väg. Den utgången skulle vara olycklig vilket innebär att när vi skall reflektera över vart vi är på väg kan det vara av värde att samtidigt fundera över vart vi *vill* vara på väg. Varje medarbetare, såväl du som jag, bör således fundera över på vilket sätt vi själva kan göra störst nytta inom den svenska psykiatrin. När vi väl kommit fram till ett svar finns det, enligt mitt förmenande, en möjlighet till en gemensam kraftansamling för en bättre svensk psykiatri.

Tobias Nordin
Chefsöverläkare/Läkarchef
Vuxenpsykiatrin
Södra Älvsborg Sjukhus



Preliminary programme overview
April 29, 2009

Program Tuesday 22, 2009

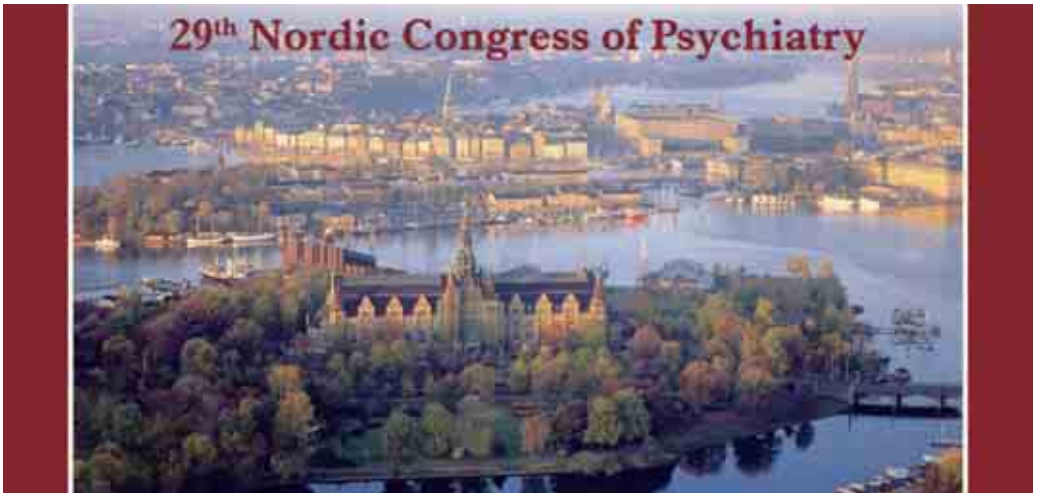
	Hall A, B, C (1362)
13.00-13.45	Opening ceremony Welcome adress Anna Åberg Wistedt , President of the congress Lise -Lotte Risö Bergerlind, Chairman, Swedish Psychiatric Associa tion Lena Eidevall, Chairman, Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry Chairman, Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations Music, Entertainment
14.00-15-00	**Plenary lecture** **Mental Health and the Commission on Social Determinants of Health** **Professor Sir Michael Marmot**
15.15-17.15	**No mental health without humane preconditions** **Chair: Otto Steenfeldt-Foss, Vice chair: Henrik Wahlberg** **Global mental health needs global cooperation** *Lars Jacobsson, Professor of Psychiatry, Umeå University, Sweden* **A psychiatrist experience of working with the Council of Europe for Human rights** *Andres Lehmets, President of the Estonian Psychiatric Association, Estonia* **Improving female rights in peace and war - what can psychiatry learn** *Marianne Kastrup, Professor, Transcultural center, Copenhagen, Denmark* **Inferior conditions and lack of resources - a global view on mental health.** *Henrik Wahlberg, Nordic Network for Cultural Psychology and Psychiatry CPPN, Sweden* **Psychiatry at the Crossroads: holding together Science, Values and Beliefs in a changing world** John Cox, *professor Emeritus, Keele University, UK, visiting professor, Institute of psychiatry, London, immediate Past Secretary General WPA (World Psychiatric Association).* **Summary and general remarks** *Otto Steenfeldt-Foss, senior consultant emeritus, honorary member, Norwegian Psychiatric Association and the World Psychiatric Association (WPA), Jan Delay prize awardee 2005(WPA).*
18.00	Reception at the Stockholm City Hall

Program Wednesday 23, 200 9

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.00 – 9.45	Psychiatric epidemiology – a Nordic Perspective (16) Ingmar Skoog, Povl Munk Jørgensen	9-12 Neuropsychiatric genetics (6) Niklas Dahl, Lennart Wetterberg	Bipolar disorder (5) Mikael Landen	**Survivor Strategies among Displaced Children and Adolescents** (28) Abdulbaghi Ahmad	Workshop(2) From Theory to Practice: Making psychiatry salutogenic. The first Year Experience of the Buskerud Project. Bengt Lindström	Nordic research co - operation with low in - come countries (15) Lars Jacobsson, Edvard Hauff
09.45 – 10.15	Coffee break		Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
10.15 – 12.00	Transcultural psychology and psychiatry in reception of asylum seekers (3) Solvig Ekblad, Sofie Bäärnhielm		Involuntary hospitalisation in mental health care – current issues (12) Lars Kjellin, Lars Jacobsson	"Psychodynamic and psychoanalytic treatment in the 21st century"(24) Alexander Wilczek		Suicide prevention from a cognitive perspective A theoretical frame for the total suicidal process (36) Jan Beskow
12.00 – 14.30	12.30 – 14.30 Why do some psychiatric treatments have a broad spectrum of activity? Astra Zeneca (1) Hans Ågren	12.30-14.30 Socialstyrelsen Anders Printz	12.30 – 14.30 Sponsored Symposia Servier	12.30 – 13.30 Key note lecture The Danish Psychiatric Central Register Povl Munk Jørgensen		
14.30 – 15.00	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
15.00 - 17.00	Considering culture and context in psychiatric diagnosis (4) Sofie Bäärnhielm, Marianne Kastrup	ADHD in adults in a psychiatric population - how are they identified, and what works? (13) Susanne Bejerot	Long term outcome of cognitive behavioural therapy (CBT)(7) Eva Mörtberg	Suicidal behaviour in adolescents (31) Berit Grøholt		**ADHD in childhood and adolescence – prevalence, risk factors and aspects of treatment (35)** Jan-Olov Larsson
Boat tour in Stockholm Archipelago						

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Wednesday 23, 2009

	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45		
09.45 – 10.15	Coffee break	Coffee break
10.15 – 12.00		
12.15 – 14.15	**Meeting 1 (YP)**	**Meeting 3 (YP)** Peggy Törn
15.00 – 17.00	Workshop 1 (YP) Jonas Eberhard	**Workshop 4 (YP)**



Program Thursday 24, 2009

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.00 – 9.45	Person centered diagnoses and treatment in psychiatry (18) Marianne Kastrup	9-12 Depression in the perinatal period - early int ervention, treatment and interdisciplinary collaboration (22). Malin Eberhard-Gran, Birgitta Wickberg	Suicide prevention and research in the Nordic region – an update (10) Lil Träskman Bendz, Jouko Lönnqvist	Social inequalities in mental health.(14) Y vonne Forsell	Sleep and sleep disorders - What psychiatrists need to know (9) Lena Mallon	Best research from all countires published in Nordic Journal of Psychiatry in 2006-2008 Hasse Karlsson
09.45 – 10.15	Coffee break		Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
10.15 – 12.00	Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders (2) Christina Hultman, Mirellla Ruggeri		How to improve mental health services during crisis and wars – Experiences from the Balkans (21) Henrik Wahlberg	Internet -delivered cognitive behaviour therapy. Will it change the future of psychotherapy?(8) Gerhard Andersson, Nils Lindefors	Experiences of the developments in Nordic psychiatry – As time goes by (17) Lars Jacobsson, Marianne Kastrup	**Amphetamine abuse and dependence – pathophysiology and treatment** (34) Johan Franck, Jørgen Bramness
12.00 – 13.00	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Janssen Cilag	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Schering-Plough	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Lilly			
13.00 – 14.30						
14.30 – 15.00	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
15.00 – 17.00	Hazardous use and substance use disorders among patients with psychiatric diagnoses – clinical implications.(11) Agneta Öjehagen	Use and prescription of Stimulants to children and Adults in the Nordic countries (29) Anne-Liis von Knorring	Mental health challenges in the Baltic and Nordic countries – Information by the psychiatric associations (37) Halldora Olafsdottir	Neurobiology of anxiety and fea r as well as pleasure and some clinical implications (26) Nils Lindefors	Workshop (3) Psychotraumatology and "National Centre for Disaster Psychiatry" Tom Lundin, Per-Olof Michel	"The psychiatric profession yesterday, today and tomorrow" (YP) Peder Björling
	Congress Dinner at Solliden, Skansen					

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Thursday 24, 2009

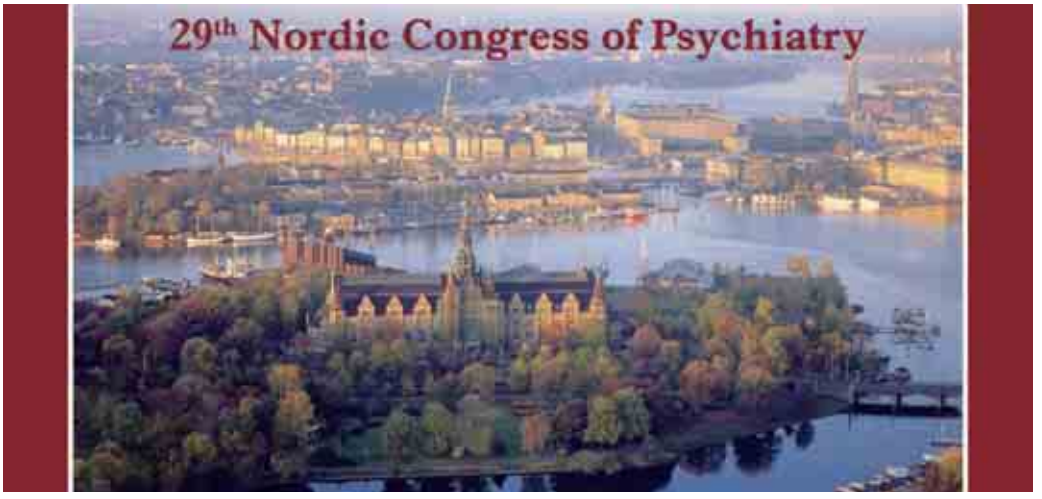
	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45	Workshop (1)	
09.45 – 10.15	New ethical questions are challenging private practicing	Coffee break
10.15 – 12.00	psychiatrists in a tran sparent medical health environment Chair: Eva Rosmark -Calltorp	
12.15 – 14.15	**Meeting 2 (YP)**	**Meeting 4 (YP)** Christoffer Rahm
15.00 – 17.00		

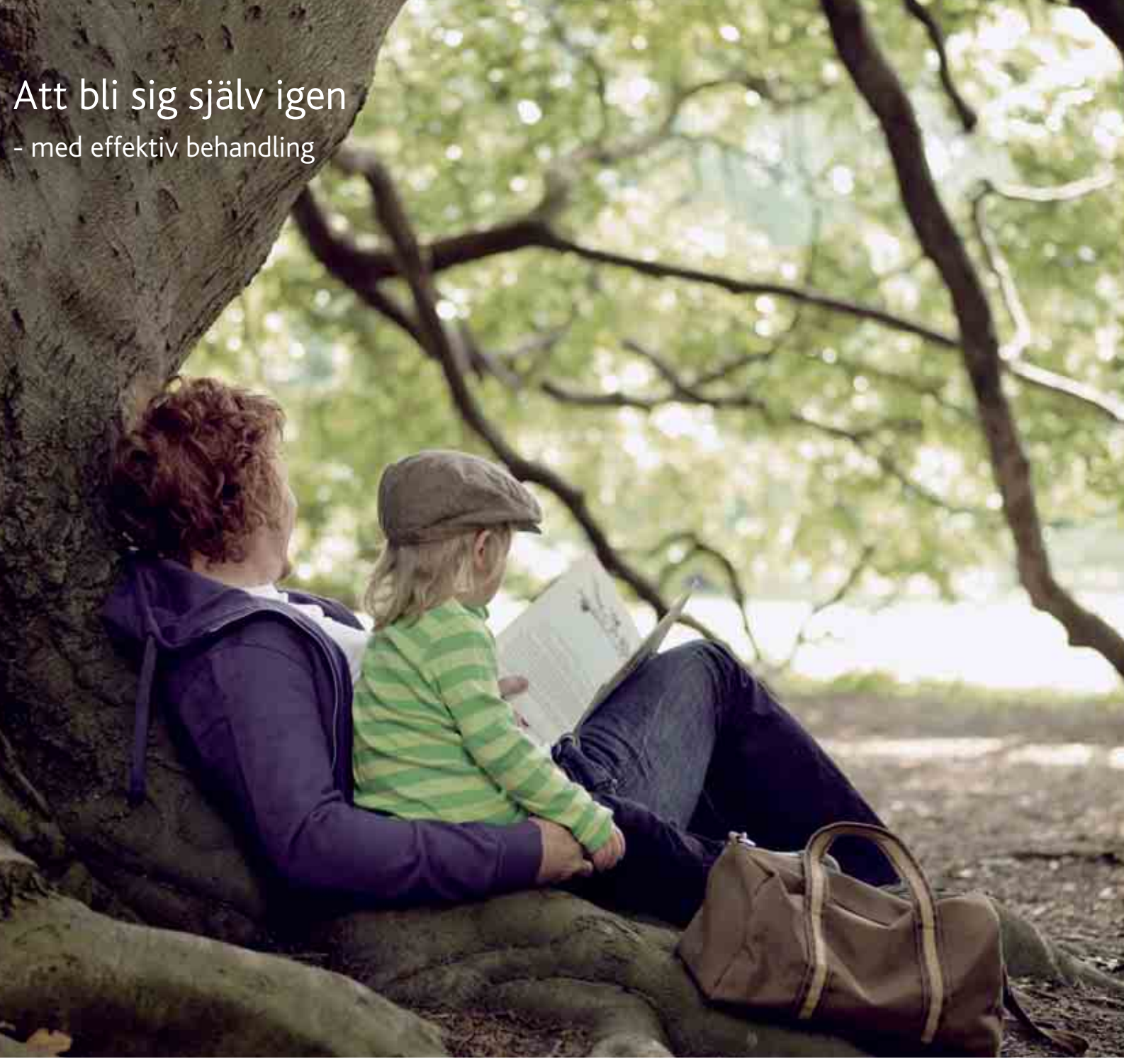
Program Friday 25, 2009

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.30 – 10.30	Psychiatric care for ethnic minorities – issues of concern (19) Marianne Kastrup	**Epidemiology of suicide and violence** (30) Bo Runeson	Community based mental health for early psychoses (1) Mirella Ruggeri, Christina Hultman	9-12 **Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents** (32) Per Hove Thomsen	Young psychiatrists programme Markus Heilig	
10.30 – 11.00	Coffee break	Coffee break	Coffee break		Coffee break	Coffee break
11.00 – 12.00	Plenary lecture **Stress and the dark side of addiction** Markus Heilig					
12.00-13.00	Lunch					
13.00 – 15.00	**Recent findings from collaborative schizophrenia projects - brain, inflammation, and genes** (33) Ingrid Agartz, Erik Jönsson	Person centered consultation psychiatry (23) Manuel Fernadez, Juan Mezzich	Personcentered suicide prevention - an example for person - centered approaches in psychiatry and public mental health promotion (27). Wolfgang Rutz, Anne Maria Möller - Leimkuehler			Mental health in the Artic region with special reference to the sami population (25) Lars Jacobsson, Siv Kvernmo
15.00 – 15.30	Closing of the NCP 2009					

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Friday 25, 2009

	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45	Workshop 3 (YP)	**Workshop 5 (YP)** Åsa Nilsonne
09.45 – 10.15	Coffee break	Coffee break
10.15 – 12.00	**Meet the Expert/Research (YP)**	**Meet the Expert/Clinical work (YP)**





Störst sannolikhet för remission

Cipralex® (escitalopram) är det moderna* antidepressiva läkemedel mot depression som har den högsta sannolikheten för remission. Det konstaterar Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, TLV, i sin omfattande genomgång av läkemedel mot depression.[1]

För att komma fram till sin slutsats har TLV gjort en egen metaanalys, som bedömer sannolikheten för att olika behandlingar ska få patienter i remission. Metaanalysen baseras på 85 studier med totalt närmare 20000 patienter.

I genomgången konstaterar TLV att behandling med Cipralex ger lägre totalkostnader** jämfört med alla andra SSRI/SNRI-läkemedel.

Lundbeck Cipralex® escitalopram

Tillbaka till livet

jag-kan.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2008-09-19. DOSERING: 10–20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20 mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska. För pris och vidare information, se FASS.se.

1) Rapport Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket; Genomgång av antidepressiva läkemedel, 200812.
* SSRI/SNRI
** Då priset på venlafaxin har sänkts finns det en möjlighet att resultatet förändras vid en ny analys.

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

CIP.13.2009

Hotel Marienlyst, Elsinore (Helsingør)

The symposium is organized by the

Section of Forensic Psychiatry

Danish Psychiatric Society

Second announcement and call for abstracts

We welcome proposals for posters,
oral presentations and parallel sessions

The 8th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry

August 19-21, 2009
Elsinore (Helsingør), Denmark

Key dates:

Third announcement
May 2009

Deadline for submission of abstracts April 1, 2009

Please find abstract form at

www.8th-NSFP.dk

Key note speakers

Professor John Gunn, London
Forensic Psychiatry - Yesterday, Today and Tomorrow. An overview.

Professor Norbert Nedopil, Münich
The interface between forensic psychiatry and society. An overview.

Professor Pamela Taylor, Cardiff
Schizophrenia and crime. An overview.

Science journalist, Ph.D. Lone Frank, DK
Molecular genetics. Culpability, responsibility and punishment.

Registration fees.....**7.775 DKK**

Students/psychiatric trainees*..... **5.000 DKK**

Registration fee includes: Entry to all sessions, copy of final program and abstract book, accommodation at Hotel Marienlyst, Elsinore (Helsingør) (single room), all meals during symposium including banquet dinner, coffee, tea, fruit and cake.

All prices quoted are in Danish Crowns (DKK) and includes VAT and services tax.

Please note: The number of participants is limitied to a maximum of 180 persons.

* Limited number, preferably for psychiatric trainees/medical students presenting research work (applicants must provide a letter from the employing institution confirming their status as full time psychiatric trainees or medical students).

Contact:
Peter Kramp
Clinic of Forensic Psychiatry
Blegdamsvej 6B, 2
DK- 2200 Copenhagen N
pk001@retspsykiatriskklinik.dk

Organizing committee:

Local committee (Denmark):

Peter Kramp, Kjeld Reinert, Jens Lund, Dorte Sestoft, Mette Brandt-Christensen, Tina Gram Larsen, Kirsten Nitschke

Sweden: Per Lindqvist and Marianne Kristiansson

Finland: Markku Eronen

Norway: Randi Rosenqvist and Bjørn Østberg

symposium homepage

www.8th-NSFP.dk

Scientific board:

Denmark: Peter Kramp, Mette Brandt-Christensen and Dorte Sestoft

Sweden: Per Lindqvist and

Äldrepsykiatri – ett växande sjukdomspanorama

Sjukdomsbilder, avgränsningar och prognos är i hög ålder annorlunda än hos yngre. Diagnostik och behandling av psykisk sjukdom hos den åldrande människan – äldrepsykiatri – är ett kunskapsområde som både kunskapsmässigt och volymmässigt är stadd i snabb förändring. Denna förändring kommer att påverka hela det psykiatriska panoramat.
Den ökande andelen äldre i samhället, i kombination med den höga prevalensen psykisk sjukdom i hög ålder, leder till att äldrepsykiatri kommer att bli ett allt större område. Inom överskådlig tid kommer de psykiska sjukdomar som drabbar äldre att vara lika många som de som drabbar i vuxen ålder. Detta betyder att de som börjar utbildas till psykiater idag, till stor del kommer att arbeta inom äldrepsykiatri. Trots detta är äldrepsykiatri idag en marginell företeelse inom sjukvården och den utbildning som finns ytterst liten, trots att kunskapen om äldrepsykiatriska sjukdomar under de senast 25 åren har ökat nästan lavinartat.

De psykiska sjukdomar som finns i hög ålder är dels sådana som debuterat tidigare i livet och dels nydebuterad psykisk sjukdom. Många sjukdomar som schizofreni, affektiv sjukdom eller ångestsjukdom fortsätter in i åldrande men förändrar ofta såväl karaktär som att kognitiva symptom tillkommer. Nydebuterad psykisk sjukdom i hög ålder har ofta en bakomliggande sjukdomsorsak: neurodegenerativa förändringar, psykogena faktorer, kroppslig sjukdom eller biverkan av läkemedel. Samma faktorer kan också förändra bilden av en kronisk psykisk sjukdom. Orsaken till sjukdom är därför ofta känd i hög ålder och påverkar såväl behandlingsstrategier som behandlingsmöjligheter.

