

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2011

Tema: Det psykiatriska forskandet och den forskande psykiatrin

Evidensbegreppet
under luppen

Varför forska?

Forskning och sanning



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
- 3** Redaktionsruta
- 4** SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 5** SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
- 7** SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel*
- 31** Kommande temanummer
- 15** Kalendarium
- 83** 10 frågor till.....
Möt Lars Joelsson, ny ordf. SFBUP
- 29** Tigers krönika. *Mikael Tiger*

Kommande möten:

- 45** Riksstämmoprogrammet

Aktuell information:

- 95** Cullbergstipendiet
- 17** Vårdintygsprovning på somatiken
Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 38** Hälsofrämjande sjukhus
Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 39** Ny ST: Från gycklare till medvetet proffs.
Raffaella Björck
- 18** Kliniska riktlinjer - psykiatrisk tvångsvård
Tuula Wallsten
- 75** Ny satsning på barn och ungas psykiska hälsa.
Ing-Marie Wieselgren

Debatt och diskussion:

- 73** I studens allvar. *Anders Almingefeldt*
- 91** Finns fri vilja? *Tord Bergmark*
- 32** Psykiatri - ett sjunkande skepp?
Kaisa Blank Nordmark
- 85** Vart är BUP på väg? Del 2. *Jan Pilotti*
- 26** Bra men det behövs mer.
Ing-Marie Wieselgren

Från Föreningen för konsultationspsykiatri

- 64** Att vara psykiater på smärtklinik.
Pia Östryd

Tema:

- 59** Varför forskar du, lilla vän?
Hanna Edberg
- 30** En patient som förändrade mitt liv.
Lars Farde
- 14** Klinik och systematik. *Daniel Frydman*
- 44** Formas psykoterapeutens identitet av den utbildning har gått i? *Daniel Frydman*
- 24** Medikaliseringen av själslivet.
Daniel Frydman
- 78** Hur används nya läkemedel vid en psykiatrisk klinik? *Nils-Olof Jacobsson*
- 81** Forskning om komplementära behandlingsmetoder.
Nils-Olof Jacobsson
- 53** Forskarskolor i psykiatri. *Jussi Jokinen, Hans Ågren*
- 60** Det tveksamma bruket av evidens inom psykiatri. *Jurgen Reeder*
- 35** Kan psykiatri vara evidensbaserad?
Sten Thelander
- 35** Vetenskaplig evidens och psykoterapi.
Alexander Wilczek
- 41** Forskning inom barn- och ungdoms-psykiatri.
Björn Wrangsjö
- 22** Forskning och sanning. *Björn Wrangsjö*
- 12** Tankar om forskning och svek.
Björn Wrangsjö
- 8** Om evidensbegreppet och den randomiserade kliniska prövningen i psykiatri.
Marie Åsberg

Psykiatrins historia

- 64** En resa genom den svenska psykiatrins historia, del 4. *Karin Enzell*

Rapporter från möten och resor

- 79** Om svensk psykiatri i Toms. *Jerker Hanson*
- 13** Rapport från ESCAP i Helsingfors 2011.
Lars Joelsson
- 56** Var går gränsen? *Hans-Peter Mofors*
- 66** Ett potpurri från en heldag om framtidens läkarutbildning.
Elina Sarasalo
- 87** Hur gör man? Bra psykiatri i svåra förhållanden. *Anna Svensson*

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska
Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg

(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman

(ps-frydman@bahnhof.se)

Gloria Osorio

(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel

(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg

stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis

carol.schultheis@bornet.net

(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock.com

Design, Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Om det nu är nödvändigt med all denna forskning...

... ja, ungefär så sa hon, den berömda TV-journalisten som rapporterade från en Nobelfest. Litet förvånad blev man ju. Men nog är det ett intressant tankeexperiment – hur hade psykiatri idag tett sig utan "all denna forskning"? Överfulla avdelningar på mentalsjukhus där människor fick tillbringa hela sina liv, utan hopp om bot eller lindring?

Vårt forskningstema tycks dock ha mötts med entusiasm, sällan har vi haft så många tema-artiklar! Det avspeglas bl.a. i att vi än en gång slår rekord i sidantal.

Ett antal komplikationer har gjort att ni får detta nummer litet senare än det var tänkt. Vi ber om ursäkt och hoppas det går bättre nästa gång. Och att ni gläds åt innehållsförteckningen som vi strävar efter att förbättra. Med alla dessa sidor så behövs den verkligen!

Förbjudna känslor

Det är temat för nästa nummer. Förbjudna, otillåtna, mindre lämpliga.

Vi kan inte relatera till andra människor utan att känslor väcks. Inte bara i vårt privatliv utan även i yrkeslivet kommer dessa känslor att styra våra beslut, utan att vi ens märker det.

Ibland händer det att någon – patient eller medarbetare – väcker starkare känslor. Kärlek, lust, irritation, avsky, förakt. Hur hanterar vi det? Och vad händer när vi går över gränsen till det otillåtna?

Säkert finns det många andra infallsvinklar på detta tema.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Ömsom vatten, ömsom vin...