Avgränsningen av sjukdomsdiagnoser är mindre tydlig i hög ålder.
Kognitiv störning är vanligt förekommande och olika psykiska sjukdomar glider över i varandra utan klara gränser. Depression – ångest – psykotiska symptom och kognitiv störning är därför symptom som i olika kombinationer många gånger finns samtidigt. Detta påverkar såväl diagnostik som behandling.
Diagnostiken försvåras också av att de psykiska sjukdomarna i hög ålder bara till en del täcks av DSM- eller ICD-systemen. Detta medför att prevalensen av olika diagnoser varierar mycket starkt beroende på vilka kriterier som använts och hur de applicerats.

Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. I gruppen över 65 år har upp till 15% depression i någon grad. Bara en mindre del uppfyller dock diagnostiska kriterier för egentlig depression. Frekvensen depression ökar och är ca 30% vid 90 års ålder.

Psykisk och somatisk sjukdom påverkar varandra starkt i hög ålder. Vid kroppslig sjukdom ökar frekvensen depression till ca 30 %. Samtidigt finns vid depression också en ökad frekvens

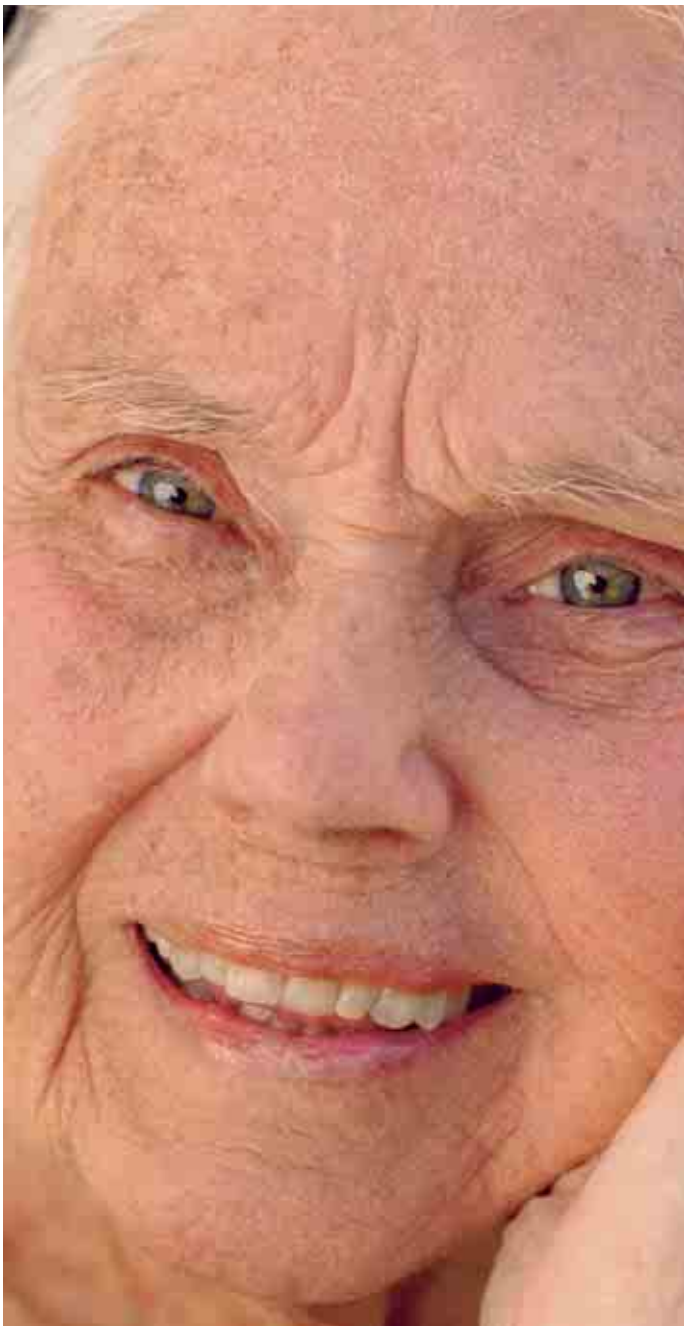


Foto: Shutterstock.com

kroppslig sjukdom. Närvaro av depression, också ”lättare former” som minor depression, ökar mortalitet till i genomsnitt det dubbla. Depression vid kroppslig sjukdom är underdiagnostiserad och underbehandlad. Att finna depressiv sjukdom är därför viktigt för hur den kroppsliga sjukdomen utvecklas. Depressiv sjukdom påverkar uppenbart läkning och rehabilitering vid kroppslig sjukdom. Psykisk och kroppslig sjukdom kommer därför i framtiden att i större utsträckning beaktas samtidigt.

Ofta betraktas lättare depressiva tillstånd som orsakade av den livssituation som en gammal sjuk människa befinner sig i. Den påverkan på mortalitet som finns också vid symptomfattiga depressiva tillstånd talar dock för att avgränsningen av sjukdom i hög ålder också bör inkludera dessa. Ännu finns dock inga kriterier för hur en depression i hög ålder skall avgränsas.

Depressiv sjukdom är associerad med neurodegenerativa förändringar, framförallt vaskulära skador i den vita substansen men är också relaterad till psykosociala faktorer. Även vissa läkemedel som betablockerare har associerats med depression. Bakgrunden till depression i hög ålder är multifaktoriell, men ofta kan en eller flera faktorer kopplas till sjukdom i det enskilda fallet. Mycket talar för att depression i hög ålder symptommässigt är likartad depression i yngre år men kan ha andra orsaker. I hög ålder är sjukdomsförloppet ofta långdraget och förenat med stor risk för återfall. Detta kan förklaras av associationen med neurodegenerativa förändringar.

Patienter med demenssjukdomar har i de flesta fall också samtidigt en psykisk sjukdom och det är därför naturligt att de ingår i ett äldrepsykiatriskt kunskapsområde. Depression finns hos 30 % – 50 % medan psykotiska symptom hos något färre, upp till 40 % har rapporterats. Alzheimers sjukdom utgör ca 60 % av alla demenstillstånd. Ny kunskap om Alzheimers sjukdom har lett till en förståelse av bakgrund och patogena mekanismer. Som följd av detta finns stort hopp att inom några år läkemedel har utvecklats som kan bromsa sjukdomsmekanismen. Detta kommer att bli ett genombrott som kommer att påverka sjukvård och sjukvårdsbehov.

Läkemedelsstudier sker endast i begränsad utsträckning hos äldre. I den mån som studier görs är det oftast på yngre äldre och i renodlade grupper. Kunskap om behandling i hög ålder och vid samsjuklighet är begränsad och medför att den evidensbaserade kunskapen är otillräcklig. Klinisk erfarenhet har förhållandevis större betydelse för behandling i hög ålder. Trots bristande vetenskapligt underlag finns sannolikt lika stora möjligheter att behandla äldre med psykisk sjukdom som hos yngre.

Framtidens psykiatri kommer att ställa väsentligt större krav på kunskap om äldres psykiska sjukdomar.
Läroböcker har hittills varit otillräckliga inom äldrepsykiatri. I läkarutbildning och i specialistutbildning till psykiatri finns ännu mycket begränsat inslag av äldrepsykiatri. Idag finns redan stor del av den kunskap som kommer att behövas. Nu behövs utbildning och sjukvårdsutveckling.

Ingvar Karlsson
Docent, överläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal
Neuropsykiatri
Vice ordförande i Svensk Förening för Äldrepsykiatri,
www.aldrepsykiatri.se

Foto: Shutterstock.com

”Grand make over” - tvångsvården och rättspsykiatrin stöps om i grunden.

När Psykansvarskommittén (SOU 2002:3) kom med sitt förslag till en genomgripande reform av rättspsykiatrins regelverk skedde det i parlamentarisk enighet och med professionens huvudsakliga gillande. Men det var länge sedan. Få av oss har texten aktuell och nya kollegor har äntrat scenen.

I juli förra året beslöt den nuvarande regeringen, i princip, att Psykansvarskommitténs förslag bör genomföras. Men för detta krävdes ytterligare belysning av några frågor, inte minst de ekonomiska aspekterna. Man bestämde därför att tillsätta en ny kommitté som ska göra en översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (Psykiatrilagsutredningen 2008:93). I slutet av november 2008 utsågs Jerry Eriksson till ordförande. Han är domare, tillika ordförande i en avdelning för medicinsk forskning vid Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala. Nyligen har experter och sakkunniga utsetts, varav några är specialister i rättspsykiatri. Ingen representant för rättspsykiatriska föreningen har inbjudits trots att vi tidigt försökte få in en fot i utredningen. Enligt färska besked får vi nöja oss med att troligen bli representerade i en senare referensgrupp. Ingen representant från akademisk rättspsykiatri finns heller med.

Är utredningen viktig?
Även om utredningen bedömer att svenska rättspsykiatriker, organiserade genom Läkarförbundet och Läkarsällskapet, inte är så centrala för utvecklingen av svensk rättspsykiatri, måste vi ändå följa och påverka denna utredning. Enligt min bedömning kommer den att leda till den största förändringen av rättspsykiatrin sedan 1965 då ”tillräknelighetskriteriet” avskaffades och alla dömdes som ansvariga för sina handlingar, oavsett grad av vansinne. Den nya lagstiftningen kommer att stöpa om hela den kontext som vi arbetar i och även allmänpsykiatrin kommer att påverkas.

Vad ville Psykansvarskommittén?
Den mest genomgripande delen av kommitténs förslag var att återinföra tillräknelighetskriteriet. Det betyder att det ska göras en bedömning om den psykiskt sjuke är ansvarig för sin handling eller om han/hon var så illa däran vid gärningstillfället att sjukdomen totalt styrde det aktuella beteendet. Sjuka lagöverträdare som ”inte rår för det” döms således inte (lika lite som barn under 15 år eller en som agerar i berättigat självförsvar) utan skickas till vård. Formellt sett har de inte ens begått en lagöverträdelse.

I en sådan ordning blir det få personer som direkt hamnar i rättspsykiatrisk vård. Alla andra ska skickas till fängelse, varifrån de kan överföras till rättspsykiatrisk vård om de uppfyller de allmänna kriterierna för psykiatrisk tvångsvård. Avskrivning av sådan vård ska ske på samma sätt och personen ifråga återvänder då till kriminalvården om strafftid återstår.
En annan viktig del i kommitténs förslag var att psykiskt sjuka men även personlighetsstörda brottslingar (psykopater) skulle kunna vårdas/vara inlåsta under obestämd tid (”preventive detention”) inom psykiatrin på basen av en rättspsykiatrisk bedömning av risk för framtida brottslighet.

Vad gäller översynen?
Kommittén ska utgå från att Psykansvarskommitténs förslag ska genomföras i stora drag. Den ska undersöka:
om lagstiftningen gällande alla psykiskt sjuka och de som tvångsvårdas är pedagogisk och bra. Det betyder att både LPT och LRV omfattas av granskningen
om Staten ska ta över kostnadsansvaret för den psykiatriska sjukvård som ges utifrån bedömd farlighet (= samhällsskydd) snarare än vårdbehov.

Foto:SPF redaktion

Därutöver finns ytterligare specificeringar, bl.a. ska man analysera intagningskriterier för tvångsvård i allmänhet, om tvångsvården kan privatiseras, hur ska man vårda de lagöverträdare som har en utvecklingsstörning, neuropsykiatrisk störning eller förvärvad hjärnskada. Det pågår också en diskussion om LVM- och LPT-lagarna ska samordnas och, nota bene, om begreppet allvarlig psykisk störning.

Vad står på spel?
Enligt min mening så kommer utredningen och den efterföljande lagstiftningen att beröra det som är kärnfrågan för alla läkare som arbetar i psykiatrin och särskilt för dem i rättspsykiatrin: när är vi företrädare för patienter (=läkare) och när är vi myndigheternas och samhällets tjänstemän med uppdrag att kontrollera de psykiskt avvikande, de kriminella och de socialt ställningslösa?

Läs mer på http://regeringen.se/sb/d/108/a/115195

Per Lindqvist
Docent, överläkare
Programområdet för social- och rättspsykiatri
Institutionen för Klinisk Neurovetenskap
Karolinska Institutet

Revision av psykiatrisk verksamhet

Det finns många olika typer av revision

Förvaltningsrevision

Inriktas på resurser och produktion såsom antal besök, antal anställda mm.

ISO-certifiering

Grunden för detta är att kliniken har bra ordning på regler, anvisningar, riktlinjer. Certifieringsarbetet utför olika bolag till en relativt hög kostnad. En variant som är gratis är

Socialstyrelsens inspektioner

Utmynnar i beslut.

Beställarrevision

Innebär en utredning inom ett strategiskt område med specifika frågeställningar hos ett flertal vårdleverantörer. Beställarrevision utförs när HSN behöver fördjupade analyser och saknar möjligheter att ta in kunskap på annat sätt.

Klinisk revision

Inriktas på arbetssätt i ett vidare perspektiv och omfattar omvårdnad m fl insatser som bedöms avseende resultat och kvalitet i utförandet. Revisorerna har klinisk erfarenhet inom området de reviderar.

Medicinsk kvalitetsrevision

Bygger på dialog om hur man arbetar - kräver att revisorn har kunskap och erfarenhet inom det reviderade arbetsfältet.

Egna erfarenheter

Undertecknad har fått erfarenhet av att revidera verksamheter, dels som revisor med eget uppdrag, dels som inhyrd av revisionsfirma.

Uppdragen har förhoppningsvis givit reviderade verksamheter positiva incitament till utveckling. Rerevision ger extra stimulans till utveckling.

Jag har haft förmånen att tjänstgöra på reviderad klinik sex år efter genomförd revision. Det praktiska arbetet visade att en klar positiv utveckling skett. Man hade tagit till sig revisionens tankar om utveckling.

Erfarenheter från revisioner under 2009 pekar dock på behov av utveckling främst inom dokumentationssystemen. Journalerna är underlaget för bedömning om man arbetar enligt vårdprogram. Det visar sig ibland vara svårt hitta uppgifterna i journalerna - det är stort behov av systematiserad journaldokumentation. Jag bedömer att det är extra viktigt när man har hyrläkare - gästarbetare vilka snabbt måste känna sig hemma på det nya stället.

Journalen är grunden för den interna kvalitetskontrollen. När journalerna inte är systematiskt uppbyggda försvåras detta arbete.

Revisionsarbetet bör utvecklas till att omfatta inte enbart journalgranskning utan även diskussion med personal, samarbetspartners och patientrepresentanter.

Det gäller inte bara att se vad man gör utan även **hur** man gör det.

SPFs kvalitetsråd utvecklade på 90-talet rutiner för detta. Många revisioner med det arbetssättet genomfördes. Uppföljning i samband med de SPUR-inspektioner jag varit med om visade att kvalitetsrevisionerna hade stort positivt värde för klinikerna. Den medicinska kvalitetsrevisionen kräver att revisorerna har erfarenhet av klinisk verksamhet. Det är därför positivt att den revisionsfirma som har uppdrag att genomföra revision hyr in praktiskt verksamma psykiater.

Foto: Carol Schultheis

I grunden borde de olika regionerna bygga upp revisionsenheter vilket ger möjlighet att man sedan byter tjänster för att minska kostnader och jävsfunktion.

Att genomföra en revision innebär stora möjligheter att få idéer att ta med hem – man kan stjäla med stolthet och ge tips till den enhet man reviderar om annat sätt att arbeta som man fått kunskap om vid andra kvalitetsrevisioner som då får karaktären av dialog. Dialogen är den medicinska kvalitetsrevisionens specifika karaktär.

Att genomföra revision och bli reviderad innebär för alla en bra möjlighet att utveckla vården.

Även här borde psykiatrin vara föregångare.

Göran Björling
Överläkare
Vuxenpsykiatriskakliniken
Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållet i den psykiatriska tvångsvården
– kommentarer till en rapport

Socialstyrelsen gjorde den 6 maj 2008 en inventering…
av alla som då tvångsvårdades enligt LPT eller LRV. Syftet med genomgången var att ”få ett underlag för fortsatt diskussion om tvångsvårdens omfattning och innehåll” och som bakgrund till en uppföljning av den nya vårdformen ”öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård”. I den rapport som kommit diskuterar man ”behovet av utveckling och förbättring” inom tvångsvården och man föreslår också en hel del åtgärder. Skriften är intressant på många sätt och värd att läsas av oss som arbetar med de patientgrupper som berörs av lagstiftningen.

LPT - vårdlag eller psykiatrikontroll?
Det finns, enligt min mening, några fundamentala problem med vår nuvarande tvångsvårdslagstiftning. Ett är att tvångsvård uppfattas som ”ett undantag” från en allmän regel om frivillighet i vården när det handlar om en extremsituation av solidaritet och ansvarstagande från omgivningens sida. Det var också en uttalad målsättning med den nya lagstiftningen att minska användningen av tvång i vården – inte att optimera användningen. Ett grundfel i lagstiftningen är alltså att LPT och LRV i första hand är ett instrument för att kontrollera psykiatrin. I stället borde vårdaspekterna vara det primära utan att rättssäkerhetsaspekter för den skull åsidosätts. Vem vill syssla med undantagsverksamheter i det som är en vardagssituation på de flesta psykiatriska kliniker?

Denna omsorg om ”rättssäkerheten”…
avspeglas tydligt i exempelvis reglerna om konvertering liksom det nya inslaget om tvång i öppenvård. Man har varit så angelägen om att förfina den rättsliga prövningen av tvångsvården att det ursprungliga och basala intresset att åstadkomma en lagstiftning som reglerar tvångsvården så att den blir optimal, har gått förlorad, d v s att de som skulle ha nytta av tvångsvård oberoende av samtycke p g a att deras omdöme är grumlat av den psykiska störningen får sina vårdbehov tillgodosedda samtidigt som rättssäkerhetsaspekterna tillvaratas. För konvertering från frivillighet till tvångsvård gäller ju inte bara att man ska vara allvarligt psykiskt störd och motsätta sig vården, man ska dessutom vara farlig. Det borde naturligtvis gälla samma regler för den frivilligt intagna som för den som ännu inte är föremål för sluten psykiatrisk vård att kunna få tillgång till adekvat vård. Så vitt jag förstår är detta en eftergift åt RSMH som hela tiden motsatt sig en fungerande tvångsvårdslagstiftning.

Tvånget i öppenvård har också blivit uddlöst – en patient som vårdas i öppenvård enligt den nya lagstiftningen måste bli ordentligt sjuk igen innan man får ta in honom/henne och det hela har dessutom blivit så byråkratiskt med en komplicerad pappershantering. Det ska bli intressant att se uppföljningen av denna förändring så småningom. Över huvud taget borde någon undersöka i vad mån den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen leder till att vården av svårt sjuka patienter fördröjs genom att man måste vara väldigt sjuk och ofta långvarigt sjuk innan LPT kan tillämpas!

Socialstyrelsen har naturligtvis ingen uppfattning om lagstiftningens ändamålsenlighet utan man accepterar den som den är (och det är väl myndighetens roll förstår jag att godta allt som kommer uppifrån).

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.
Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.
Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.
Skicka gärna med en bild!
Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).
Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Du kan också skicka en bild med ”snigelposten”.
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

Rättelse förra numret av Svensk Psykiatri nr 1 2009

Det var **Cecilia Gustavsson** som tagit bilderna i artikeln på sidan 36 och 37. Detta hade vi glömt publicera. Vi ber om ursäkt!

Redaktionen

Vem skall tolka lagen?

Ett annat problem är tolkningen av lagstiftningen. Det finns en tendens att överlåta detta åt jurister och domstolar och det är olyckligt. Ett exempel på detta är hur Socialstyrelsens jurister tolkar lagstiftningen så att man på den rättspsykiatriska vårdenheten i Växjö inte får förbjuda användningen av mobiltelefoner bland sina patienter. Detta utan att man förstår betydelsen av detta ur vårdsynpunkt. Det finns många exempel på hur myndigheternas jurister tolkar lagstiftningen på ett sätt som är kontraproduktivt. När det gäller LPT och LRV är det vi som psykiatrer som dagligen ska tillämpa lagstiftningen och det är väldigt rimligt att vi då också tolkar lagstiftningen och att det då i första hand blir ett vårdperspektiv på lagen. Det är ju också uppenbart så att LPT i sin portalparagraf (§ 2) ger uttryck för just vårdaspekten. Tvångsvården enligt LPT ska alltså syfta till att patienten ”blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som man behöver”.

Vårdsituationen

När det gäller den aktuella inventeringen konstaterar Socialstyrelsen att beläggningen på landets psykiatriska kliniker är 99 % - bara detta är naturligtvis en förfärande situation. De flesta kliniker lider av stora överbeläggningsproblem. Detta i sin tur innebär att det är många patienter som borde få tillgång till sluten psykiatrisk vård som över huvud taget inte har en chans. Detta i sin tur leder till att när man väl får möjlighet att bli inlagd har situationen hunnit bli allvarligare än den skulle ha behövt vara. Man konstaterar också att det finns en ökande andel födda utom Europa inom den rättspsykiatriska vården – ett svidande underbetyg för den svenska flykting- och invandrarpolitiken.

När det gäller vårdinnehållet konstaterar man att den vanligaste insatsen för LPT-vårdade är medicinsk behandling, medan psykologisk behandling och omvårdnad/rehabilitering inte omnämns. Slutsatsen är nog inte att det inte skulle förekomma över huvud taget, men den enkla förklaringen är ju att man inte hinner med att initiera den typen av insatser p g a de korta vårdtiderna som klinikerna tvingas hålla. Det är dessutom en fråga om resurser och det är alldeles uppenbart att svensk psykiatri lider en allvarlig brist på psykoterapiresurser. Att de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna har ett bredare utbud av insatser är förståeligt utifrån dessa aspekter – vårdtiderna är ju mycket längre.

Foto: Shutterstock.,com

Läkemedelsbehandling under tvångsvård
Man tar också upp läkemedelsbehandlingen och har synpunkter på användningen av neuroleptika. Man använder genomgående termen ”antipsykotiska” läkemedel och det är vilseledande. Neuroleptika används inte bara som antipsykotiska läkemedel utan har ett bredare användningsområde. Man kan visst använda neuroleptika för att behandla sömnproblem, i behandlingen av depressioner och psykomotorisk oro och aggressivitet. Så när man skriver att antipsykotiska läkemedel inte bör användas t ex hos psykiskt utvecklingsstörda, hjärnskadade eller dementa utan psykotiska symtom gör man det enkelt för sig. Det finns visst skäl att fortsätta att diskutera användningen av läkemedel vid olika tillstånd, men Socialstyrelsen borde undvika att beskriva neuroleptika som enbart ”antipsykotiska läkemedel”.

Likaså diskuterar man användningen av centralstimulerande medel och ställer sig kritisk till användningen av dessa medel vid andra tillstånd än ADHD (gruppen psykostimulerande medel är i Sverige godkända för indikationen ADHD). Alla kliniskt verksamma vet att gränserna mellan ADHD, Asperger och andra personlighetsstörningar många gånger är flytande och att det finns anledning att ibland pröva centralstimulerande medel även när diagnosen inte är solklar. Och ska man pröva sådana läkemedel är det naturligtvis bäst att göra det när patienten är inneliggande och man har kontroll över situationen på ett helt annat sätt än i öppenvård.

Man tar också upp problemet med polyfarmaci – även här är det naturligtvis inte så enkelt som att användningen av flera olika psykotropa läkemedel samtidigt nödvändigtvis skulle vara ”tecken på brister i behandlingen” – snarare är det väl oftast p g a svårigheter att hitta en fungerande medicinering vid många tillstånd.

Socialstyrelsen vill!
Man tar också upp frågan om vårdplaneringen och konstaterar att det i många fall inte har angetts att det finns en vårdplan. Även detta är diskutabelt. Jag vågar påstå att det för alla patienter som ligger inne på psykiatrisk klinik finns en vårdplan – den kanske inte är formulerad som en sådan och det är naturligtvis ett problem. Socialstyrelsen har ju krånglat till det hela genom att tala om en ”samordnad” vårdplanering. Det finns faktiskt ganska många fall där det inte finns anledning att samordna vårdplaneringen med t ex socialtjänsten – patienten har inte haft och har heller inget behov av kontakt med socialtjänsten, men formuleringarna blir lätt vilseledande.

Man efterlyser också mera av psykopedagogiska insatsers och familjeinterventioner för patienter som vårdas enligt LPT och LRV. I detta kan man väl bara instämma, men det förutsätter då också att psykiatrin tillförs resurser för att åstadkomma detta.

Ett återkommande tema…
i rapporten är att det ”är huvudmannens ansvar” att erbjuda vård på ”jämlika villkor”, att det finns rutiner och styrdokument när det gäller tvångsvård av äldre, unga och de som vårdats under mycket lång tid, att vården har större uppmärksamhet på missbruksproblematik bland de tvångsvårdade, att barn till tvångsvårdade får nödvändig information och ett gott och tryggt bemötande etc. Frågan är ju bara hur detta ska ske. Socialstyrelsen kommer att anordna konferenser regionalt med politiker och tjänstemän, men jag tycker att det är minst lika viktigt att personal från golvet får vara med i dessa konferenser. Det blir annars lätt en diskussion utan konkretisering och regional förankring.

Lars Jacobsson
Professor/Överläkare
Psykiatriska kliniken
Norrlands universitetssjukhus
Umeå

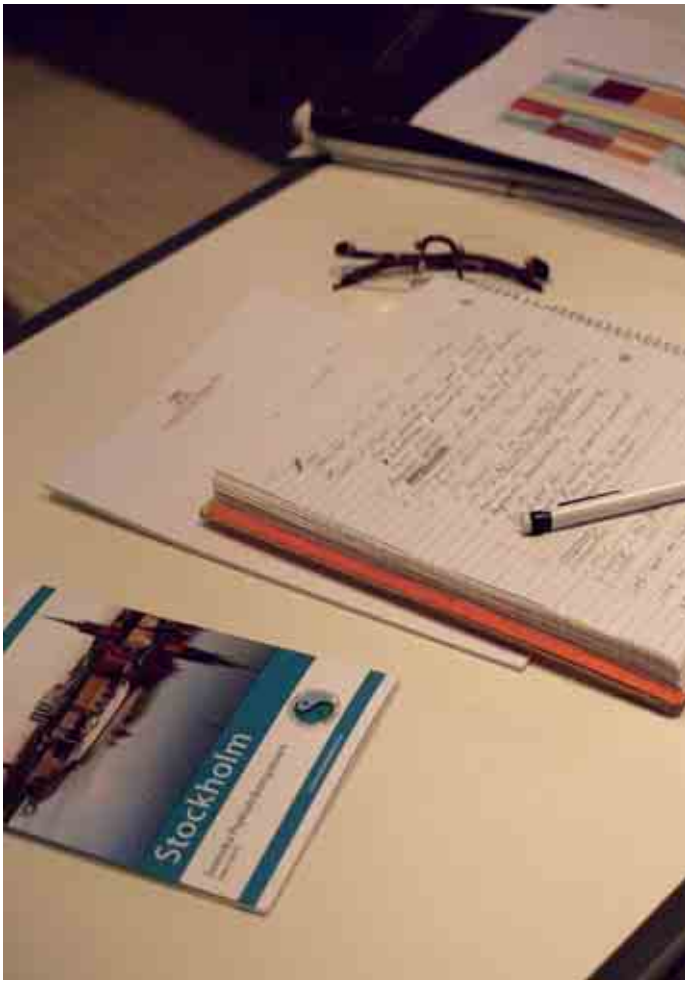


Foto: Carol Schultheis

Lean production för en bred population?

Inom psykiatrin strävar vi på med att hitta effektiva metoder, förfina diagnostiken och hinna med allt fler besök, men samtidigt inser man att något gör att det liksom fylls på i andra änden Tonåringar (särskilt flickor) rapporterar allt oftare att de lider av ångest och nedstämdhet, de självskadar alltmer, gör fler självmordsförsök och är den enda åldersgrupp där självmorden inte minskar. Socialstyrelsens folkhälsorapport som nyss kom ut berättar att känslor av ängslan, oro eller ångest blivit tre gånger vanligare bland gymnasieungdomar och unga vuxna jämfört med för 10 år sedan och att detta gäller oavsett ursprung, familjeförhållanden, socioekonomiska förhållanden eller om man bor i stad eller landsbygd. Könsskillnaden är som störst i tonåren, nästan tre gånger fler flickor än pojkar i årskurs 9 känner sig nedstämda. Andelen unga som läggs in för psykiatrisk sjukhusvård har ökat sedan andra halvan av 1990-talet och det är bara i ungdomsgruppen som andelen vårdade ökar, inte bland de äldre. Sjukhusvård på grund av självmordsförsök och andra självdestruktiva handlingar har ökat kraftigt bland unga kvinnor. Bland kvinnor födda på 80-talet är det en betydligt större andel som har vårdats inneliggande på sjukhus på grund av självmordsförsök jämfört med kvinnor födda på 70-talet.

Foto:Shutterstock.com

Ändrade levnadsvillkor?

Att 80-talisterna är så mycket mer självmordsförsöksbenägna än 70-talisterna kan inte förklaras av en ökning av de stora psykiatriska sjukdomarna, t.ex. ökar inte vården för psykossjukdom inom barn- och ungdomspsykiatrin alls. Inte heller kan en blixtsnabb (ur evolutionär synpunkt) förändring av de genetiska förutsättningarna ha skett under ett decennium ! Så, förändringen bör sökas i barns och ungdomars levnadsvillkor. Vad har hänt på senare år som så starkt påverkar hur ungdomar mår och som verkar följa med upp i ung vuxen ålder? Folkhälsorapporten resonerar om olika tänkbara orsaker som skulle kunna gå att finna i samhällsförändringar - antingen på en mer allmän nivå eller i miljöer som mer direkt berör unga (hemmet, skolan eller fritidsmiljön). Man lyfter fram individualiseringen, dvs en förändring i värderingar till förmån för sådant som individuellt självförverkligande, som en tänkbar mer allmän faktor. Vidare diskuteras att ungdomars livsvillkor ändrats genom att arbetstillfällena för denna grupp minskat och att detta medför att allt fler hänvisas till att studera på gymnasiet, som ju numera är treårigt. Var tredje elev ”misslyckas” med att gå igenom detta gymnasium. Flickor, 16-19 år, som varken studerar eller arbetar mår som sämst. Studier visar att ungdomar i hög grad oroar sig för hur de ska klara sig i skolan och sina möjligheter att få arbete.

Vad har mer ändrats på senare år? Alkoholkonsumtionen bland ungdomar har ökat, vilket ju förstås kan bidra till ökad psykisk ohälsa. Allt fler barn och ungdomar tillbringar alltmer tid med olika medier (dator, TV och mobiltelefon) - detta påverkar deras sömnvanor (kortare nattsömn) och fysiska aktivitet (mer stillasittande). Allt detta kan påverka psykiskt mående. Ungdomstiden blir allt längre - man förväntas gå i skolan länge och det är få som kommer ut på arbetsmarknaden före 19-20-årsåldern. Det är svårt att ordna en egen bostad. Det tar alltså väldigt lång tid innan man har någon självklar roll i samhället.

Realistisk oro för skolan

Successivt minskas också möjligheter att ta igen skolår som inte gick så bra (kanske för att man hade personliga problem just då eller kanske för att man tillhörde den del av en ungdomskull som mognar sent eller dras med inlärningsproblem, uppmärksamhetsproblem eller dyslexi) genom minskade möjligheter inom vuxenutbildning. Det finns alltså något väldigt realistiskt i många ungdomars oro för hur de ska klara av skolan! Och flickor oroar sig, enligt några studier, mer över sina skolprestationer än pojkar.

Numera passerar alla barn och ungdomar förskola och skola med stora barngrupper/klasser och kraftigt bantade resurser vad gäller elevvård, möjligheter till specialpedagogik och undervisning i liten grupp. Alla förväntas kunna ta till sig mängder av kunskap i en miljö som för allt fler inte alls är anpassad till deras förutsättningar.

Och då menar jag inte *allt fler* för att barns förutsättningar plötsligt skulle ha förändrats rent biologiskt utan *allt fler* för att omgivningen har förändrats. Bristen på vuxna och hänsyn till individen gör att barn som på olika sätt är sårbara riskerar att fara illa (inte klara skolans krav, bli utsatta för kränkningar från andra elever etc). Folkhälsorapporten tar upp skolsituationen och kanske borde man också titta på situationen i förskolan? Och hur ser föräldrarnas situation ut - har de möjlighet att ge sina barn det de behöver i tider av egen oro för jobb, höga krav och högt tempo i arbetslivet, långa resor etc etc. Tråkigt nog verkar arbete med barn och ungdomar räknas till lågstatus-sysslor - i alla fall om man ser till lärares löneutveckling jämfört med t.ex. ingenjörers och ekonomers.

Bred målgrupp

Mitt intryck är att många kollegor inom psykiatrin har ett intresse som också omfattar samhällsutveckling och människors levnadsförhållanden, så kanske är det dags att vi inte bara strävsamt jobbar på med att hjälpa de patienter som söker vår hjälp utan också uppmärksammar politiker på att vår målgrupp tycks öka! Det som kan tyckas som effektiva nedskärningar i skolan och olika andra ändringar i människors levnadsvillkor kan visa sig leda till ökade kostnader för psykiatrin och kanske till fler sjukskrivningar/nedsatt arbetsförmåga - för att inte tala om vad det ”kostar” i form av lidande för de unga som drabbas!

Hur stor del av befolkningen (i detta fall tonåringar och unga vuxna) ska behöva ingå i målgruppen för insatser från BUP och allmänpsykiatrin?

Camilla Hallek
Specialist i barn- och ungdomspsykiatri
DBT-teamet, BUP Stockholm

Foto: Carol Schultheis

Tankesmedja-Psykiatri

Tankesmedja-Psykiatri, individer som är engagerade i psykiatrin, antingen som anställda, brukare, medlemmar i intresseföreningar eller som forskare, arrangerade tillsammans med Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph) och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) tre temakvällar i ABF-huset i Stockholm under hösten 2008. Det övergripande temat var: Vart går psykiatrin?

Den första kvällen inleddes av moderator *Filipe Costa*, psykiater, som gav en historisk tillbakablick på de förändringar som skett inom psykiatrin. Han talade bland annat om att den medicinska modellen fått ett allt större utrymme inom psykiatrin. Parallellt med detta pågår både privatisering och en centralisering av ledning och styrning. I samma veva ökade kraven på den långtidssjuka patienten, nya säkerhetsföreskrifter och ökat tvång i öppenvård har införts. Istället för att skydda patienten har samhällsskyddet kommit i förgrunden.

Sigmund Soback, barn- och ungdomspsykiater, leg psykoterapeut, diskuterade modellen med köp- och säljsystemet. Det har bland annat lett till att tiden för direkt patientkontakt har minskat. Han menade att synen på sjukvården som producent och på patienten som kund innebär ett industritänkande som bygger på en misstolkning av rollerna. Sjukvården skall producera hälsa, inte ”vård” och i det perspektivet är patienten en medproducent och partner, snarare än mottagare av produkten, menade han.

Det som verkligen behövs är att regeringen avsätter en större andel av bruttonationalprodukten för hälso- och sjukvård, inte minst till psykiatrin. Billigare behandlingsmetoder inom psykiatrin innebär ofta ett kortsiktigt tänkande. Öppenvård är för beställarna billigare än slutenvård. Medicinering anses vara billigare än psykoterapi. Resurserna styr därmed även behandlingsideologin.

Maria Sundvall, psykiater, och *Christina Gustafsson*, resultatenhetschef i Södertälje kommun, berättade om hur beställarkraven påverkar samverkan mellan kommun och landsting. I Södertälje har landstingspsykiatrin och kommunen sedan mer än ett årtionde byggt upp en gemensam verksamhet för personer med framförallt psykosproblematik. När nu kraven på ”pinnar” (antal registrerade besök) ökar hotas grundtankarna i den modellen. Det blir t.ex. viktigare med många, korta besök än med meningsfulla nätverksmöten. Nationella utredningar, riktlinjer, vårdprogram och rapporter lyfter fram nya arbetssätt och metoder - men på grund av finansieringssystemen sätts de ur spel. De svårast sjuka som kräver ett annat omhändertagande, en annan vård och mer samverkan blir förlorarna.

Maria Sundvall tog också upp privatiseringarna som nu sker inom Stockholmspsykiatrin, och hänvisade till rapporter som visar att vinstdriven vård, tvärtemot vad som ofta hävdas, blir dyrare och av sämre kvalitet än icke-vinstdriven.

Håkan Jarmar, kanslichef i RSMH och tidigare sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting i många år, utgick i sina resonemang från ett antal enkla siffror över vem som konsumerar sjukvård här i landet. Han berättade att ungefär 5 % av befolkningen konsumerar hälften av landets sjukvård och att övriga 95 % får dela på den andra hälften - och då är också läkemedelskonsumtionen inräknad i den siffran. De allra svårast och långvarigt sjuka konsumerar en mycket stor utgiftspost i samhällsbudgeten - och måste så göra, hävdade Håkan Jarmar.

Av de 5 % som utgör den tyngsta gruppen är i grova drag en tredjedel hjärt- och kärlsjuka, en tredjedel cancersjuka och en sista tredjedel långvarigt och allvarligt psykiskt sjuka.

”Risken är att sjukvårdspengarna kommer att bli felfördelade, de kommer inte att komma de svagaste grupperna till del utan de friskaste och de som har förmågan att välja. Och det är sådana effekter som man inte märker på annat sätt än att vi får en smygande nedrustning av äldrevården och psykiatrin - och som alla vet är denna nedrustning på god väg”, avslutade han.

Blir man frisk av en diagnos?

Den andra kvällens tema var: ”Blir man frisk av en diagnos?” Kraven på diagnostiserande ökar, begränsar det synen på människan och det mänskliga lidandet? Hur påverkar det mötet och behandlingen? *Sigmund Soback* var moderator för denna kväll.

Daniel Frydman, psykiater och psykoanalytiker och medlem av SP:s redaktion, diskuterade hur man kan benämna problem på olika sätt. Patientens eget namn på sitt lidande och psykiaterns benämning, alltså diagnosen, blir antingen kongruenta eller inte - beroende på om den som lider och den som bedömer värderar svårigheterna på ett liknande sätt. Han fortsatte med att diskutera ordets grekiska ursprung där Gnosis i denna benämning betyder ”vetande” och att det har med direkt erfarenhet av något att göra. Den som ställer diagnos gör det utifrån sina iakttagelser, denna betydelse har inte ändrats genom århundradena.

Frågan om man kan bli ”frisk” av sin diagnos belystes. Daniel Frydman antar att man inte kan bli ”botad” av en sjukdoms namn, men att diagnosen hjälper personen att identifiera sina besvär och genom detta också hitta vägar att leva med sitt problem, med behandling eller ej. I värsta fall – om personens eget namn på sitt besvär och den professionella diagnos som ställs inte överlappar tillräckligt – kommer diagnosen att istället kunna göra att man känner sig stigmatiserad eller felaktigt förstådd.

Per-Olof Björk, barn- och ungdomspsykiater, problematiserade diagnoserna. Han beskriver att en stor ökning av antalet psykiatriska diagnoser har skett sedan början på 1900-talet. Sedan 1980-talet har förståelsen/förklaringen av psykiatriska störningar tenderat att blir mer ensidigt inriktade på den enskilde individen och mindre på det sammanhang individen lever i.

Det diagnostiska språket inom psykiatrin har blivit begrepp som används i olika icke kliniska sammanhang: allt från administration, ekonomistyrning och till att var och en kan använda kriterierna för att ställa sin egen diagnos. Då sammanhanget ger begrepp deras betydelse blir det viktigt att hålla i minnet i vilket sammanhang man talar om specifika diagnoser, vilket också innefattar att var tid har sina diagnoser.
”Givetvis blir man inte frisk av en diagnos, men en god diagnostik är en bra början för adekvata vårdinsatser.” Men han diskuterar vidare att en fokusförskjutning mot en ökande strävan av att ställa ”rätt” diagnos, utan att det finns någon garanterad ”rätt” behandling för personen med denna diagnos, innebär risk att *förklaring blir viktigare än förståelse*.
Proceduren har effekt på människosyn och relation mellan behandlare och patient och begränsar kunskapsbildning om psykiatriska svårigheter i ett föränderligt samhälle, under en viss tidsperiod.

Diagnosen blir i någon mening vad vi gör den till, inledde *Klas Sundström*, Brukarinflytande-samordnare (BISAM). En diagnos gör dig inte frisk men en diagnos är ändå *förutsättningen* för att kunna bli frisk. En diagnos ger vissa möjligheter; man kan söka information, hitta andra med liknande besvär, gå med i intresseföreningar, få samhällsstöd (t.ex. LSS). Baksidan kan vara förutfattade meningar om psykiska problem, stigmatisering och självstigmatisering.
Man kan identifiera sig med sin diagnos. Andra kan identifiera dig med diagnosen och lära dig hur hjälplös du är. Man kan avpersonaliseras, utveckla ”klientbeteenden” eller dra sekundärvinster.

Genom diagnoser kan personer avskiljas från andra, kategoriseras och rangordnas. Schizofreni anses vara värre än manodepressivitet som är värre än ångest. Andra problem med själva diagnoserna är deras varierande grad av vetenskaplighet samt att vi har flera olika diagnosmanualer.