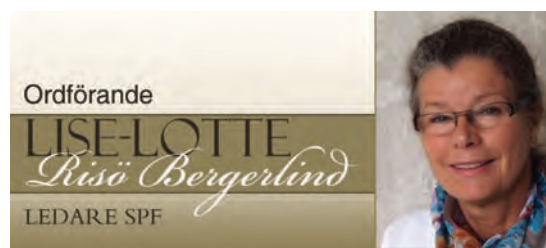
Visst är livet oftast så. Ingen människa har bara medgångar. Allt som händer kan vi inte styra över men vi kan välja hur vi skall hantera det som sker. Kanske kan vi lära något av det för framtiden, kanske det som initialt känns som en motgång kan vändas till en möjlighet? Så vill jag gärna tro. Några exempel nedan:

Samtidigt som vi i styrelsen efter sommaren hade vårt första tvådagarsmöte publicerades en artikel från Kungliga Vetenskapsakademien, KVA. Den innehöll något som vi blev mycket glada över - en tydlig uppmaning till regeringen att satsa mer på psykiatrisk forskning. Men också kritik vilket gjort att SPF:s professorsnätverk haft mycket kontakt med varandra.

Man reagerade med all rätt över att KVA:s psykiatrigrupp inte innehåller någon psykiater. Vissa reagerade på att den forskning KVA önskade se fr.a. var av grundforskningskaraktär och med liten direkt klinisk impact. Man reagerade också över vissa av förslagen på hur tillkommande forskningsmedel borde användas. Under denna tid har jag haft telefonkontakt med ordföranden i KVA:s psykiatrigrupp och det goda som kan komma ur detta, förutom en satsning på psykiatrisk forskning, är att vi hoppas kunna knyta en närmare kontakt mellan SPF och KVA:s psykiatrigrupp. Ytterligare något gott tror jag också kommer ur professorernas alla mail och kloka tankar, något som handlar om att berätta om den forskning som pågår. Erik Gustaf Beijer sa "Vad stort sker, det sker tyst". Den devisen håller inte idag, tyvärr. Vi måste i alla sammanhang lyfta fram allt det goda som sker inom psykiatrins olika grenar och delar, samtidigt som vi ödmjukt ser våra egna brister och målinriktat arbetar för att åtgärda dem. Med resurser som ökat motsvarande somatikens hade vi kunnat göra mycket mer.

Psykiatrins andel av hälso- och sjukvårdens resurser sjönk mellan 1930-talet och 1990-talet från 30 % till 11 %. Därefter har psykiatri varit ett politiskt prioriterat område inom hälso- och sjukvården. Vi sitter nu med facit på de satsningarna: ytterligare minskade resurser procentuellt sett, trots ökade särskilda statliga satsningar. Skamligt! Men det fritar oss aldrig från ansvaret att använda varenda skattekrona på bästa möjliga sätt.

Något som bara är positivt är vår satsning på Riksstämman. Vår riksstämmosekreterare har jobbat hårt och fått ihop ett mycket bra och spännande program som Du hittar på annan plats i tidningen. Men det kommer att byggas på ytterligare så håll utkik på hemsidan, där hittar Du det uppdaterade programmet. Dessutom har vi en monter ihop med SFBUP, Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Psykiatriska kvalitetsregister och ev. något mer.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Maria Starrsjö

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfeldt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors

(gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Där kan Du prata med personer i resp. styrelse, tävla och vinna priser, diskutera psykiatri (finns det något bättre?) och träffa kollegor. Jag ser fram emot att träffa Dig där!

Till dess hoppas jag på en fin höst med mycket sol, hög och klar luft och vackra färger.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI'S STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Åsa Borg (asa.borg@sll.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Hakan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Christian Lindberg (christian.lindberg@lio.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

BUP:s utmaningar

Sommaren är över och ett nytt arbetsår väntar. Jag är nyvald ordförande i SFBUP och Lisa Palmersjö ny vice ordförande. Två nya ledamöter, Håkan Jarbin och Shiler Hussami, blev invalda vid det extra årsmötet och jag vill hälsa dem speciellt välkomna till styrelsen. Jag vill tacka Gerd Mucchiano för hennes arbete som ordförande och önska lycka till med hennes arbete i vårt grannland Danmark. Jag känner en stor ära över att bli vald till ordförande i föreningen.

Föreningen arbetar för att läkarna inom barn- och ungdomspsykiatrien skall ha en bra arbetssituation

Den stora utmaningen är att vi måste bli fler, vi måste kunna rekrytera unga läkare, erbjuda dem en bra utbildning, bra lön och få dem att trivas med sitt arbete.

Utvecklingen inom barnpsykiatrien de senare åren har, enligt min mening, gått åt rätt håll. Vi är nu mer inriktade på att komma fram till en diagnos som utgångspunkt för behandling samt behandla med evidensbaserade metoder. Vi behandlar nu också mer med effektiva mediciner. Detta ställer större krav på oss läkare att medverka mer i utredning och behandling av patienterna. Detta tror jag är en positiv faktor för rekrytering under förutsättning att det inte blir för stor belastning för varje läkare och att läkarna får befogenheter som rimmar med ansvaret. Ansvaret och befogenheten måste vara tydligt utsagd och känd i verksamheten.

Vid ett HSAN-ärendet nyligen anmälde mamman till en flicka som tog sitt liv, att dottern inte fått träffa en läkare. Verksamhetschefen försvarar sig med att ärendet dragits på en behandlingskonferens där läkare medverkat.