Diagnoser kan ändras av och i samhället och i läkemedelsindustrin samt kanske också med olika behandlingar. År 1979 avskaffades diagnosen homosexualitet. Pedofili är kvar. För att det är sjukligt eller för att det är en kriminellt? undrade Klas. Transsexualism är kvar, för att du inom sjukvården ska kunna göra könsbyten. Skulle det vara omöjligt att byta kön i sjukvården utan diagnos?

Bara piller – eller bara prat?
Den tredje kvällen hade rubriken: Bara piller – eller bara prat? Om psykiatrins behandlingsmetoder. Är läkemedel psykiatrins enda och främsta redskap?

Ami Rohnitz, ordförande i RSMH:s Stockholmsdistrikt, inledde med att ta upp begreppet *återhämtning*, och berättade också om sina egna erfarenheter av återhämtning och vad som varit till hjälp. Det är viktigt att få prata om det man upplevt i psykos i stället för att tystas ner med mediciner – att få prata om våra upplevelser är *vårt liv och våra sanningar,* även om de inte stämmer överens med omgivningens.

Alexander Wilczek, psykiater och psykoterapiforskare diskuterade evidensbegreppet framförallt i förhållande till psykoterapiforskningen.
”Genom omfattande så kallade metaanalyser vet vi idag att både ”piller”, det vill säga farmakabehandling, och ”prat”, psykoterapi, är till stor hjälp för våra patienter. Det visar sig att dessa båda behandlingsalternativ är ungefär lika effektiva när vi undersöker grupper av patienter. Det visar sig också att placebo-medicinering och motsvarande förhållanden för psykoterapi (t ex väntelista) också förbättrar våra patienter. Effekten av aktiva piller och sockerpiller har båda mätbart bättre effekt om patienten får träffa sin läkare varje vecka under studien jämfört med patienter som får träffa sin läkare mer sällan. När vi jämför effekten av olika psykoterapier finner vi mycket små skillnader. Kvaliteten på relationen mellan patient och psykoterapeut och dennes egenskaper spelar mycket större roll för resultatet än vilken terapiform som används.”
Apropå evidensbegreppet gäller att ”stark evidens” för en behandling betyder att den har undersökts med en vetenskaplig metod som bedömts stark. ”Svag” eller ”ingen evidens” betyder att metoden ännu inte undersökts med en stark vetenskaplig metod. ”Stark” eller ”svag” syftar alltså *inte* på behandlingen, förtydligade Alexander Wilczek.

Kvällen avslutades med att *Ingrid Carlberg,* vetenskapsjournalist och författare, lyfte fram några huvudteman ur sin bok *Pillret*. Uppskattningsvis 600 000 svenskar tar dagligen någon av de moderna antidepressiva medicinerna. Mellan 1992 och 2007 ökade försäljningen med 700 procent (!).
Hon berättade om nya mediciner som behövde en diagnos att bota, brukarföreningar som används som marknadsföringshjälp, smarta PR-strategier och marknadsplaner i nutidens multinationella läkemedelsbolag i jakten på läkemedelsmiljonerna.

Kvällarna var välbesökta, över hundra personer kom varje gång. Det tolkar vi som att intresset för dessa frågor är stort. Varje temakväll avslutades med livliga diskussioner mellan publik och deltagare.

Anne Denhov
Marie-Louise Söderberg

SFBUP:s Vårmöte 2009

I år arrangerade SFBUP ett välbesökt endags-Vårmöte som ägde rum 1 april i Stockholm.

Per-Anders Rydelius inledde dagen med att beskriva skolans betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa och föreslog att skolpsykatrin borde återupprättas.

Första delen av Vårmötet ägnades åt självskadebeteende hos barn och ungdomar. *Camilla Hallek* sammanfattade kunskapsläget, följd av *Anna Kåver* som beskrev behandling med Dialektisk Beteendeterapi hos ungdomar och vuxna med utgångspunkt från DBT-programmet i Uppsala. *Sandra Olsson* berättade om arbetet i SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation) som är en ideell förening vars syfte bland annat är att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende. Medlemmarna i SHEDO ger stöd och hjälp t ex via ett forum på Internet. Sessionen avslutades genom att *Susanne Ekdahl* berättade om sin forskning, inom ramen för utvärderingen av DBT-projektet inom Stockholms BUP, om hur föräldrar/närstående upplever färdighetsträningsgrupper, en del av DBT-behandlingen.

Foto: Rolf Sjöberg

Andra delen av Vårmötet ägnades åt barnpsykiatriska aspekter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för ångest och depression. *Anne-Liis von Knorring*, som medverkar i den vetenskapliga kommittén, föreläste om ”SSRI till barn och ungdomar vid ångest och depression - Var står vi idag?”. *Åsa Lundberg*, som ingår i den s.k. prioriteringsgruppen, presenterade sedan den preliminära versionen av riktlinjerna, särskilt det som berör barn- och ungdomspsykiatrin. En livlig diskussion utbröt bland annat med synpunkter på riktlinjerna och tolkningen av evidensbegreppet. SFBUP:s årsmöte och mingel avslutade dagen.

Jan-Olov Larsson
Vetenskaplig sekreterare
SFBUP

Foto: Rolf Sjöberg

Konferens för att introducera Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

BSFT är en kort intervention som används för att behandla ungdomar i riskzon för drogmissbruk i ungdomsåren.

BSFT är erkänt som ett effektivt program av flera akademiska och nationella (USA) organisationer för att minska och stoppa drogmissbruk och andra relaterade beteendeproblem.

Karolinska Institutet Solna
10-11 september-09

http://www.karolinskaeducation.ki.se

Arrangeras av:

MILLER SCHOOL OF MEDICINE UNIVERSITY OF MIAMI

STOCKHOLMS STAD

Organiseras av:

Karolinska Institutet Education AB

Baskurs i Evidensbaserad Psykiatri

Kursen riktar sig till personal med anställning inom organisationer som utgör samverkanspartner i vård och service till personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder.

Kursen är framtagen för att svara mot behovet av att ge en gemensam kunskapsbas samt att höja kompetensen hos personal så att insatserna till målgruppen förbättras inom strategiska behovsområden: vård, behandling, boende, vardagsstöd, samt meningsfull sysselsättning, rehabilitering till arbete.

För mer information och anmälan:

Ulla Finati, projektkoordinator, KI Education,
Tel: 08-524 83891, Mobil: 070-5883891
E-post: ulla.finati@kab.ki.se

http://www.karolinskaeducation.ki.se

Kursen görs i samarbete med Centrum för psykiatriforskning Stockholm

Karolinska Institutet Education AB

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2009

NUMMER 3 2009
Tema Lycka
Deadline 20 juni 2009

NUMMER 4 2009
Tema ej bestämt
Prel. deadline 20 oktober 2009

Voxra® nu med i förmånssystemet som andrahandsval med begränsning.*

Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.

Idag är SSRI-läkemedel etablerat förstahandsval vid behandling av egentlig depression. Men vissa patienter får biverkningar, som sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens, av dessa serotonerga läkemedel. Voxra är ett andrahandsval – och nu med i förmånssystemet* – för patienter som fått biverkningar, och därmed inte nått behandlingsmålet, med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).[1-5]

Voxra har inga serotonerga biverkningar som sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens.[6]

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

gsk GlaxoSmithKline

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

Voxra®
bupropionhydroklorid

Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra® (bupropionhydroklorid) R_x, F. **Indikation:** Behandling av egentlig depression hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. **Dosering:** 1gång dagligen. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampanfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampanfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2007-03-02.

Referenser: 1. Public assessment report of the Medicines Evaluation Board in the Netherlands http://db.cbg-meb.nl/mri/par/nlh-0785-001-002.pdf. **2.** Weihs KL, Settle EC, Jr., Batey SR, Houser TL, Donahue RM, Ascher JA. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. **3.** Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M, Modell JG, et al. Remission rates following antidepressant therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials. J Clin Psychiatry 2005; 66: 974-81. **4.** Kavoussi RJ, Segraves RT, Hughes AR, Ascher JA, Johnston JA. Double-blind comparison of bupropion sustained release and sertraline in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 1997; 58: 532-7. **5.** Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, Greene AL, Cohen NL, Rafi-Tari S. Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. Can J Psychiatry 2006; 51: 234-42. **6.** www.fass.se

20080630Voxr:191

Psykotraumatologi – ett aktuellt kunskapsområde

Som följd av terrorhandlingar, svåra olyckor och uppmärksammade naturkatastrofer har under senare år kunskapen om sådana allvarliga händelser och deras konsekvenser för människorna och samhället rönt allt större vetenskapligt och kliniskt intresse globalt. Mot bakgrund av det och vad som framkom i försvarsberedningens rapport ”Förändrad omvärld - omdanat försvar” och i regeringens proposition 1998/99:74, lade Socialstyrelsen fram ett förslag om att inrätta ett antal kunskaps- och forskningscentra inom medicinska områden som är viktiga för samhällets krisberedskap. Dessa kunskapscentra som är inrättade runt om i landet har som uppgift att utveckla, bevaka och samordna kunskap om krisberedskap inom det medicinska fältet. De utgörs av Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP) i Uppsala, Kunskapscentrum för strålningsmedicin vid katastrofer (KcRN) i Stockholm, Kunskapscentrum för katastroftoxikologi (KcC) i Umeå samt nätverket av Kunskapscentra för katastrofmedicin (KcKM) lokaliserade till Göteborg, Linköping, Stockholm samt Umeå. Dessa kunskapscentra är förlagda till universitet, myndigheter eller motsvarande med koppling till klinisk verksamhet.

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

Det allt större intresset för samhällets förmåga att skydda sig och hantera påfrestningar har lett till att mer internationell forskning också har inriktats på områden som krisstöd och behandlingsformer för psykiskt drabbade. Det har visat sig att de psykiska följderna efter allvarliga händelser, såsom depression, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), beroendesyndrom eller psykosomatiska besvär kan leda till allvarliga hälsoproblem. Undersökningar har till exempel visat att PTSD förekommer hos cirka 1-3 procent av befolkningen.

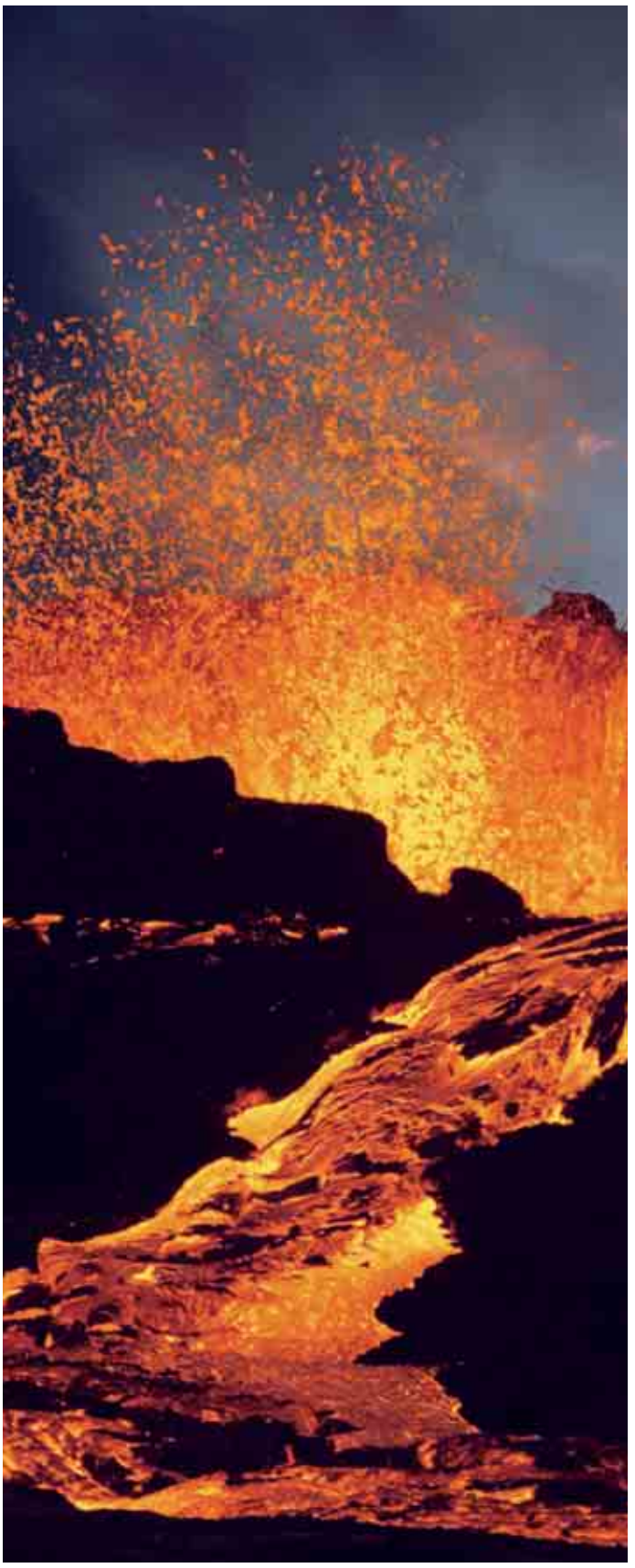


Foto: Shutterstock.com

Efter utredning invigdes så KcKP den 7 april 2002 av Socialstyrelsen med uppdrag att ansvara för kunskapsuppbyggnad inom området katastrofpsykiatri och psykotraumatologi genom att samla, fördjupa och sprida kunskaper om traumatisk stress och dess följdverkningar. KcKP är inrättat vid Uppsala universitet och verksamheten bedrivs inom psykiatridivisionen vid Akademiska sjukhuset.

KcKP:s uppgifter är:

- att delta i forskningsprojekt, utredningar och riskanalyser
- inrätta en litteraturdatabas utifrån kunskap och erfarenheter om beredskap, akuta insatser och långtidseffekter av katastrofer
- utarbeta och samla kunskap om självskattningsskalor och andra utvärderingsinstrument inom området traumatisk stress
- utveckla svenska riktlinjer för utbildning på olika nivåer när det gäller krisstöd och behandling av traumatisk stress
- ansvara för och medverka i utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom det aktuella området
- i begränsad omfattning erbjuda direkt konsultation och behandling

Vid KcKP arbetar i dag en programdirektör/professor som är psykiater, ytterligare två disputerade psykiatrer, två psykologer som är doktorander, en statistiker samt två administratörer, alla i huvudsak på olika grader av deltid. Utöver det tjänstgör också en kurator som extern doktorand på deltid.

Forskning och utveckling

En viktig uppgift är således att bidra till att skapa kunskap inom området psykotraumatologi. Det uppnås bland annat genom att bedriva forskning vid centrat. Forskningen har under senare år koncentrerats kring följderna för svenska medborgare som drabbades av tsunamikatastrofen julen 2004. Ekonomiska bidrag från Socialstyrelsens enhet för krisberedskap (EKB) samt tidigare Krisberedskapsmyndigheten (KBM) som uppgått i nuvarande Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har gjort det möjligt att skapa en databas om nästan 5000 svenska tsunamidrabbade och kopplat till det, upprätthålla en postdoc-tjänst i två år samt understödja ett pågående doktorandarbete. Detta projekt har skett i samarbete med forskare i Danmark och Norge samt med Centrum för allmänmedicin i Stockholms läns landsting och Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska institutet. Inom ramen för tsunamiprojektet studeras hälsokonsekvenser för överlevande och anhöriga samt inverkan av kroppsliga skador på den psykiska hälsan. I samverkan med Danmark och Norge görs också jämförelser av utfall av hälsovariabler samt olika former av stödinsatser i de tre skandinaviska länderna.

Bland övriga forskningsprojekt som pågår vid KcKP utgörs ett projekt av ett doktorandarbete inriktat mot långtidsuppföljningar av allvarliga händelser som drabbat svenskar, såsom bussolyckan i Måbödalen i Norge augusti 1988 samt katastrofen med den förlista färjan Estonia i september 1994. Ett annat doktorandarbete utfört av en extern doktorand handlar om stöd och behandling för våldtagna tonårsflickor i Stockholm.

En annan uppgift är att samla kunskap och på det viset bidra till att vara ett expertorgan åt Socialstyrelsen. Det innebär att hålla sig ajour med den internationella litteraturen och sammanställa kunskapsläget. Ett exempel på sådan sammanställning är den av Socialstyrelsen i juni förra året utgivna skriften ”Krisstöd vid allvarlig händelse”. Detta ”underlag från experter” och annat material återfinns på hemsidan www.katastrofpsykiatri.uu.se.

Den tredje uppgiften

Ett lärosätes tredje uppgift är ju att sprida kunskap. Det kan dels ske genom ovan nämnda hemsida och genom fackpress som till exempel Läkartidningen, genom att skriva böcker samt genom undervisning. KcKP ansvarar för en forskarkurs i psykotraumatologi som återkommer vartannat år samt en 15-poängskurs i psykotraumatologi.

Den senare kursen är främst ägnad åt sjukvårdspersonal och personal med paramedicinsk kompetens med akademisk examen som psykologer, socionomer och präster, vilka kommer i kontakt med traumatiserade människor.

Föreläsningar om psykotraumatologi för KcKP:s avnämare såsom landsting, kommuner och i viss mån länsstyrelser sker kontinuerligt. Även andra delar av samhället som har behov av uppdateringar inom fältet såsom Svenska kyrkan, Polisen och Försvarsmakten utnyttjar i olika grad dessa tjänster. Årligen, ofta i september-oktober, genomförs ”Uppsala Psychotrauma Days” under två dagar med olika teman där möjlighet ges för uppdateringar inom katastrofpsykiatrin och dess näraliggande fält.

Intresse för området?

Om något av ovanstående ter sig intressant för läsaren av denna tidskrift är denne välkommen att höra av sig. Med de som vanligt ändå begränsade ekonomiska resurser som står till förfogande finns tyvärr inga fasta doktorandtjänster att söka vid KcKP men forskningsintresserade som gärna får ha idéer om egen finansiering är välkomna att höra av sig!

Tom Lundin
Programdirektör
tom.lundin@neuro.uu.se

Per-Olof Michel
Överläkare
Adj professor
Med dr
per-olof.michel@neuro.uu.se

www.katastrofpsykiatri.uu.se

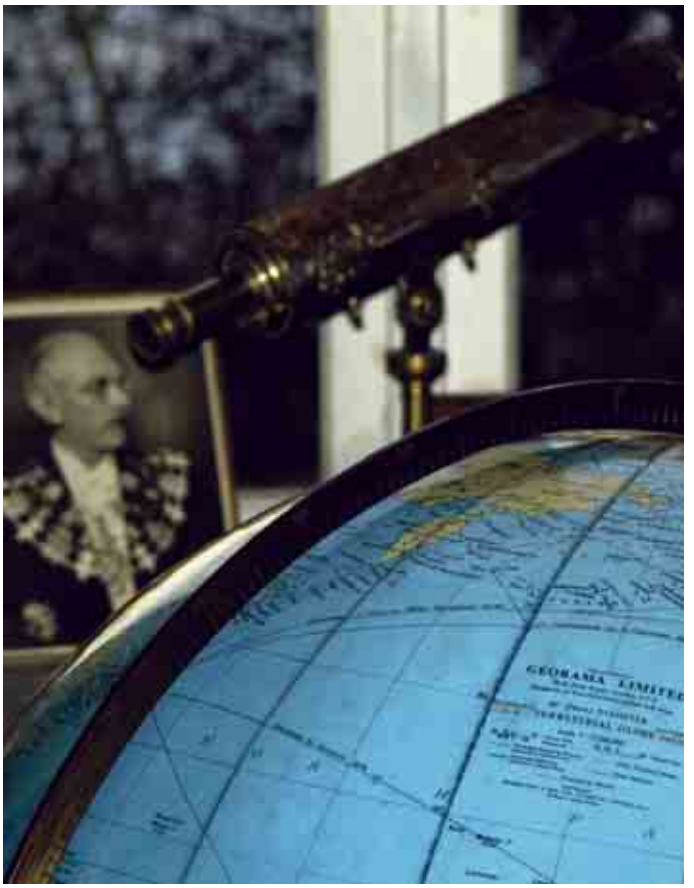


Foto: Carol Schultheis

Utvärdering av ledarskapsutbildning inom vården

Temat för vårt förförra nummer, Ledarskap, följs här upp med en sammanfattning av David Bergmans avhandling ”Leadership development: A comparative evaluation of short-term and long-term programmes in Swedish health care” som försvarades vid Karolinska Institutet den 30 januari 2009.

Ledarskapet har en nyckelfunktion inom hälso- och sjukvården. Chefen/ledaren ansvarar för att verksamheten levererar enligt vårdöverenskommelsen och att de anställda har en rimlig arbetsmiljö samt att såväl organisationens som den enskilda individens behov av professionell utveckling tillgodoses. Stora summor investeras i ledarskapsutbildningar men få av dessa är utvärderade och evidensbaserade.

David Bergman, barn och ungdomspsykiater och pediatriker vid BUP i Stockholm har undersökt ledarskapsutveckling hos tre grupper:
60 medicine kandidater i slutet av sin utbildning som genomgick en femdagars upplevelsebaserad intensivkurs med inriktning på gruppdynamik, kommunikation och ledarskap.
60 läkare på en barnklinik som deltog i dialoggrupper om 8 deltagare och två ledare, tre timmar/månad dels i ett, dels i två år. Samtalen berörde dels arbetsklimat, arbetsbelastning och ledarskap, dels hur deltagarna upplevde sin roll som doktorer.
53 chefer, varav 9 läkare som deltog i två skilda ledarskapsprogram, en veckokurs och ett längre program, en halv dag per månad i ett till två år. Det kortare programmet var inriktat på gruppdynamik, kommunikation och ledarskap, det längre inkluderade även fokus och feedback på ledarskapet i vardagen.

För utvärdering av studierna användes självsvarstest före och efter samtliga utbildningar och genom intervjuer av fokusgrupper i de två senare studierna samt genom individuella kvalitativa bedömningar i den sista studien. Resultaten i denna studie följdes dessutom upp efter sex månader. Samtliga studier var till sin karaktär naturalistiska utan kontrollgrupper. Bortfallen var måttliga och materialet överlag rimligt representativt. En svaghet i studierna var bristen på kontrollgrupper, att man hade relativt få personer i de olika grupperna och endast i ringa utsträckning kunnat följa effekten över tid, vilket innebär att man inte vet mycket om stabiliteten i effekten av insatserna på lång sikt.

I gruppen av medicine kandidater märktes framför allt att öppenheten inför den kommande yrkesrollen hade ökat och att detta resultat var tydligast för de kandidater som genom sin inlärningsstil bedömdes vara minst benägna att välja en kurs av detta slag. Rekommendationen är därför att den bör vara obligatorisk.

Bland resultaten från dialoggrupperna med läkare på barnkliniken kan nämnas att relationerna på arbetsplatsen kom att präglas av mer respekt och tolerans. De hierarkiska relationerna förändrades till mer jämlika i vardagsarbetet. Arbetsklimatet förbättrades något mer för kvinnor än för män, vilka låg högre i sin skattning än kvinnorna innan grupperna startade. Ovanstående effekter var tydligare för dem som deltagit i två år jämfört med dem som deltagit i ett år. En verksam faktor kan ha varit att i dialoggrupperna fördelade gruppledarna tiden jämnt mellan deltagarna, medan gruppmöten i den kliniska vardagen vanligen dominerades av manliga doktorer högt upp i hierarkin.

Såväl den längre som den kortare chefsutbildningen visade sig stärka cheferna i ledarrollen. De svarade mot ledarskap som karaktäriseras av team-building, delaktighet och öppenhet i relation till medarbetare. Det fanns dock anledning att ifrågasätta varaktigheten av den kortare utbildningens effekter och rekommendationen blev därför att framför allt oerfarna chefer bör börja med en initial kortare utbildning och komplettera med en senare längre utbildning, mer anpassad för erfarna chefer.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: SPF redaktion

ZYPREXA®
Olanzapin
HJÄLPER LIVET VIDARE

Mot hot som inga lås kan stoppa.

1 IMS Patient Level Data

ZY 090422-12

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. Indikationer: Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. Beredningsformer: Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. Dosering: Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling.Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons. Datum för översyn av produktresumén, 2008-07-28. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.

Lilly

Ett fall av Multipel personlighet

Denna fallbeskrivning avser att belysa diagnosen Multipel personlighet och de svårigheter som kan finnas i utredning och förståelse av detta syndrom, och även vikten att skilja det från psykossjukdomar. Jag vill även ställa frågan vad denna diagnos har för betydelse i rättsmedicinska sammanhang.

Eva, låt oss kalla henne så, kom till min mottagning från en sjukgymnast, som kände till att jag arbetade med psykoterapi för psykosomatiskt sjuka patienter. Eva hade sedan 3 år varit sjukskriven för diffusa besvär som bl.a. diagnostiserats som fibromyalgi, somatoformt smärtsyndrom eller autonom dysfunktionell myalgi.
Hon var då 45 år gammal och hade arbetat som förskolelärarinna och var kommunalt anställd i en mindre ort. Hon var gift och hade en vuxen dotter.
Evas föräldrar skildes då hon var 11 år och hon bodde kvar hos modern och fick då en styvfar som hjälpte henne i skolarbetet och var ett stöd för henne fram till sin död. Eva besökte fadern relativt regelbundet på veckohelger.
Med tilltagande ohälsa hade hon åren före vårt möte utretts på vårdcentral, smärtmottagning och på öppen psykiatrisk mottagning med varierande beskrivningar av värk, högt blodtryck, frånvaroattacker eller förvirring och ibland tarmblödningar som ganska tydligt kunde relateras till separationssituationer. Hennes frustration över bristande kontinuitet och oklara läkarutlåtanden var förståelig.
Under ett år hade hon gått i kroppspsykoterapi. Under denna fick hon en viss insikt om sambandet mellan kropp och själ, och där kunde hon beskriva sexuella närmanden från fadern. I andra sammanhang hade hon idealiserat honom. Styvfadern dog när Eva var 36 år och då inträdde en försämring i hennes besvär, bl.a. med tarmblödningar. Fadern dog 2 år senare.

Jag tvekade inför uppgiften att påbörja en regelrätt terapi. Jag bad henne återkomma under vintern för några ytterligare samtal och gärna under tiden skriva ner några drömmar.
Patienten återkom som avtalat och hade ambitiöst skrivit ner punkter att samtala omkring. Hon beskrev hur besvär med ”frånvaroattacker” ökade efter styvfaderns död och försämrades ytterligare något när fadern dog. Hon började då ”höra röster” och kände oro för att liksom sin morbror bli diagnostiserad som schizofren. Evas make, som hon träffade vid 15 års ålder, kunde redan under deras tidiga samvaro beskriva hennes olika delpersoner och en åtskillnad mellan ”den glada” och ”den arga”.
Ytterligare en månad senare kunde hon under samtalen med mig beskriva hur hon blir flera ”personligheter” och under dessa samtal demonstrerar hon helt ofrivilligt ”försvinnandet” in i dessa. Jag kan då tydligt urskilja olika ”karaktärer” som inte förefaller medvetna om varandra.

Jag föreslår att vi skall starta en regelrätt terapi ett halvår efter vi först träffades. Efter detta besked drömmer patienten bl.a:

”Jag ser ett herrgårdsliknande hus dit jag skall flytta med familjen men det finns ingen bra ingång, utan maken backar till min förskräckelse flyttbilen rakt in i källaren. Jag går med en viss bävan upp i själva huset och även vidare, och på vinden träffar jag en blek, undanskuffad liten flicka som är klädd i tunna kläder och är oerhört skygg.”

De första åren med regelbunden terapi på psykodynamisk grund och med inslag av symboldrama (enligt Leuner) och jungiansk drömanalys en gång/vecka, med sedvanliga uppehåll för sommar och jullov, har patienten ångestfyllda drömmar som beskriver hennes förhållande till båda föräldrarna. Det framstår för henne allt tydligare att hon regelbundet blev utsatt för incest av fadern men även att hon ofta blivit slagen av modern. Hennes 2 år äldre syster kan bekräfta detta och även moderns olika övergrepp.
Efter 2,5 års arbete presenterar patienten vid ett tillfälle en komplett lista över 17! olika delpersoner som hon även namnger och karaktäriserar. Under åren som följer får jag ”träffa” dem samtliga och kan då hjälpa patienten att ”sortera” dem efter ålder i grupper om 3-4 delpersoner. Vi kan även relatera många av dem till speciella minnen och erfarenheter av övergrepp. Men de uppträder alltid enskilt och utan egentlig vetskap om varandra.
Som vuxen besökte Eva fadern i Östergötland, ofta i sällskap med sin dotter. Dottern var under denna period 5-12 år gammal. En mycket viktig händelse var då Eva avslöjade pappan på bar gärning i gillestugan då han förgrep sig på dotterdottern. Eva blev ursinnigt arg (en speciellt rasande och stark delperson) och slog sin far. Han insjuknade därefter i en hjärtinfarkt och avled 3 månader senare.

De kommande åren skiftar Evas tillstånd mellan svår värk och ångestfyllda tillstånd och med växlingar och ”försvinnanden” som hon endast delvis lär sig behärska. De mer ”vuxna” delpersonerna blir hon så småningom mer bekant med, även om de fortsätter att agera på egen hand och utan att Eva kan komma ihåg vad som skett.
Bl.a. föreslår jag i symboldramaövningar att Eva samlar sina delpersoner i ett ”växthus” där hon i lugn och ro kan bekanta sig med dessa och de känslor som alltmer tydligt kommer till uttryck.
Eva medicinerar hela tiden med blodtrycksmediciner, värktabletter och varierande antidepressiva, mestadels Sertralin, på min ordination. Därtill sedan början av terapin även Fluanxol-tabletter. En ytterligare förbättring beträffande igenkännandet av delpersoner sker sannolikt till följd av att vi byter Fluanxol mot först Zyprexa och senare Abilify.

Patienten har tidigare och försöker nu igen att arbeta på makens företag. Under sådana perioder kan hända att fakturor och räkningar kommer bort. På 5:e året i terapin kan Eva beskriva en dittills dold personlighet som hon benämner ”Fantasia”. Denna delperson bedömer jag är psykotisk i den meningen att hon fortfarande tror att fadern lever. ”Fantasia” har bl.a. som uppgift att förstöra och kasta bort fakturor som kommer till firman.

Patienten gör ingen annan koppling mellan detta beteende och fadern.
En annan speciell delperson kallar hon ”Mattis” och denna dam är skicklig i att hantera datorer och ekonomi. Denna delperson beställer ofta per postorder och till Evas förvåning kan olika föremål dyka upp på posten. I terapisituationen kan jag fråga ”Mattis” vad som varit avsikten med de beställda varorna och får då konkreta svar, som jag kan meddela Eva.

Efter 6 års arbete glesar vi ut sammankomsterna till en gång var månad och patienten klarar vardagen i hemmet bra, ibland med boendestöd. ”Försvinnandet” och olika ageranden återkommer då och då men alltmer sällan. Patienten kan allt oftare berätta vilken delpersonlighet som varit framme. Oftare uppträder endast de två unga vuxna och de två som vi anser jämnåriga med Eva. Dessa delpersonligheter uttrycker olika sidor i personligheten. En är mycket ordningsam och kan organisera. En är glad och deltar ibland i viktväktarprogram. En av de unga är utpräglat musikalisk och kan till gitarr sjunga det mesta av den svenska visskatten. Men de är ännu ej medvetna om varandra. Jag kan dock fråga Eva om hon vet vem som framträtt och ibland kan hon känna efter och finna vem det var.

På fråga om Eva önskar att samla alla delpersoner inom sig och medvetandegöra dem, säger hon bestämt nej.
Eva inser gradvis att de olika tillstånden är relaterade till olika medvetenhet om minnen och känslor förknippade med dessa. Delvis upplever hon dem fortfarande som så traumatiska att en fullständig integrering inte kan komma till stånd.
Bl.a. finns den delperson som uttrycker sexualitet, ”Lolita.” Men det är en komplicerad delperson som naturligtvis störs av relationen till den älskade fadern och hans destruktiva sidor.

Skälet till att jag presenterar denna kraftigt förkortade och schematiska fallbeskrivning är att diagnosen Multipel personlighet eller Dissociativt syndrom (Dissociative Identity Disorder DID enligt amerikanska DSM-IV) ibland är ifrågasatt. I ICD-10 finns diagnosen Multipel personlighet som en underrubrik till Dissociativa syndrom (F44.8). I Socialstyrelsens expertrapport från år 2000 (2000-36-007) om ”sexuella övergrepp mot barn” nämner författaren Carl Göran Svedin 8 olika symtom vid traumatiska incesthändelser i barnpsykiatriska utredningar men ej Multipel personlighet eller dissociativa syndrom.
Den bok som givit mig den mest omfattande och övergripande beskrivningen av Dissociativa symtom är ”The Haunted Self” av Onno van der Hart m.fl. (Norton and Company 2006). I denna bok beskrivs allt från historik, som började på 1870-talet, till strukturerade diagnostiska kriterier och olika behandlingsaspekter.

Ett ytterligare skäl till att skriva om detta tillstånd är att det kan förväxlas med schizofreni. Eva berättar initialt att hon ”hör röster” och blir senare även bättre av neuroleptikamedicinering. (Schizofreni har dock ofta ytterligare symtom av tankeoreda, vanföreställningar och hallucinationer.)
I vissa rättspsykiatriska fall kan personer med dessa besvär begå svåra brott utan att veta att en delperson varit aktiv (Dr Jekyll och Mr Hyde). Jag tror att fler kan ha denna bakgrund där den åtalade faktiskt inte vet något om sina handlingar. Jämför Evas försvinnanden. Delpersonerna är okända för patienten och framträder inte heller spontant i samband med sedvanliga psykiatriska kontakter, där patienten likt Eva kan uppvisa en mängd olika och somatiserande symtom och framför allt som van der Hart uttrycker det en ”Apparently normal personality”.

I tidsskriften Psykisk hälsa (Nr 3 och 4 1998) har Marta Cullberg Weston beskrivit erfarenheter och behandling av ett fall. Hon har en mer omfattande erfarenhet från sina år i USA där en livlig debatt om tillståndet pågått sedan 90-talet.
Rickard Sjöberg och Torun Lindholm framför i Läkartidningen tankar om ”återuppväckande av minnen” och hävdar att dessa behandlingar inte är evidensbaserade. Det är naturligtvis riktigt och Evas minnen kan inte ges en juridisk giltighet, men det är hennes sanning och verklighet. Vi bör betrakta verkligheten ur de båda aspekter som Karin Johannisson beskriver i LT nr 44/08: ”Om sjukdomsbegrepp: Den medicinska vetenskapens distinkta och den medicinska erfarenhetens mångtydiga, som innebär att sjukdom faller sönder i en livsberättelse som formar kroppens erfarenheter”. Jag anser det viktigt att den evidensbaserade kunskapen inte alltid har tolkningsföreträde.

Det behövs stort förtroende och långsiktig behandling och utredning innan patienten är beredd att kontakta de röster, delpersoner och slutligen de mycket traumatiska känslorna bakom dessa. Jag tror även att psykologiska strategier som Evas, är ett skydd och en möjlighet till överlevnad, där ett avslöjande i tidig ålder numer ofta leder barnet till symtom som i Carl Görans Svedins utredning. Eva och hennes familj har varit tacksamma över vårt arbete även om hon inte är helt ”botad” och sannolikt inte kommer att bli det.
På nätet kan man få vidare information på International Society for Study of Dissociative Identity Disorders.

Tore Södermark

privatpraktiker i invärtesmedicin som efter studier i hypnos och psykoterapi och psykosyntes erhållit dispens att arbeta med psykoterapi inom ämnesområdet invärtesmedicin

Stocksund

För referenser se www.svenskpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen har som tradition att vid varje årsmöte välja in en hedersledamot. Svensk Psykiatri kommer fortsättningsvis att uppmärksamma dessa i ord och bild. 2008 föll valet på professor Arvid Carlsson, som dessvärre inte kunde närvara vid förra årets kongress. Istället tog han emot utmärkelsen i samband med Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg i mars i år. Han presenteras här nedan av professor Jan Wålinder. 2009 års hedersledamot, professor Anna Åberg Wistedt, kommer att presenteras i nästa nummer.

Arvid Carlsson – hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

När jag fick förfrågan från Christina Spjut och SPF:s styrelse att introducera en ny hedersledamot vid vårens psykiatrikongress i Göteborg blev jag både glad och hedrad. Men den här gången gällde det inte vem som helst utan en person som egentligen inte skulle behöva någon presentation. En person som genom sin mer än 50-åriga forskning placerat sina kunskaper på den vetenskapliga världskartan och sin hemvist i Göteborg på den geografiska kartan.

Det började vid Bethesda, Washington, i slutet av 50-talet hos Bernard Brodie vid Laboratory of Chemical Pharmacology. Brodie var vid den tiden den internationella farmakologistjärnan. Arvid Carlsson kom dit som forskarstuderande. När det gällde hjärnans biokemi stod noradrenalin (NA) dittills i förgrunden. Men säg den forskare som inte behöver hjälp av serendipity: ”den som söker nålen i höstacken kommer plötsligt ut med farmarens vackra dotter i sin famn”. Året hos Brodie med innovativ reserpinforskning gav nämligen upptäckten av en amin som tidigare inte varit på agendan, nämligen dopamin (DA). Tillsammans med histologen Nils-Åke Hillarp kunde Arvid visa att DA inte bara var ett mellansteg i syntesen av NA utan en självständig signalsubstans, en transmittor. Kaninförsök med hjälp av reserpin gav avstamp för en teori att kanske just DA var en amin med avgörande betydelse för motorik. Resten är historia. Dopaminbehandling av personer med Parkinsons sjukdom där rörelsearmod, muskelrigiditet och tremor dominerar sjukdomsbilden kom via Arvids upptäckter att bli ett genombrott för den stora grupp människor med den här sjukdomen som nu fick en behandling baserad på det biologiska underlaget till sjukdomen.

Det är troligt att en av de mest framgångsrika rekryteringar medicinska fakulteten i Göteborg gjort, ägde rum hösten 1960 när Arvid utnämndes till professor i farmakologi vid universitetet. Arvid och hans från Schweiz rekryterade kemist Hans Corrodi fick ett fruktbart samarbete och vid ett Londonsymposium samma år dristade de sig att presentera hypotesen att signalöverföring mellan nervceller i hjärnan inte skedde på elektrisk utan på kemisk väg. Många protester men så småningom acceptans att så faktiskt var fallet. Detta är ett av de mest fundamentala genombrotten när det gäller förståelsen av hjärnans biokemiska funktion och arbetssätt.

Så småningom kom serotonin (5-HT) allt mer in i bilden när det gällde signalöverföring i hjärnans signalsystem. Det var alltså inte bara NA och DA som var viktiga utan kanske mer

Foto: Carol Schultheis

än vad man tidigare förstått 5-HT. Men hur fungerade det hela? Återupptagsmekanismerna kom in i bilden och började förklara de antidepressiva läkemedlens verkningsmekanismer. Arvid och Hans Corrodi fann markörer som talade för att serotonin troligen var kopplat till såväl sinnesstämning som ångest, och NA och DA mer till motoriken. Serotoninspåret tog full fart i slutet av 60-talet. Resultatet blev den första 5-HT-återupptagshämmaren Zimelidin i samarbete med Astra Läkemedel. De första kliniska fynden internationellt kom från Göteborg och var uppmuntrande. Oskicklig marknadsföring från Astra Läkemedel gjorde att Zimelidin drogs in pga några allvarliga neurologiska biverkningar. Lilly läkemedel utnyttjade tillfället: Fluoxetin (Prozac). Storsäljare!

Genom Arvids forskning har vi allt mer kunnat kartlägga störningar och kanske främst obalans i central neurotransmittorfunktion. Vi har uppmärksammats på förändringar inte bara inom området affektiva sjukdomar utan även inom områdena åldrande, demenssjukdomar, och schizofrena syndrom.
För oss ute i den kliniska vardagen är de prekliniska forskningsfynden viktiga. Men lika viktigt är hur vi överför prekliniska fynd till det kliniska verkstadsgolvet dvs ut till patientnyttan. Därvidlag har Arvid varit en inspirerande och viktig bro mellan preklinik och klinik, där patientnyttan hela tiden legat i framkanten. Detta är inte alltid en vanlig egenskap hos forskare inom de teoretiska institutionerna. Vi är många kliniker som haft Arvid som mentor och inspirationskälla och som samarbetspartner. Vi har lärt oss uppskatta hans beredvillighet att alltid dela med sig av sina kunskaper, att alltid vara villig till diskussion och samtal, liksom hans civilkurage att våga säga ifrån även när det blåser hård kuling.

Bland många prestigefyllda utmärkelser tex Jahrepriset, Japanpriset och Nobelpriset kommer nu SPF:s hedersledamotskap.
Vi är tacksamma för det Du gjort och för det som Du fortsättningsvis arbetar med för den neurobiologiska forskningens relevans för psykiatrin. Vi inom den kliniska psykiatrin önskar fortsatt lycka till!