När jag läste detta funderade jag på om denna läkare visste om att han eller hon var ansvarig för behandlingen och om det var självklart för teamet att det var läkaren som ledde och ansvarade för behandlingskonferensen.

Trots bristen på specialister finns det ändå grund för att vara optimistisk då antalet ST-läkare har ökat sista åren. Vi fick mer ansökningar än någon gång tidigare när vi nu annonserade och jag har förstått att det är samma trend på flera ställen i Sverige.

Föreningen deltar i utvecklingen och försöker påverka så vi får en god vård för barn och unga med psykiska besvär

För inte så länge sedan ansågs det vara god vård när man inte hade köer till hjärt-, starr- och höftoperationer. Psykiatri nämndes inte. Idag är det lite annorlunda. Psykiatri har lyft fram som en viktig indikator på god vård och BUP har den strängaste vårdgarantin, av den specialiserade vården. Det måste betyda att vi är den viktigaste verksamheten. Det är glädjande men ställer också stora krav på beslutande myndigheter att ge mer stadigvarande resurser, och på BUP att utveckla bra och effektiva utrednings- och behandlingsmetoder.

Det är viktigt att vi tidigt kan fånga upp barn och ungdomar som mår dåligt och ge dem den bästa möjliga behandlingen. För att klara detta behöver vi ha en bra första linje som det är lätt att söka till och som snabbt kan ta emot för bedömning. Inom första linjen bör det finnas specialister, kanske som konsulter, som kan hjälpa till att prioritera så att de med de svåraste tillstånden får snabb och rätt behandling. Vi måste minimera "vänta och se". Vissa tillstånd kräver snabba och resoluta och specialiserade behandlingsinsatser.

I dag diskuterar vi mycket hur vi skall organisera de olika vårdnivåerna med skolhälsan, primärvården, socialtjänsten samt BUP. Det blir lätt att det går åt mycket kraft till att se till de olika verksamheternas behov. En utmaning blir att sätta barnet och den unge i centrum och organisera efter deras behov. Ett bra exempel tycker jag är barnhusen där alla samlas runt barnet och där behandlarna kommer till barnet i stället för att barnet kommer till behandlarna. Liknade upplevelse har jag av asylsökande flyktingar där vi organiserade nätverk som samlades kring den asylsökande familjen och där det var lätt att se vad var och en kunde bidra med.

Vi måste också kunna erbjuda alternativ till långvariga vårdtider på slutenvården och behandlingshem. Här tror jag det är viktigt att också samla nätverken och arbeta mobilt och vara tillgängliga alla tider på dygnet.

Föreningen arbetar för att sprida kunskap och arrangera forum där vi som arbetar inom BUP kan träffas

Ett viktigt sådant forum är Svenska BUP-kongressen (tidigare vårmötet). De sista åren har den varit välbesökt och uppskattad. I år var den i Örebro och nästa vår kommer BUP Stockholm att arrangera kongressen. De kommer då att presentera sina riktlinjer. Läkarstämman är också ett forum där forskning inom BUP presenteras. Varje år deltar vi i Svenska Psykiatriska Föreningens kongress. Nästa år blir det i Göteborg och jag hoppas att fler från BUP hittar dit.

Jag hoppas vi ses på Läkarstämman och på Svenska BUP-kongressen i Stockholm!

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



METIS projektet söker 2 ST-läkare

**För projektanställning 50%
Anställningstid: 6 månader
Tillträde: enligt överenskommelse**

Upplysningar ges av Raffaella Björck, projektledare
(raffaella.bjorck@ipuls.se) tel 076-7693742
eller av
projektsekreterare Annika Sander Björk
(annika.sander-bjork@ipuls.se) tel 08-7903563 eller
076-7693740.
Hemsida: www.metisprojektet.se



IPULS

INSTITUTET FÖR
PROFESSIONELL UTVECK
AV LÄKARE I SVERIGE

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
20 november**

Stora frågor



Jag invigde det nya läsåret med det som kommer att bli en ny vana för mig, jag gick på Nordiska Rättspsykiatriska Symposiet som i år var på Lidingö. Detta var första gången jag umgicks enbart med våra nordiska grannar och det var mycket trevligt och lärorikt både på det personliga och professionella planet. Jag tar med mig två bilder från kongressen.

Den första är när hedersgästen tillika riskbedömningslegenden visade upp bilder från gymnastiksalen på det överbelagda San Quentin-fängelset i Kalifornien, fylld till bredden av sängar i tre våningar. Ingenstans fanns det mer än en meter mellan de intagna. Jag tänkte att det var skönt att saker i alla fall är helt annorlunda här i Skandinavien.

Den andra bilden var från det norska justitiedepartementet och föreställde det bråte som var allt som återstod av kontoret som tillhört talaren, en chef i kriminalvården. Är saker så annorlunda här i Skandinavien? Som medmänniska, invandrare, förälder vågar jag knappt tänka på den fruktansvärda tragedi som skett i Norge 22 juni, än mindre känna efter. Men det är som rättspsykiater jag vågar bemöta detta, skulle till och med säga att det är mitt kall, och ibland får jag en helt klar påminnelse om varför.