Jan Wålinder
Professor
Askim

Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en nationell, ideell skattebefriad insamlingsstiftelse som grundades den 27 januari 1993 för ändamålet att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet.
Ur stadgarna: ”Fonden har till uppgift att verka för bekämpande av psykiska sjukdomar inom vårt land huvudsakligen genom att stödja, organisera och samordna forskning inom psykiatrin samt främja utvecklande av nya undersöknings-, behandlings- och omvårdnadsmetoder inom psykiatrin. I samma syfte bedriver och stöder fonden upplysning om den psykiatriska forskningens mål och medel samt om de psykiska sjukdomarnas förebyggande, symtom och behandling.”
Psykiatrifonden har ett 90-konto som kontrolleras av Stiftelsen För Insamlingskontroll (SFI). Det innebär att bara en liten del av de insamlade medlen får användas till administration, något som följs upp noggrant.
Styrelsen består av Lise-Lotte Risö Bergerlind (ny ordf.), Bruno Hägglöf (vice ordf.), Herman Holm (sekr.), Göran Björling (kassör, tidigare ordf.), Lars Häggström (redaktör), Hans Ågren, Ingvar Karlsson, Mikael Landén, Ing-Marie Wieselgren samt Stina Djurberg (webbmaster).

Fonden delar årligen ut medel. 2008 var summan extra stor, ca 1 miljon kronor. Bland de utdelade stipendierna fanns bl a:

- **”Om att arbeta mot fördomar”,** Vanna Beckman
- ”**Autistiska drag i barndomen hos vuxna personer med schizofreni”,** Maria Hallerbäck
- ”**Kreativitet, schizofreni och bipolär sjukdom”**, Simon Kyaga
- ”**Barn till sjuka föräldrar - Beardslees preventiva familjeintervention i Sverige”**, Helja Pihkala
- ”**Empirisk och psykometrisk prövning av ett instrument att mäta vårdkvalitet i öppenvård”**, Agneta Schröder
- ”**Bryt Skam-projektet”**, Agneta Ekman Wingate

Som nybliven ordförande både i SPF och i Psykiatrifonden tycker jag att ni alla skall vara medlemmar i bägge föreningarna!

Bli medlem nu! Kostnad: Enskild medlem 100 SEK/år, ständig medlem 2000 SEK samt stödmedlem/företag 10 000 SEK/år. Sätts in på plusgirokonto 90 07 50-1 eller bankgirokonto 900-7501. Även gåvor därutöver från enskilda och organisationer är varmt välkomna!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i Psykiatrifonden

Schizofrenisällskapet

I regi av

Eli Lilly Sweden AB

Utlyser ett

STIPENDIUM

inom

SCHIZOFRENIFORSKNING

Genom Schizofrenisällskapet utlyser Eli Lilly Sweden AB ett stipendium på 75 000 kronor för bedrivande av schizofreniforskning i Sverige.

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

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

Handlingar:

- Curriculum Vitae med publikationslista.
- Forskningsprogram omfattande max 4 A4-sidor med enkelt radavstånd och 12 punkters teckenstorlek med rubrikerna: Syfte, Bakgrund, Frågeställning, Metodik, Arbetsplan, Betydelse samt Ekonomisk plan.
- En separat sammanfattning om max 300 ord bifogas.
- Curriculum Vitae med publikationslista.

Ansökan insändes i 8 exemplar senast 15 juni, 2009. Ingen särskild ansökningsblankett erfordras.

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

Stipendiet utdelas i samband med schizofrenisällskapets möte 22-23 oktober, 2009. Stipendiaten inbjuds att presentera sitt forskningsprojekt under detta möte. En ekonomisk redovisning av stipendiemedlen önskas under 2010.

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

En ungdomspsykiaters berättelse

I Linköping bor en av våra äldre kolleger, Brita Mannerheim, tillsammans med sin make lyrikern Augustin Mannerheim. De är födda 1916 och 1915 respektive och har levt i Östergötland under större delen av sina yrkesverksamma liv. Brita Mannerheim är ungdomspsykiater, under 60-talet var hon den enda i sin specialitet i Östergötlands län. Brita ringde till redaktionen efter att förra numret av Svensk Psykiatri hade kommit ut. Hon hade då läst artikeln ”Diagnosen som metafor” och i anslutning till den texten tyckte hon att vissa aspekter av hennes arbete med ungdomar kunde vara värda att diskutera och göra andra uppmärksamma på.

Brita Mannerheim arbetade på en PBU-mottagning och hade också mycket arbete kring vanartiga ungdomar och deras vård och boende. Hon satt ofta i länsrätten i omhändertagandeärenden och hade förstås en väldigt stor arbetsvolym. För att göra det möjligt för henne att sköta sitt arbete på ett vettigt sätt konstruerade hon ett strukturerat anamnesinstrument som hon gärna berättar om.

Jag gjorde ett besök hemma hos henne och Augustin Mannerheim i början av mars. Deras hem bär ekot av det förra seklets kulturhistoria, på väggarna finns ett stort träsnitt av Bror Hjorth och en målning av Helene Schjerfbeck bland andra vackra ting. Där fanns också en sjuksköterska från hemsjukvården som bistod med de praktiska ting som det äldre paret inte längre behärskade, samtidigt som sköterskan också kunde berätta hur Augustin häromdagen lagat bilen. I dessa många lager av tidsåldrar och förmågor samtalade vi om Britas arbete.

Brita säger att det som gjorde att hon nu ville berätta om sin metod just hade med det metaforiska innehållet i berättelserna att göra. Hon hade arbetat med att bedöma åtskilliga barn och ställa diagnoser på dem och tyckte nu att det viktigaste inte var diagnosens namn som hon kallar för en rubrik. Viktigare är att bevara och återförmedla patientens egen berättelse.

Den anamnesmetod hon beskriver för mig känns på ett sätt väldigt aktuell. På grund av att hon var ensam om sitt arbete som ungdomspsykiater i länet, och att hon i arbetet så ofta deltog i rättsliga förhandlingar kring ungdomsärenden som rörde omhändertaganden, var hon tvungen att rationalisera sitt arbete i väldigt hög grad. Hon gjorde ett formulär med jättemånga frågor om symtom och utveckling där allt från förlossningsjournalens noteringar om mekonium i fostervattnet till färska anamnestiska data fick plats. Svaren på frågorna kodades enligt ett numeriskt system som också kunde databehandlas. Uppgifterna fördes in på hålkort för vidare bearbetning. Detta torde vara ett av Sveriges första datoriserade dokumentationssystem inom vården.

Frågorna i formuläret ställdes dels till patienten själv, dels till föräldrar, myndigheter och till andra viktiga personer i ungdomens liv. Svaren nedtecknades med olika bestämda färger, en färg för varje personkategori – modern röd, socialtjänsten lila etc. Hela anamnesförfarandet, som alltid – precis som vid SCID – gick till på precis samma sätt, tog ungefär en timme. Utifrån svaren skrev sedan Brita Mannerheims sekreterare de utlåtanden som länsrätten hade att ta ställning till. Även de ungdomar hon träffade på PBU-mottagningen genomgick samma undersökning. Sammantaget finns ungefär 4000 sådana journaler sparade på Landstingsarkivet i Linköping. Det väntar ett spännande forskningsarbete där man kan tänka sig jämförande studier kring delinkventernas och de övriga ungdomarnas uppväxtvillkor och beteendeutveckling till exempel.

En av Brita Mannerheims poänger när hon berättar om tankarna kring sitt arbete är att de diagnoser hon förstås också ställde inte var så värdefulla i kontakten med ungdomen som de återgivanden hon gjorde av deras egna beskrivningar. Återkommande var den upplevelse av att ungdomen kände sig förstådd när hon i senare samtal med dem just återgav deras egna ord.

Foto: Daniel Frydman

Jag tänker att den här återblicken in i en psykiatri av 60-talssnitt, ger perspektiv på det arbete som sker nu. Väldigt mycket av vårt arbete är präglat av de strukturerade frågeformulär som många använder. Det finns idag en risk att arbetet, möjligen i för stor utsträckning, baseras på det kvantitativa innehållet i patienternas svar, med risk att det subjektiva innehållet försvinner. För Brita Mannerheims del var problemet möjligen det omvända, bara tanken på en sådan kvantifiering var oroande för hennes tids kolleger. Det hon värderar högst med sitt arbete var ändå att formulärens struktur gav plats för patienternas egna beskrivningar parallellt med de kodade uppgifterna. Innehållet i formulären skulle lämpa sig väl för dagens psykiatriska arbete med. Det vore spännande att se om någon kollega kunde ta upp tråden och se om metoden skulle tillföra något till dagens arbete.

Man kan imponeras av och bli avundsjuk på den effektivitet som finns inbyggd i det system som Brita beskriver.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker,
Stockholm

Rapport från Verksamhetschefsmöte för BUP-chefer våren 2009

SFBUP har under flera år arrangerat möten för samtliga VC och chölar inom BUP i Sverige. Dessa möten har blivit en tradition som fått allt större betydelse inom BUP i Sverige. De senaste två åren har vi haft möten både vår och höst. Nu kommer chefsgruppen att träffas utan SFBUP 1 gång/år och med SFBUP 1 gång/år. Mötena har betytt att många stora och viktiga frågor snabbt kan dryftas över hela landet och att en samsyn växer fram inom gruppen och bidrar till likavård inom BUP i Sverige.

Att man får ett helikopterperspektiv på sin egen verksamhet/sin egen del av landet och ibland inser att man har stora fördelar i vissa avseenden i sitt eget landsting eller att man får input från andra kring intressanta exempel på verksamhetsutveckling, samverkan, resursanvändning, metodutveckling och annat.

De stora frågorna som dryftats från olika utgångspunkter har de senaste åren varit ”första linjen” för BUP – hur påverkar det arbetet och uppdraget inom BUP på sikt, liksom vårdgarantin och SKL:s arbete och så läkarrekrytering/brist på specialister/fortbildningsfrågor.

Den här gången kom representanter från akademin och utbildningsutskottet inom SFBUP och berättade mer om nya målbeskrivningen för ST och det vetenskapliga arbetet inom ST. Och så var Ing-Marie Wieselgren från SKL med för att diskutera det fortsatta arbetet med den förstärkta vårdgarantin och med modellområdena.

En av många saker som diskuterades runt arbetet med vad/vilka som utgör första linjen var hur BUP-verksamheter kan bidra lokalt genom att vara tydliga i sin avgränsning av uppdraget, göra konsekvensanalyser och sen kommunicera med landstingsledningen för att man ska komma vidare i arbetet.

För styrelsen är detta möte ett viktigt forum och de flesta inbjudna gäster brukar också uttrycka att man tycker det är angeläget och givande att träffa gruppen av VC och chölar. Och av bilderna framgår väl att även cheferna själva tycks uppskatta mötena?

Lena Eidevall
Ordförande SFBUP

Foto: Lena Eidevall

Foto: Lena Eidevall

På väg – men med vilken karta?

Med mer än 35 år inom barn- och ungdomspsykiatrin kan jag ganska enkelt konstatera att vägen hittills har varit vinglande.
Antagligen kommer väl också vägen framåt att böja av åt olika håll som åren går och kunskapen utvecklas. Vi har ju ibland en tendens att uppfatta det nuvarande som det slutgiltiga, att vi kommit fram till hur allt är, inte längre är offer för tidens trender eller dagsländekunskap och att vi inte kommer att överraskas av att dagens sanning blev morgondagens roliga eller ruskiga historia. Men utvecklingen går sina egna gåtfulla vägar.

Skall man agera spanare mot framtiden måste man ta avstamp i samtiden och forntiden och försöka extrapolera gårdagens och dagens ofta personliga erfarenheter in i morgondagen. Min spaning på vart barnpsykiatrin är på väg har tre fokus: diagnostikens utveckling, psykoterapins ställning och det socialpsykiatriska perspektivets plats inom vår disciplin.

Diagnoser kommer och går.
I olika tider är olika diagnoser mer populära. Under min tid har jag sett flera växlingar. På 70-talet var, om vi alls satte diagnoser, Neurosis NUD vanlig, en personlig favorit var Gerendum abnorme infantum (onormal utveckling hos barn), senare var tidens diagnos Borderlinepersonlighetsstörning och inom vuxenpsykiatrin Cykloid psykos för det obegripliga. På 80-talet försökte många av oss komma bort från individdiagnoser till relations- och familjesystemiska diagnoser och bl.a. David Olsens cirkulära modell stod högt i kurs. Idag är Bipolär psykos mest á la mode.

Med DSM-systemets inträde i svensk barnpsykiatri tog diagnostiken både kvantitativt och kvalitativt flera stora steg. Vi hade fått ett instrument, som var tydligt, lättanvänt och globalt. Samtidigt har det flera stora problem, som jag också ser avspegla sig i vår disciplin. I DSM-systemet finns en förförisk enkelhet. Vi räknar kriterier och kommer fram till om diagnoskraven är uppfyllda. Relativt sällan använder vi skalorna 2-5 och om vi gör det har de mindre ofta någon direkt inverkan. DSM-systemet ger en sorts naturvetenskaplig exakthet åt diagnostiken, x av y kriterier är uppfyllda, alltså har hon eller har hon inte problemet Z. Vi vet givetvis att kriterierna är resultat av omröstningar och lobbying, att samma kriterier finns för olika diagnoser, att skillnaden mellan den, som uppfyller tre av fyra nödvändiga kriterier och den som har fyra, ofta är försumbar och vi vet att diagnoserna alltid grundar sig i bedömningar och värderingar och att interbedömarreliabiliteten är ett problem. Men vi använder dem ändå gärna som fakta. Och vi kan uppleva tillfredsställelsen i att bli en riktig doktor hemmahörande i den sanna naturvetenskapliga medicinen.

En mer central fråga är om det är denna naturvetenskapliga exakthet, som vi vill ha, om den barnpsykiatriskt eftersträvade människosynen är den naturvetenskapliga apparatsynen. När vi sätter en diagnos agerar vi som objektiva observatörer. Samtidigt vet vi att idén om en objektiv observatör, som är oberoende av och inte samspelar med och inverkar på det observerade, är en myt och en vetenskapsteoretisk återvändsgränd.

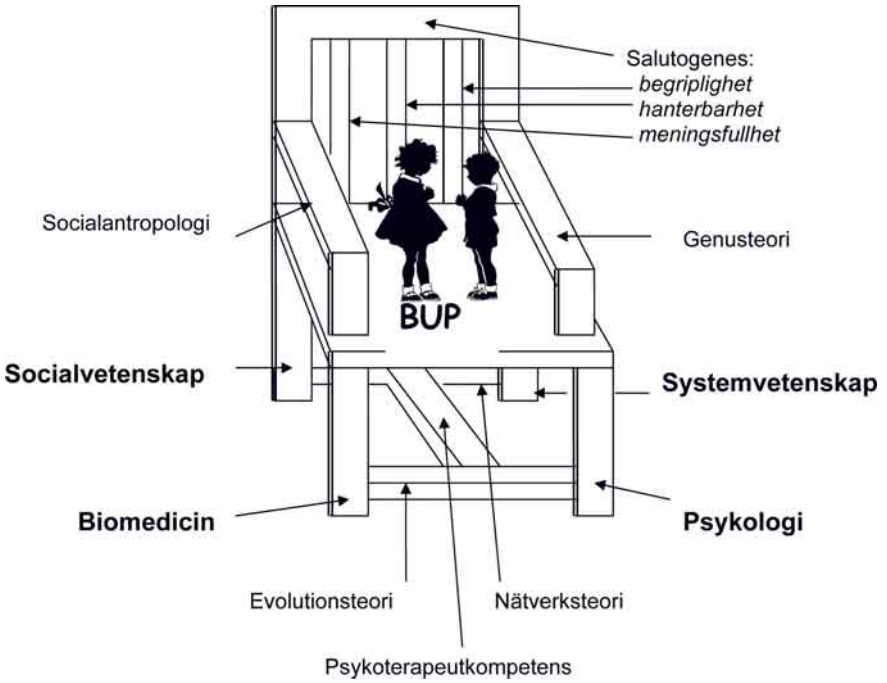
DSM-systemet liknar i min tankevärld de gamla köpmansdiskarna med en låda för mjöl, en för socker, för salt, korn, ris, makaroner och så vidare och Gud nåde det bodbiträde som blandade ihop och spillde från den ena lådan till den andra. Eller man kan likna DSM vid en färglåda med alla färgerna uppradade i nyanser efter spektret, väl avtvättade och rena. Men människan är ju inte en köpmansdisk, en färglåda utan en färdigbakad limpa eller en tavla där ingredienserna och smakerna, färgerna och formerna blandats och påverkar och går samman med varandra. Det är enklare att uttala ett antal kodnummer än att försöka omfatta en människas lidande i sitt sammanhang, men speglar DSM- eller ICD-koderna hennes problem, hennes situation, hennes relationer på det sätt, som är nyttigast för att hjälpa och samverka med henne? Är dessa diagnoser vad vi behöver? Vi vet att diagnoser är närmevärde och har bäst-före-datum och att vi skall förhålla oss kritiska, men vad vi formulerar styr hur vi tänker och handlar. Om vi sätter diagnoserna F 42.8 (tvångssyndrom), F40.1 (social fobi), F40.01 (panikångest med agorafobi), så styr det våra handlingar, våra behandlingsförslag, vårt förhållningssätt. Det är ju också meningen, men vad vi kanske inte uppmärksammar är att styrningen har en ideologisk dimension och upprättar en specifik relation mellan oss som professionella och patienten/familjen. Förmågan att uttala dessa diagnoser tillfaller oss som experter och blir den överordnade vetenskapliga högstatusberättelsen om patienten. Hennes egen berättelse blir underordnad, ett hjälpmedel, ett steg på vägen mot, men inte sanningen. Finns det en risk här att diagnostiken tar över inlevelsen och att den fostrar en mekanistisk och knappologisk människo- och psykiatrisyn?

Familjeterapi
Från sent 60-tal och framåt växte familjeterapin fram inom barnpsykiatrin som behandlingsmetod men också som synsätt och ideologi. Systemteorin växte sig stark som förståelsemodell för mänskliga beteenden, såväl funktionella som dysfunktionella. Det unika med familjeterapi som behandlingsmetod är dess relationsfokus och dess narrativa fokus. Symptomen finns inom en interaktiv ram och får funktion i systemet. Det står i kontrast mot individsynen och till ett historiserande synsätt. Människan *är* inte utan hon beter sig, i en relation, i en bestämd tid och situation. Hon handlar utifrån systemets regler och villkor och alla hennes handlingar har funktion *för* men också *av* systemets relationer.

Detta blev och är särskilt relevant för barn, som på sitt unika sätt är beroende – juridiskt, socialt, kognitivt, emotionellt, biologiskt – av sitt närsystem.
Från 90-talet och framåt uppfattar jag att familjeterapi och systemsyn har pressats tillbaka och individsynen har stärkts inom barnpsykiatrin. En individsyn är förbunden med individuell diagnos, med kognition, med individuell terapi (inte minst KBT), med föräldrasamtal och –stöd, med psykopedagogik och föräldragrupper.

Individsynen är en egenskapssyn och placerar ansvaret hos individen.

En systemisk syn är kvalitativt annorlunda och har i första hand inte med antalet personer i terapirummet att göra. För att nå denna kvalitativt annorlunda utsiktspunkt måste vi tänka utanför den vanliga lådan. Vi måste tänka i kvalitativa språng, förändringar av andra graden och i narrativ förståelse, där olika berättelser ges likaberättigande. Systemsyn och familjeterapi – till skillnad från familjesamtal – har en förändringspotential, som bygger på att individen inte äger sitt symptom utan uppvisar det så länge det har funktionalitet. Systemsyn har demokratisk implikation, komplicerar tänkandet, den problematiserarsjukdomsbegreppetochgör människosynen mer mångdimensionell. Den ger en fördjupad förståelse för dysfunktionalitet och för etiologi. Om systemteori och familjeterapi försvinner ur barnpsykiatrin som basal kunskap och förståelseram, så blir barnpsykiatrin grundare och i någon mening osannare och den psykoterapi som erbjuds, riskerar att bli mer autistisk och relationslös.



När vi tar anamnes tar vi reda på hur familjen ser ut, antal barn, vårdnadsförhållanden, i bästa fall föräldrarnas yrke och om man bor i lägenhet eller villa. Kanske också om det finns missbruk, mer sällan om det finns våld. Den sociala bilden blir en bakgrundsdekor, som mer sällan får betydelse för vår förståelse och än mindre för vår handläggning.
Samtidigt finns det en väl etablerad och allt mer omfattande kunskap om hur barns sociala förhållande påverkar deras psykiska – och fysiska – hälsa. Folkhälsoinstitutet, Rädda Barnen, Centralförbundet mot Alkohol och Narkotika, BRIS och Barnombudsmannen publicerar återkommande fakta om barns sociala villkor, som borde ha avgörande inflytande på den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten, både rent vetenskapligt, forskningsmässigt och i klinisk verksamhet. Kunskaper om den globala sociala gradienten, som innebär att de som har lägre status, lägre inkomst, sämre utbildning, sämre bostadsstandard alltid drabbas mer av ohälsa, borde vara en av grunderna för hur våra åtgärdsprogram utformas. Forskning borde intressera sig för hur behandling kan fungera i och anpassas till olika sociala kontexter och hur ojämlikhetens negativa hälsoeffekter kan motverkas.

Ensamstående föräldrar är en generell riskgrupp beträffande barnens hälsa, vårdnadsstrider och i viss mån växelvis boende utgör livsstress för barnen. Skolpolitikens utformning, pedagogikens utformning i de enskilda skolorna, stödet till ungas fritid, medias inflytande påverkar direkt våra barns psykiska välbefinnande och borde därmed vara områden vi arbetade inom. Om vi inte tar med detta i framtidens barnpsykiatri, så tenderar vi kanske åter att hamna i något av det som Gustav Jonsson betecknande anklagade barnpsykiatrin för: att ägna sig åt medelklassens tumsugare. Och att inte utveckla hjälpmetoder för, utan istället svika de svagaste och mest skyddslösa grupperna.

En vision om hur det kommer att bli

En spaning bör resultera i en vision om hur det kommer att bli. En dystopisk vision, utifrån de tendenser jag tycker mig se, är en förenklad, reduktionistisk barn- och ungdomspsykiatri, som etablerar sig väl och finner acceptans inom den akademiskt naturvetenskapliga medicinens värld, men som blir mindre samhällsangelägen, som mindre ägnar sig åt och förstår människans och barnens komplexitet och som isolerar sig i sjukhusvärlden. Men jag har också en utopi. Sedan länge har jag sett vår specialitet i form av en stol, där barnet kan sitta i förvissning av att ha det bra och vara tryggt. Stolen har fyra stabila ben, ett biomedicinskt, ett psykologiskt, ett socialt och ett systemvetenskapligt och benen har goda stöttor av evolutionsteori, psykoterapi, nätverkskompetens. Ryggstödet består av salutogenes och armstöden av socialantropologi och genusvetenskap. Kanske min läkarroll blir lite mindre påtaglig inom denna barnpsykiatri men jag tror den skulle tjäna barnen i deras familjer på ett bra sätt.

Torgny Gustavsson
BUP, Kronoberg

ACTAVIS AB NORDENFLYCHTSVÄGEN 74, 112 89 STOCKHOLM. TEL: 08-136370 E-POST: INFO@ACTAVIS.SE WEBB: WWW.ACTAVIS.SE

Låt inte kostnaderna
segla iväg

Lamotrigin Actavis

– Brett sortiment till lägre pris

Under 2007 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 160 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal[1]. Detta ger en total besparingspotential på 80 miljoner kronor för hela landet under ett år.

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

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

Indikationerna är: Epilepsi (Vuxna och barn över 12 år): Tilläggsbehandling eller monoterapi vid epilepsi med partiella anfall och/eller generaliserade tonisk-kloniska anfall. (Från 2 års ålder): Tilläggsbehandling vid epilepsi med partiella anfall. Bipolär sjukdom (Från 18 års ålder): Förebyggande behandling vid bipolär sjukdom genom att förhindra depressiva episoder. För fullständig indikationstext se www.fass.se

1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2007.

actavis
creating value in pharmaceuticals

Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det?

Frank Lindblad och Carl Lindgren. Carlsons förlag 2009

BOKRECENSION

Björn Wransjö

Författarna är barnpsykiater respektive barnläkare. Utgångspunkten för boken är studier som pekar på att svenska barns, i praktiken ungdomars, upplevelse av sin psykiska hälsa har gradvis försämrats under de sista decennierna och att de upplever sig må sämre än barn i andra västländer. Den psykiska ohälsa som åsyftas är lättare psykiska och psykosomatiska symtom. Diabetes, allergi, astma och övervikt har ökat, för övrigt har kroppsliga och allvarligare psykiska sjukdomar inte ökat under denna period. Alltså fler barn som formellt medicinskt är friska men som inte mår bra. Författarna söker förklaringar bland annat i mönster för att uppfatta och handla som baseras på värderingar som kan vara oönskade biverkningar av den gemensamma välfärd som byggts upp under ett antal decennier.

De urskiljer olika drag i samhället som kan bidra till förståelsen. Det finns en oro för den kroppsliga hälsan som är påtaglig. Man ska helt enkelt inte behöva vara sjuk i vårt samhälle. Det finns en nollvision för ohälsa som till en del kan ha sin förklaring i den snabba medicinska utvecklingen. Men förväntningarna på medicinska resultat ökar dock snabbare än de medicinska behandlingsmöjligheterna. Vi går mot ett läge där alla tillstånd som avviker från idealbilden av fullständig hälsa och som kan behandlas, riskerar att betraktas som sjukdom. Det öppnar för en mediaunderstödd hälsoindustri som går hand i hand med det i sig viktiga egenvårdskonceptet. Man kan inte sälja behandlingen utan att lyfta fram symtom och problem. Författarna talar om en Hälsomani.

Bland annat kvällspressen ”informerar” kontinuerligt genom slagkraftiga löpsedlar om farliga sjukdomar och tillstånd som man kan lida av utan att veta om det och tillhandahåller hälsoråd. Detta kan å ena sidan verka som välmenande hälsoupplysning, å andra sidan verkar det skrämmande genom kopplingen till de orealistiska förväntningarna på psykisk och fysisk hälsa som ohälsans nollvision innebär. Paradoxen lyder: ”Vi är friskare än någonsin och räddare för sjukdom än någonsin”. Detta gäller även beskedliga symtom och problem.

Rädslan gäller inte bara hälsan utan grundtryggheten i tillvaron. Vi urskiljer allt fler riskfaktorer som vi vill skydda oss emot. Paradoxen är att skyddsåtgärder och regleringar avsedda att skapa säkerhet lyfter fram farligheter och risker med en låg grad av sannolikhet, vilket leder till att vi alltmer noterar risken och skräms av den. Ju mer förebyggande reglerande, desto lägre risk men desto mer skrämsel!

Det är inte bara förväntningar på hälsa och trygghet utan förväntningar på tillvaron som helhet är stora, närmast obegränsade. Tekniken öppnar oanade möjligheter. Man ska satsa på sig själv, ska ta sitt liv i sina egna händer. Solidaritet är en förlegad tanke.

Författarna talar om individfixering. Sverige ligger internationellt högt vad gäller värdering av självförverkligande vilket ställer stora krav på ungdomars förmåga att skapa sin egen identitet, forma sitt liv och göra egna val.

Samtidigt finns förväntningar på att samhället ska stå för vissa garantier. När det gäller hälsan har förväntningarna på sjukvården övergått till att bli ett krav och till och med en rättighet. Detsamma gäller livet i övrigt: samhället förväntas ställa upp. Antalet experter på hur vi ska leva våra liv bara ökar; allt från barnuppfostran och samlevnad till hur vi ska klä oss och vad vi ska äta. Det kan leda till kravfylld, passiv inställning, utan tanke på egna uppoffringar för att nå sina mål. Författarna talar om välfärdsapati. Ungdomar ska sålunda hantera paradoxen: ”här finns alla möjligheter till ett gott liv om du tar det i egna händer samtidigt som det är samhället och dess experter som ska ge dig detta liv”.

Ungdomarna ska orientera sig i ett icke-hierarkiskt, sekulärt, rationellt samhälle med starkt tryck på självständighet från familjen och jämförelsevis svagt utvecklade nätverk. Det finns få klara riktlinjer för tonåringar beträffande vad man faktiskt kan förvänta sig av tillvaron och klent stöd från vuxenvärlden, där många inte alls tycks ha lust att vara vuxna. Föräldrarna lämnar ifrån sig alltmer av ansvar för sina tonåringar, samtidigt som de blir allt mer oroliga. Osäkra föräldrar litar till gränssättning och experter och föräldrautbildning där barnen ska ses som projekt och resultatenheter.

Ungdomarna kommer via en skola utan självkänsla som i vissa avseenden förlorar mark internationellt, många slutar utan betyg. Högre utbildning ger inga garantier. De lockar gärna med självförverkligande studievägar som ofta inte leder till arbetsmöjligheter. Samtidigt har arbetsmarknaden för ungdomar försämrats mer än i andra länder. Många måste ta arbeten under sin utbildningsnivå. Ungdomar som inte når sina ofta orealistiska mål känner sig värdelösa, dåliga och mår inte bra.

Författarna lyfter också fram stress som bidragande orsak till psykisk ohälsa och betonar att begreppet kan användas på många sätt och att individer reagerar olika. De frågar sig om stress beroende på stressorer tex ökade krav i skolan kan bidra. Inga studier visar entydigt att ungdomar känner sig mer stressade i skolan nu än tidigare. Däremot menar författarna, har rädslan för stressen, stresspaniken ökat. Ungdomar kan ha svårt att skilja på de kroppsliga reaktioner som alltid aktiveras vid rejäla ansträngningar och skadlig stress.

De betonar att så länge förmågan att återhämta sig är intakt är det ingen risk att anstränga sig– ”se till att du vilar upp dig ordentligt om du ansträngt dig för mycket”.

Framställningen i boken är klar, översiktlig och lättillgänglig.
Även om författarnas beskrivning och slutsatser kanske kan ifrågasättas på enstaka punkter, kan man knappast annat än instämma i att de har lyft fram ett allvarligt problem. Författarna betonar att de är införstådda med välfärdsmålen och inte vill hävda att ”det var bättre förr”.
De avslutar med tankar om framtiden: Nya mål och inriktningar inom välfärden. Förbättra den svenska skolans självkänsla. Fokusera på våra inställningar och våra attityder. Kombinera vår svenska tolerans och frihet med mer stöd åt föräldra-barnrelationer och ökad solidaritet. Verka för ökad nationell stolthet. Har kyrkan något att bidra med?

Några eftertankar
Det är inte konstigt att boken innehåller etthundrasextiosex sidor problematisering och en sida resonemang om åtgärder. Det är förmodligen ingen som vet hur man ska ta sig an dessa övergripande problem där olika faktorer är djupt inflätade i varandra. Många faktorer tycks gälla den västerländska kulturen i sin helhet! Vissa drag är dock specifika för Sverige. Hur avgörande är de biverkningar som tonar fram i vår välfärdsmodell? En modell med rejäla skyddsnät för sjukdom, arbetslöshet, med barnledighet och pension kan naturligtvis medföra att vissa personer passiviseras. Här finns en sårbarhet – vilka faktorer triggar denna sårbarhet?
Skulle passiviteten och beroendet av samhället bli mindre om gapet mellan förväntningar och praktiska möjligheter minskade så att det var lättare att ta okvalificerade jobb med bibehållen självkänsla (om det funnes några)? Vilka och vad är det som genererar detta gap? Är det verkligen välfärdssamhällets arkitekter?

Leder utvecklingen inom sjukvården automatiskt till hälsomani eller krävs det en aktiv ”patologisk” kvällspress och en hälsoindustri som tillsammans drar åt samma håll? Expressens löpsedel i dag (20 april): ”90.000 lider av farligt förhöjt blodtryck utan att veta om det!”. Skulle självförverkligandet bli mindre av personfixering om vuxna lät andra värden än ekonomisk framgång och kändisskap slå igenom? Det är svårt att se vad som är grundbultar i dynamiken. Det förefaller i alla händelser som om vi har skapat ett samhälle med möjligheter, friheter och paradoxer som vi vuxna inte är mogna att hantera vilket slår tillbaka på ungdomar som är i den vulnerabla positionen att inte kunna använda familjens stöd fullt ut och heller inte ännu ha funnit sin form, sin identitet och sin sociala nisch.
Man kan anta att välfärdssamhället är tänkt både att utgöra ett skyddsnät för personer i olika typer av svårigheter, men också utgöra en social matrix för god generell individuell utveckling. Om det första, men inte det andra målet uppfylls så har vi ett problem. Är vi tvungna att välja? På sätt och vis påminner situationen i samhället mig om en nedgången skola. Vi har väl alla läst om ”skolmirakel” där skolor med hög utslagning av elever, uppgivna lärare, kaos, förvandlats till en mönsterskola med eleverna som är stolta över sig själva och sin skola, där det råder nolltolerans för våld och mobbning. Här tycks det inte vara frågan om att välja om skolan ska vara till för de svagare eller mer begåvande eleverna. Går det att genomföra en liknande omvandling i ett samhälle vars kultur och ekonomi är inflätad i en global kultur med en ekonomi som kräver att medborgarna ständigt konsumerar alltmer som de varken behöver eller ens vill ha?

Men vad har detta med barn och ungdomspsykiatrin att göra? Vi behöver väl inte bry oss! Naturligtvis har vi vår frihet, möjligen också plikt att göra vad vi kan som privatpersoner men som professionella? Vi ska väl bara syssla med de riktigt sjuka barnen och ungdomarna, de som har DSM-IV diagnos. Det är väl vad våra huvudmän ger oss ekonomiska resurser för. Förr i världen ingick, åtminstone i vissa landsting, ett viss mått av förebyggande verksamhet, men det var länge sedan. Nu är det andra instanser som tagit över detta så det är inte längre aktuellt. En intressant fråga är om vårt arbete ger oss kunskaper och erfarenheter som belyser frågan om varför våra barn inte mår lika bra som de har det. Om vi tycker det, vad ska vi göra med den kunskapen? Vi kan ju alltid skriva en artikel i fackpressen. Vi kan för all del med visst fog hävda att den sorts ohälsa vi här talar om kan vara en riskfaktor för svårare störningar, men det är väl inte vårt bord att handlägga riskfaktorer, möjligen peka på dem.

Jag vet inte vad ni tycker. Själv tycker jag att det känns pinsamt att bara sitta och titta på!

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: SPF redaktion

Här hade vi kunnat presentera Din annons!

Kontakta oss! Vi har även möjlighet att hjälpa till med att uforma Din annons.

Du kontaktar oss via

annonser@svenskpsykiatri.se

Foto: Carol Schultheis

Har du idéer?

Svenska Psykiatrikongressen 2009 blev en framgång.
Nu planerar vi för kongressen 2010! Har du förslag på föredrag eller föreläsare? Eller vill du presentera något själv?
Hör i så fall av dig till Hans-Peter Mofors (hans-peter.mofors@sll.se) eller Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sll.se)

De första Cullbergsstipendiaterna!

I hård konkurrens har följande personer tilldelats Johan Cullbergs resestipendium 2009:

- **Alexander Santillo, Malmö**
  För studieresa till Memory and Aging Centre, University of California, San Francisco, USA
- **Peggy Törn, Stockholm**
  För studieresa till Division of Child and Adolescent Psychiatry, Kapstaden, Sydafrika
- **Ioannis Pantziaras, Solna**
  För studieresa till The Harvard Program in Refugee Trauma, Massachusetts General Hospital, Boston, USA
- **Abbas Kazeminegad, Örebro**
  För studieresa till International Medico-Psychology Assembly, S:t Petersburg, Ryssland
- **Annika Sturesdotter, Lund**
  För studieresa till University of British Columbia Hospital i Vancouver, Kanada

Planeringen är att stipendiet ska kunna utlysas även 2010.

För stipendienämnden
Tove Gunnarsson

Onsdag

Lennart Lundin: Kognitiva störningar vid allvarlig psykisk sjukdom.

Vid schizofreni och bipolär sjukdom ser man nedsättningar av bl.a. exekutiv funktion, arbetsminne, filtreringsförmåga. Vissa funktioner kan tränas med nya, datorbaserade metoder.

Göran Isacsson: Antidepressiva läkemedel minskar suicid – ny evidens

Genom att undersöka förekomst av antidepressiva i blodet hos personer som tagit livet av sig kan Göran Isacsson göra det mycket sannolikt att antidepressiva minskar risken för suicid, eftersom förekomsten av antidepressiva hos personer som suiciderat är lägre än en kontrollgrupp.

Lars Johnson: Uppföljning av somatiska markörer vid bipolär sjukdom

Risken för njurskada vid litiumbehandling är lägre än man oftast tror. Uppföljning av somatiska markörer behöver inte ske så ofta. Dyra njurundersökningar är ofta onödiga. Mindre arbetskrävande uppföljning av insatt behandling vid bipolär sjukdom – bättre för både patienten och ekonomin – baserat på konsensus.

Kristina Malmgren, Björn Holmberg, Martin Rödholm: Gränslandet mellan neurologi och psykiatri

Ibland korsas neurologens och psykiatrikerns vägar. Hur ser ett funktionellt krampanfall ut? När ska man misstänka en neurologiskt orsakad ”ångest”? Partiella kramper kan ha mycket atypiskt utseende och noggrann anamnestagning är viktigt för att inte missa patienter med neurologi.

Ulf Malm: Samhällsbaserad psykiatri i England 2008 och en ny svensk 5-årig studie

ACT:s (assertive community treatment) framgångar i England bygger på case-management, teamarbete, lokala team med begränsat antal patienter. Denna metod visar överlägset bättre resultat än konventionell behandling. Sverige bör ta efter denna modell för att få en mer evidensbaserad, patientorienterad och effektiv psykiatrisk vård.

Högtidssymposium med Arvid Carlsson

Nobelpristagaren gick igenom sin historiska forskning om dopaminets centrala roll samt nya, spännande farmaka och siade att många nya neurofarmaka kommer vara av typen partiella antagonister.

Torsdag

NSPH: Brukarorganisationernas förväntningar och krav på användningen av strukturerad information

Representant från NSPH förklarade att de i stora delar är kritiska till den centralisering av patientinformation som sker. De tycker att man måste ta mer hänsyn till personlig intigritet och decentralisera informationen istället.

Bengt Kron: Snomed CT

Snomed CT är ett sätt att likt diagnossystemet ICD-10 eller DSM-IV koda medicinska termer enhetligt för att lättare kunna överföra och tolka medicinsk information och undvika dubbeltydigheter.

Mattias Agestam: Kliniskt beslutsstöd eller missriktad styrning

Mattias Agestam har själv utvecklat ett datorsystem för Stockholmspsykiatrin och diskuterade vilka förväntningar man bör ha på ett sådant system och på vilka sätt det kan styra verksamheten i en positiv riktning.

Curt Nyström: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Istället för att bedöma vilka nedsättningar en patient har kan man med ICF vända på det och tala om funktionen. Detta för att göra en bättre funktionsbedömning inför t.ex. stödinsatser.

Harald Aiff
ST-läkare
SU
Västra Götalandsregionen

Foto: Carol Schultheis

SK Kurs
Neuropsykiatri

Välkommen med din anmälan till
METIS SK-kurs
”Neuropsykiatri”

Kursen är delvis på distans

Tid:
26/8-9/12 (1 timme/ vecka)
Samt 7-9 oktober (3 heldagar)

Total kurstid: 5 heldagar

Plats för de 3 heldagarna:
Slottshotellet i Kalmar

Välkommen!

Vem kan söka?

ST-läkare i barnpsykiatri och vuxenpsykiatri i hela landet.

Hur söker man?

Gå in på Ipuls hemsida
www.ipuls.se
Tryck på METIS-ikonen
alternativt sök
”neuropsykiatri”

Dra ut anmälningsblanketten i slutet av kursbeskrivningen och fyll i

Se till att din arbetsgivare skriver på (viktigt för att du ska få lästid under distansdelen)

Skicka in!

Frågor?
Maila
raffaella.bjorck@ipuls.se

ABILIFY® (aripiprazol) ger resultat både i akut skede och på lång sikt

PATIENTENS LIV

ABILIFY® förbättrar patientens livskvalitet och föredras framför tidigare antipsykotisk behandling [9]

FYSISK HÄLSA

ABILIFY® innebär låg risk för viktuppgång, sedation, prolaktinhöjning och EPS [2,6-8]

EFFEKT

ABILIFY® kontrollerar effektivt psykotiska och maniska symtom – både akut och på lång sikt – med låg risk för översedation* [1-5]

Behandla idag för en väg framåt

ABILIFY® (aripiprazol)

* Vid behov av ytterligare sedering kan t.ex. en bensodiazepin ges som tillägg.[5]

Referenser: 1. Andrezina R, et al. Psychopharmacol 2006; 188(3): 281-92. 2. Chranowski WK, et al. Psychopharmacol 2006; 189: 259-66. 3. Zimbroff D, et al. J Clin Psychopharmacol 2007; 27(2): 171-76. 4. Sanchez, et al. Poster EXNP 2007. 5. Produktresumé Abilify. www.fass.se. 6. Potkin SG, et al. Arch Gen Psychiat 2003; 60: 681-90. 7. Kane JM, et al. J Clin Psychiat 2002; 63(9): 745-50. 8. Keck P, et al. Clin Psychiat 2006; 67: 625-37. 9. Kerwin R, et al. Eur Psychiat 2007; 22: 433-43. **ABILIFY®** (aripiprazol): Antipsykotikum för behandling av schizofreni samt för behandling av måttlig till svår manisk episod vid bipolär sjukdom och för profylaktisk behandling av återfall i nya maniska skov hos patienter med huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på ABILIFY®-behandling. **ABILIFY® injektionsvätska** för att snabbt få kontroll på agitation och stört beteende hos patienter med schizofreni eller patienter med maniska episoder vid bipolär sjukdom, när peroral behandling inte är lämplig. **Beredningsformer och styrkor:** Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. **Övrig information:** ABILIFY® är receptbelagt och förmånsberättigat. För fullständig information och pris se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé augusti 2008.