Med darr på rösten fortsatte den norske talaren att berätta att fängelseintagna samlat in pengar och köpt blommor till departementet eftersom "det var ju deras departement som hade förstörts". Jag, och jag tror flera andra av mina nordiska kollegor, känner sig stärkta i sina uppdrag som rättspsykiater inför det kommande läsåret.

I SRPF har vi stora frågor som skall bemötas t.ex. skall vi sätta oss in i och ta ställning till Psykiatrilagsutredningens förslag och planerar ett öppet styrelsemöte i februari där våra medlemmar kan vara med och ge oss sina tankar, vi fortsätter att utforma ST-utbildningen i Rättspsykiatri och planerar program för rättspsykiatriskt kongressdeltagande.

Låt arbetet sätta igång!

Kristina Sygel
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Internationell sekreterare: Per Lindqvist

(per.lindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner

Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson

Ledamot: Klas Attrell

Ledamot: Harald Nilsson

Ledamot: Per-Axel Karlsson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)



Om evidensbegreppet och den randomiserade kliniska prövningen i psykiatri

"Evidens" och "evidensbaserad" har blivit allt populärare begrepp sedan 1900-talets slut. Som synes av figuren ökar antalet citeringar i litteraturbasen Psycinfo dramatiskt från sekelskiftet och framöver. Därför ägnades en hel dag under den idéhistoriska kursen i den nationella psykiatriska forskarskolan 2010 åt att belysa greppet evidens från olika synpunkter. I detta nummer av Svensk Psykiatri sammanfattas tre av de föreläsningar som hölls under seminariet, nämligen Jurgen Reeders kritiska betraktelse över evidensbegreppets applicerbarhet i psykiatri, Alexander Wilczeks diskussion om evidens inom psykoterapiforskningen, och min egen introduktion till evidensbegreppet och den randomiserade kliniska prövningens idéhistoria.

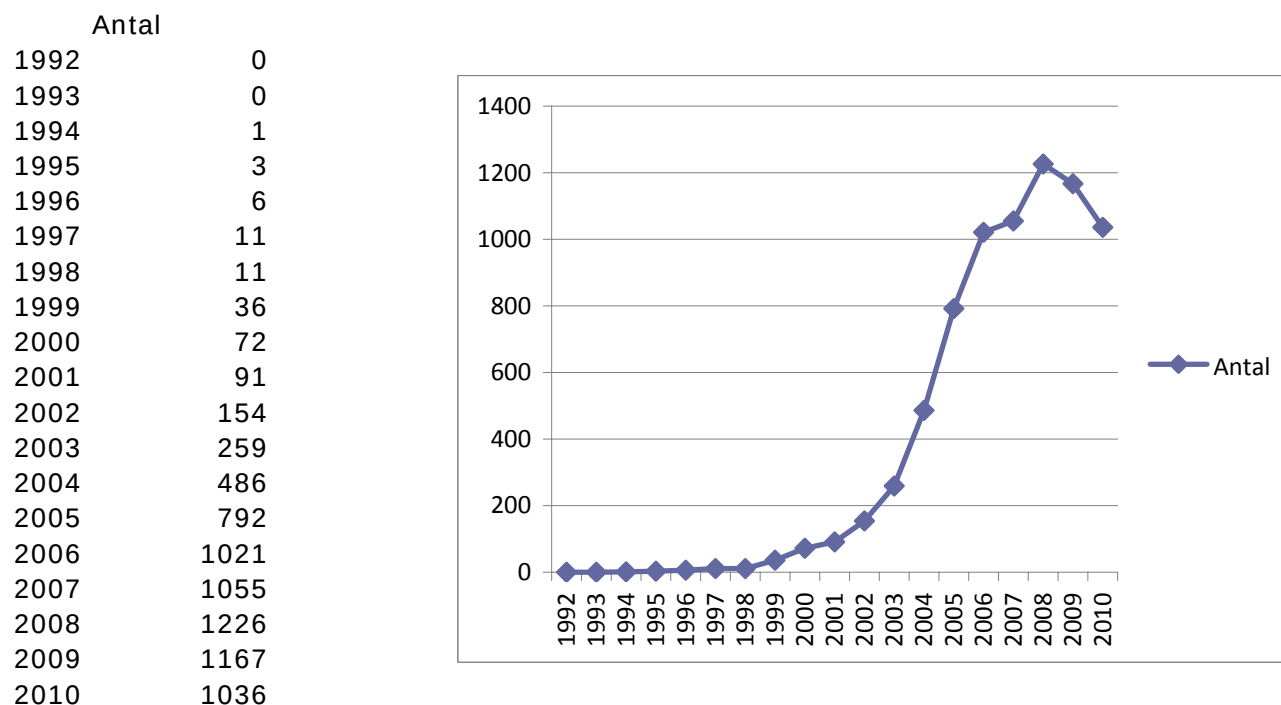


Fig. 1. Antal träffar i litteraturlökbasen Psycinfo på sökbegreppet "evidence based practice". Psycinfo förtecknar forskningsarbeten av psykiatriskt och psykologiskt intresse.