ABI.FEB.09

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

Otsuka Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Kalendarium

16-21 maj 2009
American Psychiatric Association 162nd annual meeting
San Francisco, USA
www.psych.org/Events/AnnualMeeting.aspx

21-24 maj 2009
2nd International Congress on ADHD – From Childhood to Adult Disease,
Wien, Österrike
www.adhd-congress.org

15-19 juni 2009
16th International Symposium for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychoses: Differentiation, Integration and Development
Köpenhamn, Danmark
www.isps2009.ics.dk

28 juni - 2 juli 2009
9th World Congress of Biological Psychiatry
Paris, Frankrike
www.wfsbp-congress.org

22-26 augusti 2009
Quality of Life in Child and Adolescent Mental Health International Conference sponsored by the European Society for Child and Adolescent Psychiatry
Budapest, Ungern
www.escap2009-budapest.com

12-16 september 2009
22nd ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology),
Istanbul, Turkiet
www.ecnp.eu/emc.asp?pageId=332

22-25 september 2009
29th Nordic Congress of Psychiatry, Stockholm
www.ncp2009.org

25-27 november 2009
Riksstämman, Stockholm
www.svls.se/riksstamman/811.cs

25-27 november 2009
SFBUP:s sektionsdag och föreningsmöte
Hålls i samband med Riksstämman, Stockholm

Psykiaterns roll i bröstcancerteamet
Ullakarin Nyberg, MD, konsultpsykiater & onkolog, Capio Bröstcancermottagning, Stockholm

Ullakarin Nyberg beskrev sitt arbete som konsultpsykiater inom somatisk verksamhet och betonade att det verkligen behövs psykiatrer där, och inte enbart kuratorer eller psykologer.

Depressioner är mycket vanliga vid cancer och är underdiagnosticerade idag. Att som psykiater då finnas med som en naturlig del i ett team, gör att patientens tröskel för att söka och ta emot hjälp sänks och många som annars kanske aldrig hade fått hjälp, kan därmed få behandling. Dessutom finns det många som haft psykiska sjukdomar sedan tidigare som de inte sökt hjälp för, men som här identifieras och kan behandlas, så att patientens livskvalitet höjs. Med tanke på den stora insats man kan göra för livskvaliteten och även för förlängd överlevnad i somatisk sjukdom, så menade Nyberg att vi i mycket större utsträckning än idag borde använda oss av konsultpsykiatri inom somatisk verksamhet.

ADHD-workshop
Olle Hollertz, Överläkare i psykiatri, Oskarshamns sjukhus

I en friare form fokuserades på diskussion kring utredning och behandling av ADHD hos vuxna. Utredning med omfattande neuropsykologiska tester tar idag stora resurser i anspråk och köerna till utredning är långa. De flesta av de närvarande ansåg att det i många fall inte är nödvändigt med dessa psykologtester, utan att diagnosen bör kunna ställas av läkare utifrån klinik, som vid andra psykiatriska sjukdomar, speciellt med tanke på att detta skulle kunna korta köerna. Å andra sidan invändes också att psykologutredningarna kan vara viktiga för differentialdiagnostik mot t.ex. utvecklingsstörning etc., då testerna även kan vara viktiga som grund för en rehabiliteringsplan.

Varnande röster höjdes vidare för att om pendeln slår över åt andra hållet och man börjar behandla ex juvantibus, så är risken stor att opinionen vänder sig mot användandet av centralstimulantia. På samma tema fördes också en debatt om hur hög maxdosen bör vara och när behandlingen övergår i substitution. På vissa håll i landet används till vissa patienter doser på flera hundra milligram, medan man på andra ställen aldrig överstiger 80 mg. Variationerna är stora både mellan olika regioner och mellan förskrivare, och åsikterna gick isär om vad som borde vara maxdos, även om de flesta som yttrade sig vid workshopen förespråkade en större restriktion än idag. Dessutom efterfrågades forskning kring de interindividuella skillnaderna i metabolism av dessa läkemedel, för att förhoppningsvis kunna få fram ett kontrollerbart terapeutiskt intervall.

Psykiatriska tillstånd & brott - Fem steg att förstå sambandet
Henrik Anckarsäter, professor, Rättspsykiatri, Göteborgs Universitet

Med anledning av att det just nu håller på att formeras ett tvärvetenskapligt syd-västsvenskt centrum för rättspsykiatrisk forskning i Göteborg, diskuterade prof. Henrik Anckarsäter under denna rubrik hur vi systematiskt kan försöka förklara brott ur ett psykiatriskt perspektiv och vad vi kan, respektive inte kan, svara på.

Prof. Anckarstäter betonade bl.a. att kärnan i rättspsykiatrin är att man inte skall *vilja* begå brott, men ändå inte kunna avhålla sig från det, p.g.a. psykiatrisk sjukdom. För att förstå sambandet mellan brott och psykiatriska tillstånd föreslog han fem konkreta steg:
Epistemologiska överväganden, där vi måste förstå vilken typ av kunskap som psykiatrin kan bidra med.
Definiera beroende variabler.
Definiera mellanmänskliga mentala skillnader, såsom beteendemönster (t.ex. hyperkinesi, irritabilitet och kompulsivitet) och mentala förmågor (t.ex. affektkontroll, realitetsprövning, inlärning etc.)
Definiera andra tänkbara mellanmänskliga skillnader som är potentiella orsaker till brottslighet, såsom gener, vilka faktiskt kan förklara ca 50 % av interindividuella skillnader i risken att begå brott, även om de enskilda generna förstås är okända.
Bli tydligare med vad vi vet respektive inte vet, eftersom vi inte kan förklara allt, och det troligen finns en fri vilja som gör sambanden suddigare.

Ett par saker som prof. Anckarsäter fokuserade särskilt på var empatibegreppet och kopplingen mellan kriminalitet och neuropsykiatriska störningar som ADHD och CD (uppförandestörning). Empati är ett centralt och ofta omdiskuterat begrepp vid grov kriminalitet och föreslogs av prof. Anckarsäter kunna ses som avhängigt antalet inblandade personer, något förenklat enligt formeln:

Empati = empatisk förmåga / √antal personer i gruppen

så att om ett grovt brott begåtts av en ensam gärningsman är det mycket hög sannolikhet att en psykisk störning förelegat, medan en armé i princip är kapabla att göra vilka grymheter som helst utan att vara sjuka. Vad gäller ADHD så vet man idag att över 50 % av alla våldsbrott begås av personer som i barndomen haft just ADHD och/eller uppförandestörning.
Därför är detta ett område där forskningen står för stora utmaningar i att närmare studera just sambanden mellan ADHD som barn och kriminalitet, personlighetsstörningar, missbruk och annan psykisk sjuklighet i vuxen ålder.

Evidens - innebörd & begränsningar
Lisa Ekselius, professor i psykiatri, Uppsala Akademiska sjukhus

Under denna rubrik beskrev prof. Lisa Ekselius arbetet inom SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) med att ta fram systematiska översikter och skillnaden på översiktsartiklar och dessa mer heltäckande, fristående och noggrant värderade genomgångar av de aktuella kunskapslägena inom olika medicinska områden.

SBU:s rapporter tar ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv på frågor om diagnos och behandling. Arbetet går till så, att man först bildar en projektgrupp av personer med bred kompetens inom området, därefter formulerar frågeställningar, skapar en granskningsmall, ställer upp inklusionskriterier etc., för att sedan kritiskt granska varje studie som passar in. Studierna graderas då ha högt, medel eller lågt bevisvärde och för att en behandling skall få evidensgrad 1 (starkt vetenskapligt underlag) krävs minst två studier med högt bevisvärde.

Det som kan invändas mot SBU-rapporternas höga evidenskrav är att metoder som är svårstuderade eller ännu undersökts i liten omfattning per automatik rankas lågt, men sammantaget anser prof. Ekselius att dessa systematiska översikter är mycket tillförlitliga och användbara, även om de i kliniken bör kompletteras med empati och klinisk erfarenhet.

Christian Öhrn,
Psykiatri-AT
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Foto: Carol Schultheis

Anna Ehnvall (Specialist i psykiatri, med dr, leg kognitiv terapeut) föreläste på kongressens första dag under rubriken **”Den suicidala processen och riskfaktorer”** och jag hade förmånen att lyssna på detta viktiga och intressanta tema.

Hon inledde med att tala om *skam*, den känsla som följer på avvisande och som innebär ett starkt pådrag i stress-systemet. Skammen inger det psykologiska budskapet: ”Det är mig det är fel på”, och självkänslan minskar och upplevelsen av att inte höra till ökar. Hon fortsatte med att tala om suicidalitet vilket uppkommer i upplevelsen att vara fångad. Problemet är en *låg problemlösningsförmåga* och motivationen blir att fly, komma bort.

Vid depression och efter suicidförsök finns en oförmåga att plocka fram positiva minnen och en tendens att ha ett övergeneraliserat minne. *Hopplöshetskänslan* leder till suicidalitet. Låg problemlösningsförmåga samt *känslan att vara avvisad eller oönskad* ökar hopplösheten.

I en studie ställde Anna Ehnvall och medarbetare frågan om upplevelsen att vara avvisad eller oönskad under uppväxten innebär en riskfaktor för suicidförsök vid depression. Resultatet visade en könsskillnad. Kvinnorna var mer ”blaming”, upplevde modern som mer avvisande än vad männen gjorde. Männen tenderade att ha en idealiserande upplevelse av modern. Detta skulle kunna härröra från en skillnad i uppfostran eller en skillnad i känslighet för negativa emotioner. Kvinnor sätter ord på negativa emotioner tidigare, varför man kan se att ”*det inre språket/dialogen*” har betydelse. Vi vet att en av riskfaktorerna för död i suicid är att vara man, medan att vara kvinna innebär en riskfaktor för suicidförsök. Det kan alltså vara så att kvinnor möter negativa livserfarenheter och emotioner samt sätter ord på suicidaliteten tidigare, när ambivalensen inför döden fortfarande är stor och de använder därför mindre dödliga metoder. Män som är mer avfärdande i förhållande till negativa emotioner, blir medvetna om hopplöshetskänslan senare i suicidala processen och suicidförsöket kommer senare då ambivalensen är mindre. De använder då mer letala metoder och det resulterar i en högre risk att dö av suicidförsöket.

I föredraget togs som exempel på ambivalensen i det sista ögonblicket från filmen ”Sylvia” vilken handlar om författaren Sylvia Plath, som dör i suicid och hittas med anteckningen ”Please call a doctor”.

Upplevelsen av att vara oönskad/avvisad utgör en riskfaktor både för depressionslängd och suicidförsök. Denna kunskap visar bland annat, som jag uppfattar det, på behovet att hjälpa våra patienter att minska känslan av att vara avvisad.

Anna Maria Nilsson
ST-läkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Blev du intresserad av att läsa mer?
Då rekommenderas ”Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females – but not for male”, Ehnvall A, Parker G, Gadzi-Pavlovic D, Malhi G. Acta Psychiatrica Scandinavica 2008:117:50-56.

I blåsväder

Psykiatrin är i blåsväder. Under de senaste åren har ekonomiska och vårdpolitiska krav ändrats vid flera tillfällen på ett sätt som medfört stor osäkerhet för vårdarbetet och vårdkvaliteten. Tjänstemän inom Stockholms län har formulerat olika kvalitetsmått och kvalitetsvariabler som alla måste uppfyllas för att de psykiatriska sektorerna skall tilldelas de medel som de budgeterats. Det kunde möjligen vara ett rimligt sätt att styra verksamheten men för att styrningen skall fungera måste då de olika måtten och variablerna vara desamma från år till år. Så har inte varit fallet. De som beslutar om vilka detaljer som skall styra vårdarbetets ekonomi har dessutom varken kunskap om dessa instrument eller förmåga att överblicka konsekvenserna av besluten.

I fel händer

För några år sedan hade tjänstemän förstått att en psykiatrisk funktionsskattning – GAF – kunde användas för att värdera effekten av behandling. GAF är en funktionsskattningsskala från 1-100 där ett lågt värde indikerar dålig psykisk funktion. Inom det psykiatriska arbetet är skalan ett värdefullt redskap för bedömning av patientens vårdbehov och för att följa sjukdomsförlopp och behandlingsresultat. Beställaren bestämde sig för att användandet av GAF skulle vara ett kvalitetsmått på vården och att alla patienter som kom till vården skulle skattas med denna skala. Om för få skattningar gjordes skulle en viss del av budgeten frysas. Bruket av GAF som ett redskap för att följa vårdförlopp är rimligt, att se användandet av skalan som ett tecken på gott eller produktivt vårdarbete är inte rimligt. Det här är ett exempel på hur ett psykiatriskt skattningsinstrument i vårdadministratörers händer får en annan innebörd än den avsedda.

Ett annat kvalitetsmått som man beslutat skall styra tilldelningen av pengar är hur god telefontillgängligheten är. Om telefontillgängligheten, mätt som andelen samtal som besvaras inom fyra ringsignaler, är för låg, kommer också då en del av budgeten frysa inne. Poängen med det är att ingen skall behöva vänta på att få hjälp för psykiska besvär. Konsekvensen av en mycket god telefontillgänglighet blir däremot också att psykiatriska mottagningar med nödvändighet måste lägga så mycket tid på att svara i telefon och arbeta med akuta frågor, att uppföljningen och den planerade verksamheten ibland blir lidande. Den tid det tar att bemanna jourtelefoner och planera för bedömningsbesök för dem som söker kommer konkurrera med möjligheten till uppföljning för de patienter som besöker psykiatrin och för dem som söker hjälp. OM man svarar i telefon mindre snabbt än vad som krävs så kommer budgeten minska vilket på sikt leder till att personalmängden måste minska, med färre medarbetare som följd. Färre personer som då skall göra samma arbete.

Genom åren har flera olika liknande parametrar av beslutsfattare inom landstingets beställarorganisation vid olika tillfällen satts som norm för kvalitet och produktion. Från år till år har då vårdarbetarna haft växlande direktiv och riktlinjer att rätta sig efter. Växlingen i sig har gjort att arbetsordningen på psykiatriska mottagningar med nödvändighet från ett budgetår till nästa blivit tvungen att styras om för att verksamhetens ekonomi skall gå ihop. Betoningen har legat på den ekonomiska styrningen, kanske i tron att det skulle leda till en bra, eller till och med, bättre vårdkvalitet för patienterna. Det är troligt att de snabba kasten hos beställaren snarare bidrar till att göra arbetsomständigheterna så osäkra att det måste ha konsekvenser för patienten.

Patienten tillgodo?

Som medicinskt ansvarig överläkare för Södermalms psykiatriska jour- och öppenvårdsmottagning, med specialistvård för ångest och depression, har jag under de senaste två och ett halvt åren fått driva arbetet i enlighet med föränderliga riktlinjer. Varje gång ett nytt direktiv kommit har jag behövt uppmana medarbetarna på mottagningen att ändra eller lägga till ett arbetsmoment för att uppfylla beställarens krav. Eftersom kraven i sig handlat om olika saker som **var och en för** sig varit rimliga så har jag, ibland med viss tvekan, kunnat driva kraven med tron att det skulle komma patienten tillgodo i form av en säkrare och tydligare vård. Vissa moment har ifrågasatts av medarbetarna just för att det tar så lång tid att utföra arbetsuppgifter som är administrativa. Det administrativa jobbet har tagit tid från patientarbetet samtidigt som kraven på en effektivisering också kommit. Effektivisering betyder högre produktion, det vill säga fler patientbesök per tidsenhet.

Privatiseringens konsekvens

Under innevarande mandatperiod har beslut också fattats om att delar av psykiatrin i Stockholms län skall privatiseras. Privatiseringen har genomförts genom anbudsförfaranden och den producent som lagt det, enligt beställaren, bästa budet har fått upphandlingen av ett sjukvårdsområde. Stockholms sydöstra psykiatri har nu blivit upphandlad av Carema Hjärnhälsan som kommer ansvara för öppenvården i Nacka, Haninge, Värmdö och Tyresö. I Caremas avtal med beställaren ingår att man där skall bedriva psykiatrisk öppenvård med en produktionsvolym som kraftigt överstiger den som är normen för tillfället. I avtalet sägs också att en viss, specificerad, andel av alla öppenvårdsbesök skall vara läkarbesök, samtidigt som Carema också avtalat bort ansvaret för utbildningen av nya psykiatrer. Det betyder att Carema Hjärnhälsan inte kommer ha ST-läkare som kräver handledning (vilket är produktionsminskande eftersom det tar tid från patientbesök) och dessutom lovar att en stor del av besöken på deras mottagningar skall gå till specialister i psykiatri. I den övriga psykiatriska vården ingår handledning och undervisning som ett naturligt inslag i verksamheten, ett inslag som är en mycket viktig förutsättning för att garantera bra psykiatrer för framtiden. Eftersom endast direkt patientarbete, i beställarens ögon, är produktivt och meningsfullt, har Carema genom detta avtal kommit att visa att de kan ”producera” mer vård än den offentliga sjukvård som man konkurrerar med. Dessutom har man erbjudit ett lägre pris för denna vård, ett pris som nu är

normgivande vid avtalsförhandlingar med övriga vårdgivare. Det verkar också som att Caremas vårdvolym kommer ”normera” arbetet på de offentliga mottagningarna.

Det blir svårt att fortsätta behålla tron på att förändringarna fortfarande kommer kunna motiveras utan att man schackrar med vårdetiska principer. Det går inte att se att arbetet kan fortsätta ha samma höga kvalitet som det hittills haft. Istället kommer det handla om att ”bedriva vård” för ett fåtal och att ”handlägga” de flesta ärenden som passerar mottagningen. Personalens upplevelse av mening i sitt arbete kommer minska, stressen öka och patienterna kommer till sist att bli lidande om tjänstemännens detaljstyrning och politikernas vårdideologiska svängningar fortsätter att driva vården runt runt.

Fabriksarbete?

En sista problematisk punkt som kanske är den viktigaste, måste också tas upp. Det handlar om hur vi nu tvingas tänka på vården i produktionstermer, som om det var varor vi tillverkade i en fabrik och inte sjukvård som bedrevs. I *alla* sjukvårdssammanhang utförs handlingar mellan en person som ber om hjälp och en person eller en organisation som har kunskaper om hur hjälpen kan se ut. Sjukvård är och kommer förbli en verksamhet som inte bara sker rent tekniskt och inte heller i full jämlikhet. Sjukvårdsarbete är arbete som dels sker i relationen mellan patienten och vårdaren och samtidigt sker mellan en behövande och en som ger. Det är inte som en produktionshandling vilken som helst.

För personalen är varje möte med en patient en personlig ”investering” där intresset och engagemanget krävs. Om man får kravet på sig att ha väldigt många besök på en given tidsrymd finns en stor risk att förmågan att också lägga till det extra som engagemanget bidrar med, försvinner. Därigenom förlorar patienten en del av den kontakt som också behövs för att få bot eller lindring för sitt lidande.

Mot bakgrund av allt detta ser jag inte hur det skall gå att fortsätta ledningsarbetet på en psykiatrisk mottagning. Jag har därför sagt upp mig, jag kan inte korrumpera mig mer. Om vårdpolitiken fortsätter bedrivas med industrin som modell, kommer psykiatriska besök tvingas bli allt kortare för att budgeten skall hållas. Utbildningen av nya medarbetare kommer bli allt ytligare, patienterna kommer på sikt få en sämre vård. Det gäller framför allt de personer som inte har ett helt väldefinierat lidande och där de evidensbaserade metoderna inte har önskad effekt.

Det jag skulle önska är att vi får en psykiatri vars styrning baserar sig på innehållet i samtal som måste föras mellan alla de som har intresse av en väl fungerande psykiatrisk vård. Till dessa hör såväl psykiatrer och annan vårdpersonal, representanter för brukare och anhöriga och naturligtvis politiker och samhällsaktörer i stort. Som det nu är, har administrativa krav fått alltför stor plats och genom denna obalans hindras allt gott samarbete och mycket bra vårdarbete. Detta leder troligen till sämre resultat än önskat.

Ett annat sätt att se på saken är då att de pengar som investerats i vården inte kommer samhället tillgodo. Mot denna bakgrund går det då inte att fortsätta vara i ledningen för en psykiatrisk mottagning.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker,
Stockholm

Foto: Carol Schultheis

A

SVERIGE

PORTO BETALT
PORT PAYÉ

Preliminärt
SÖDRA TEATERN

Stockholm

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN
GRUNDAD 1905

Svenska Psykiatrikongressen 2010

www.svenskpsykiatri.se

17-19 mars