Begreppet evidens och evidensbaserad medicin

Vad innebär då begreppet evidens? I Svenska Akademiens ordbok (från 1922) ges betydelseerna "klarhet, tydlighet, påtaglighet, uppenbar visshet", med exemplet "En egentlig kunskapsprincip måste hafva egenskapen att omedelbart, utan allt bevis, inses vara sann; denna egenskap kallas evidens". Tydligt har det hänt en del med begreppet sedan 1882, då exemplet skrevs. Idag används ordet snarast i betydelsen att ha skäl eller stöd för en uppfattning, och i det medicinska sammanhanget har detta kommit att innebära ett vetenskapligt stöd.

Möjligheten att systematiskt använda sig av evidensbaserad i den kliniska medicinen började diskuteras mer allmänt i början av 1990-talet, och 1996 definierade Sackett och medarbetare (1) "evidence based medicine" som "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions

about the care of individual patients". Hur en evidensbaserad psykiatri skulle kunna se ut har bl.a. diskuterats av Geddes och Harrison 1997 (2). Dessa författare citerar en allmänt använd gradering av evidensstyrka i nedanstående tabell:

- Ia. Evidence from a meta-analysis of RCTs
- Ib. Evidence from at least one RCT
- Ia. Evidence from at least one controlled study without randomisation
- Iib. Evidence from at least one other type of quasi-experimental study
- III. Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
- IV. Evidence from expert committee reports, or opinions and/or clinical experience of respected authorities.

Klinisk erfarenhet versus kontrollerade studier

Som framgår av tabellen lägger graderingen en mycket stor vikt vid kontrollerade studier, framför allt randomiserade sådana, medan den egna kliniska erfarenheten sätts på undantag. Detta synsätt är inte oproblematiskt, framför allt inte när bedömning av evidensstyrka läggs till grund för om en behandling skall finansieras av offentliga medel eller ej. I Sverige har vi som bekant för närvarande en modell där SBU står för gradering av evidensstyrka, Socialstyrelsen utfärdar behandlingrekommendationer, väsentligen på basen av SBU:s arbete, och landstingen förväntas finansiera en vård i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer.

Varför godkänner man då inte den "kliniska erfarenheten" som grund för behandlingsvalet? Det hänger förstås ihop med att de gynnsamma eller ogynnsamma reaktioner på behandling som de egna patienterna har uppvisat, kan bero på så mycket annat än den behandling man givit dem. Grovt räknat finns det tre väsentliga faktorer utöver själva behandlingen som kan betinga en iakttagen förändring i ett sjukdomsförlopp, nämligen (1) sjukdomens naturliga förlopp, (2) förväntningseffekter på behandlingen och (3) ett önsketänkande från patient eller behandlare i registrering av behandlingseffekt.

Sjukdomars naturliga förlopp kan misstolkas som behandlingseffekt

Sjukdomens naturalförlopp är en betydelsefull orsak till att en behandling förefaller ha en bättre effekt än den i verkligheten har. Om en sjukdom t.ex. har en stark tendens till spontan remission inom kort tid, kan ju vilket läkemedel som helst te sig som effektivt om behandlingseffekten inte jämförs med naturalförloppet (eller med någon annan behandling). Psykiska sjukdomar har i likhet med många långvariga somatiska sjukdomar ofta ett varierande förlopp - ibland mår man dåligt, däremellan litet bättre, och ibland närmar sig tillståndet det outhärdliga. Medicinsk hjälp söker man vanligen när smärtan, eller oron, eller obehagen i övrigt överstiger ens toleransnivå. Om sjukdomsförloppet till sin natur är varierande, medför det att chansen till en spontan förbättring är stor alldeles efter det man sökt hjälp (en variant av begreppet "regression mot medelvärde"). Det fenomenet har säkert bidragit till att läkaryrket varit en aktad profession i årtusenden, trots frånvaron av fysiologiskt sett verksamma behandlingar.

Medicinshistorien innehåller många exempel där naturalförloppet medför att behandlingar ter sig mer effektiva än de är, och i värsta fall att även skadliga eller farliga behandlingar kan förefalla ha gynnsamma effekter. Ett av de mest dramatiska exemplen är åderlåtningen, som under mer än ett årtusende var en rekommenderad och allmänt praktiserad behandling vid olika sjukdomar. Så sent som 1849 visade medicinprofessorn Joseph Dietl i en av medicinshistoriens första kontrollerade studier att efter åderlåtning vid lunginflammation dog 20 procent av patienterna, medan endast 7 procent dog om man underlät att behandla.

Man kan ju fråga sig hur det kom sig att äldre tiders läkare inte observerade denna ökade dödlighet, utan fortsatte att ge en livsfarlig behandling. Troligen var förklaringen densamma som gör att många ineffektiva behandlingar håller sig kvar även idag - man ser sina lyckade fall, inte sina misslyckade. De åderlåtande doktorerna såg ju att 80 procent av patienterna faktiskt överlevde, och ganska sannolikt tillskrev de sig själva äran av att ha räddat dem. Det är mycket svårt att inse att en behandling är ineffektiv eller farlig utan att ha en pålitlig kunskap om det förväntade förloppet. Extra svårt blir det om behandlingen är allmänt accepterad eller rekommenderad, och om det finns en teori som förklarar effekten. I åderlåtningens fall fanns ju den gamla humoralpatologin, som postulerade att sjukdomar uppstod när balansen mellan kroppsvätskorna var störd. Åderlåtning, liksom behandling med kräkmedel som Dietl också prövade, kunde uppfattas som ett sätt att försöka återställa den balansen.

Den mest kända kontrollerade studien före Dietl är troligen James Linds jämförelse från 1753 av effekten av citrusfrukter, vinäger, och några andra typer av kosttillskott för att förebygga skörbjugg i brittiska flottan. Skörbjuggens orsak i brist på vitamin C var förstås inte känd, och varken Lind eller hans kolleger tycks ha dragit några mer vittgående slutsatser av fyndet att citroner och apelsiner kunde förebygga sjukdomen, eftersom det tog nästan 50 år till dess flottan införde citrusfrukter i sjömanskosten.

"The powerful placebo"

Kunskapen om effekten av förväntningar på behandlingen är kanske ännu äldre än insikten om det naturliga förloppets betydelse. Så här beskriver Montaigne på 1500-talet det som då ännu inte fått namnet placeboeffekt, *"En livlig fantasi kan framkalla det man fantiserar om, säger de lärde. Jag är en av dem som påverkas mycket starkt av fantasin. Envar känner dess inverkan, men somliga överväldigas av den. Varför inleder läkaren behandlingen med att använda patientens lättrogenhet genom falska löften om bot, om inte för att påkalla hjälp av fantasin för sina bedrägliga hopkok? Han vet att det finns människor för vilka blotta åsynen av en medicin är verksam"*.

Den svenske läkaren och sedermera gynekologiprofessorn Pehr Gustaf Cederschiöld var också tidigt inne på tanken att läkemedelseffekter kunde ha psykologiska, snarare än farmakologiska orsaker. Så här skriver han i sin *Journal for Animal Magnetism*, som gavs ut under åren 1815-1821: *"... stundom vinna målet genom medel, hwilka tyckas i sig sjelfva vara helt och hållet kraftlösa; har det syntts mig möjligt att påföljden kunde ... härröra ej från det använda medlet, utan blott från Själens egen verksamhet..."*.

Denna "Själens egen verksamhet" kom så småningom att få namnet placeboeffekten.

Det kan diskuteras om placeboeffekterna verkligen är så imponerande som den definition som Ernst och Resch kommenterar i en mycket läsvärd artikel i *British Medical Journal* 1995 (3),

"The most effective medication known to science, subjected to more clinical trials than any other medicament, yet nearly always doing better than anticipated. The range of susceptible conditions appears to be limitless". Men otvivelaktigt kan placebobehandling ha tydliga effekter även på "objektiva" fenomen, laboratorieprover och t.o.m. skeenden i hjärnan som kan åskådliggöras med olika varianter av imagingstudier. Smärtbehandling med placebo ger exempelvis liknande förändringar av hjärnaktivering som opiatbehandling, och behandling med placebo ger liknande effekter på raclopridbidning mätt med positronkamera som L-dopa hos parkisonpatienter. Man kan kanske fråga sig med den engelske neurobiologen och filosofen Nicholas Humphrey (4), att om evolutionen nu försett oss med en så remarkabel förmåga till smärtlindring, varför använder vi inte oss av den på egen hand? Varför skall det behövas en läkare (eller en schaman, eller en alternativmedicinare eller någon annan behandlare med gott självförtroende) för att åstadkomma effekten?

Observatörsbias

Den tredje orsaken till att man kan registrera en behandlingseffekt trots att ingen genuin effekt finns, är förstås önsketänkandet, både från patientens och behandlarens sida. Detta är skälet till att man använder sig av dubbelblindteknik i läkemedelsprövningar, så att varken patient eller behandlare skall veta om det är det nya läkemedlet eller kontrollbehandlingen som en enskild patient har fått. En variant av blindning användes för övrigt redan av Philipp Melanchton, Martin Luthers gode vän och medarbetare, för att skilja mellan patienter som av psykologiska skäl sade sig vara besatta av Djävulen, och sådana som verkligen var besatta av densamme. Man stänkte ömsom vigt vatten, ömsom vanligt vatten på den förment besatte. Den sjuke kunde inte känna någon skillnad på de två sorternas vatten, men det kunde naturligtvis Djävulen!

Vid prövningar av psykoterapi, liksom vid kirurgi, är det av lätt insedda skäl inte möjligt att använda dubbelblindteknik. Eftersom syftet med blindningen är att avlägsna observatörsbias, kan man i stället arbeta med oberoende observatörer och/eller bandinspelningar.

Evidensstyrka är inte detsamma som effektstorlek

Min avsikt med denna korta genomgång av bakgrunden till den randomiserade kontrollerade prövningen har varit att visa att den är oundgänglig för att påvisa effekt vid de flesta medicinska behandlingar av sjukdomar där naturförloppet kan variera och där förväntningseffekter spelar en roll. Men det finns en rad problem, och det finns också en hel del missförstånd kring vad förekomsten av evidens egentligen innebär.

De vanligaste missförstånden är nog följande tre, som alla är ett resultat av att man blandar ihop evidensstyrka med effektstorlek.

1. Om det inte finns någon evidens för effekt av en behandling, så är behandlingen inte effektiv. Detta är givetvis inte riktigt. För nya läkemedel granskas evidensen innan de godkänns av Läkemedelsverket, men för icke-farmakologiska behandlingar finns inget sådant regelverk. Somliga behandlingar har evidens bakom sig, andra inte. Det innebär naturligtvis inte att de som saknar evidensprövning skulle vara ineffektiva.
2. Ju mer evidens det finns för en behandling, desto effektivare är den. Detta är lika självklart fel. Om evidens finns eller inte finns har mycket litet med effektens storlek att göra, annat än så tillvida att en stor effekt är lättare att påvisa än en liten. Ett stort antal studier som visar evidens för en viss behandling betyder inte att den behandlingen skulle var mer verkningsfull än den som bara prövats i en enda studie.
3. Den behandling som har mest evidens är den bästa behandlingen. Detta är egentligen samma missförstånd som 2. här ovan. Inte desto mindre är det en princip som ofta följs i officiella behandlingsrekommendationer, som ett resultat av att man misstar evidensstyrka för effektstorlek.

Etik och ekonomi

Andra problem som kritiker av den evidensbaserade medicinen tagit upp är av etisk natur. Ibland är en randomiserad studie varken nödvändig eller etiskt acceptabel. Alla som intresserar sig för problematiken bör läsa en artikel från British Medical Journal 2003, kallad *"Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials"* av Gordon C S Smith och Jill P Pell (5). Författarna beskriver med bara en lätt överdrift av det speciella vetenskapliga skrivsättet hur de genomgått de medicinska litteraturlöslaserna efter randomiserade kontrollerade studier av fallskärmens effektivitet när det gäller att förhindra död och skada vid "gravitational challenge" utan att hitta några relevanta studier. I ett mer seriöst inlägg i Lancet samma år beskriver David F Horrobin (6), en forskare som i decennier arbetat med kliniska prövningar, de etiska aspekterna sedda ur en patients synpunkt – hans eget insjuknande i en högmalign sjukdom har ställt saken i ett nytt ljus för honom, och han gör en mycket tänkvard analys av de etiska problemen i storskaliga prövningar av onkologiska läkemedel.

Ett annat problem är att det är mycket dyrt att ta fram evidensbaserade behandlingar. År 2003 kostade det i USA att ta ett nytt läkemedel från lab till marknad 802 000 000 dollar. År 2009 beräknades den totala utvecklingskostnaden för ett nytt läkemedel till 1,3 – 1,7 miljarder dollar.

Kostnaderna för klinisk prövning av exempelvis en ny psykoterapi eller en ny rehabiliteringsstrategi är visserligen inte lika stora, men rör sig ändå om mångmiljonbelopp, och till skillnad från läkemedelsutveckling finns ingen som har ett ekonomiskt egenintresse att investera så mycket pengar. De forskningsfinansierande institutionerna är sällan intresserade av att finansiera randomiserade kontrollerade studier, som till sin natur är - och måste vara - föga innovativa. Därför kan en fokusering på evidensbaserad medföra en risk för att psykoterapierna kommer i kläm, till förmån för läkemedelsbehandling.

Heterogenitet och generaliseringsproblem

Randomiserade kliniska prövningar innebär speciella problem i psykiatri, där patientgrupper med en specifik diagnos ofta kan inrymma undergrupper som kanske reagerar avvikande på en behandling. Antag att vi fått ett högeffektivt läkemedel som vitamin B12 till prövning vid anemi, vid en tidpunkt i medicinhistorien där vi inte har andra kriterier på anemi än blekhet, trötthet och lågt HB. I en dubbelblind randomiserad kontrollerad prövning jämför vi B12 med järn. Med all sannolikhet kommer vi att finna att järn är överlägset B12, eftersom antalet patienter med pernicios anemi som blir bra på B12 är så mycket mindre än antalet patienter med järnbristanemi, som blir bra på järn. Vi riskerar då att avfärda en potentiellt livräddande behandling som verkningslös! Likande situationer kan utan tvivel uppträda i psykiatrisk behandlingsforskning. För att citera Walter Modell och Raymond Houde i en inflytelserik artikel i JAMA 1958 (7), *"No simple device such as the double-blind technique will correct astigmatism or myopia in the examination of drugs. The blind will not lead the blind to a valid conclusion unless the method somehow also provides vision."*

Ett ytterligare problem är generaliserbarheten. I en randomiserad kontrollerad prövning försöker vi arbeta med välkarakteriserade grupper, vi utesluter komorbida patienter, och vi utesluter gamla patienter, liksom dem som inte kan ge ett välgrundat informerat samtycke. Erfarenheter från många studier visar att vi därigenom exkluderar ett mycket stort antal av de patienter som sedermera kommer att behandlas med terapin ifråga, och där den alls inte är utprövad. Se till exempel den svenska rehabiliteringsgarantin som ersätter "kognitiv beteendeterapi" till människor med "lättare psykisk ohälsa" på grundval av dess evidensbaserad. Det är förvisso sant att KBT visat sig effektiv vid ångest och vissa typer av depression, men den har också visat sig vara ineffektiv vid vissa typer av stressrelaterad psykisk ohälsa.

Nya strategier för behandlingsvärdering

Nyare strategier för värdering av evidensstyrka tar hänsyn till många om än inte alla dessa problem. "GRADE"-systemet, som nu knätsats av SBU, är en klar förbättring (8). Men ännu finns det stora behov av nytänkande vad gäller strategier för att nå det självklara målet rätt behandling för rätt patient. En möjlighet är att i långt större utsträckning använda sig av kvalitetsregisterdata.

Det svenska höftledsregistret är ett lysande exempel - med dess hjälp har man snabbt kunnat sålla bort höftledsprotaser som fungerar mindre väl inom ett område som inte ägnar sig särskilt väl för dubbelblinda kontrollerade studier. Kanske tiden är mogen för att använda psykiatriska kvalitetsregister för att snabbt sålla ut sådana behandlingar som inte fungerar i den kliniska vardagen. Den randomiserade kontrollerade prövningen är outhärlig, men registertekniken skulle kunna användas för att snabbt nå preliminära resultat som kan läggas till grund för en mer strategisk planering av fullfjädrade randomiserade jämförelser.

Marie Åsberg

Prof. em.

StressRehab, Danderyds sjukhus

marie.asberg@ki.se



Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står **"Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande."**

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen senast den 31/12.

Tankar om forskning och svek

Psykoterapiforskning har blivit en viktig aktivitet inom den psykoteraeutiska domänen. När kursplanerna för utbildning på steg 1 och 2 utformades på 1970-talet tillkom ett i psykoterasammanhang helt nytt moment – vetenskapsteori och forskningsmetodik. Psykoterapeuter skulle förstå forskningsprocesser och dess teoretiska bakgrund och omsätta sin kunskap i praktiken i en uppsats, vanligen inom ramen för kvalitativ forskningsmetodik. Samtidigt blev resultatstudier viktiga att uppvisa för varje metod som ville komma ifråga som legitimationsgrundande.

I vissa kliniska kretsar, framför allt psykoanalytiskt/psykodynamiska och systemiska, var dock forskning, framför allt kvantitativ sådan, kontroversiell. Varför då?

Även om terapeuter och forskare inte sällan varit samma personer i det skede en ny metodik utvecklades, uppstår vanligen efterhand en klyfta där forskarna tycker att terapeuterna inte använder deras resultat i sitt kliniska arbete och terapeuterna tycker inte att forskarna kan ge svar på relevanta frågor. Kvantitativ psykoterapiforskning innebär en av etisk kommitté godkänd virtuell hantering av individuella patientöden, där utfallen praktiskt taget aldrig säger något om enskilda individer utan enbart kan uttala sig om sannolikheter på gruppnivå. I och med evidensbegreppet, vilket ofta insnävats till att handla om RCT-studier, ställs klinikers relation till forskningen och dess resultat mer på sin spets. Har man en tveksamhet till kvantitativ forskning får man ändå numera gilla läget. Det finns förmodligen många lager i terapeuters tveksamhet till forskning och den syn på patienter som den tycks implicera.

Familjeterapi-komplettering

När utbildning i familjeterapi på 1980-talet blivit en metod av flera som kunde ge psykoteraeutlegitimation ledde jag en kompletteringskurs i vetenskapsteori och forskningsmetodik. Tveksamheten hos kursdeltagarna mot detta kursmoment var stor. Något – framför allt i det kvantitativa metodperspektivet – gick på tvärs med deras systemiska grundutbildning. Oförenligheten var provocerande och det hade jag stor förståelse för. Det har varit svårt att utveckla en systemiskt baserad kvantitativ forskningstradition. Hur hanterar man cirkulär kausalitet i ett forskningskoncept som helt baseras på linjärt orsak-verkantänkande? Undervisningen gick trögt. Jag betraktade möjligheten att stimulera deras intresse som små och fick tillgripa en omformulering kongruent med gruppens referensram. Jag sa att jag inte hade mött en grupp med sådan motvilja mot att lära sig något nytt sedan jag försökt förmedla systemtänkande och familjeperspektiv till individualterapeuter tio år tidigare. Sedan gick det lite lättare.

Så här i efterhand har jag velat återvända till denna tveksamhet och undersöka om det verkligen bara handlar om oviljan att lära sig något nytt, att tillägna sig ytterligare ett synsätt, eller risken att forskning skulle kunna visa att den egna metoden inte var så bra som man trodde? Finns det något att begrunda i psykodynamiska och systemiska terapeuters intuitiva motvilja mot kvantitativ forskning?

Objektifiering

Psykoteraeutisk forskning är speciell. Den skiljer sig från annan psykologisk forskning för att den är kopplad till lidande människor. Den skiljer sig från medicinsk forskning genom en annan relation till det upplevande jaget. Det är lättare att objektivera kroppen än psyket. Jag har en hjärtsjukdom. Jag kan också objektivera mig och säga att jag har en depression. Men jag är också nedstämd, ångestladdad. Oavsett om vi på en nivå "utifrån" kan se psykiska störningar som likvärdiga med somatiska, blir de det inte i ett första personsperspektiv – de berör min person. Det kan kosta på att objektivera lidande medmänniskor, speciellt de med mentala svårigheter.

Klinikern ser och relaterar till den unika individen, i många moment i ett intersubjektivt fält av ömsesidighet, "jag – du" och kanske "vi". Tillämpning av psykoteraeutisk teori innebär dock alltid att klinikern/terapeuten i något moment lutar sig mot någon form av "lagbundenhet" som innebär en objektivering som gör våld på det unika hos patienten. Det är inte säkert att denna objektivering upplevs av patienten även om den med nödvändighet måste innebära att terapeuten närvaro i relationen sviktar i ögonblicket. Terapeuten återvänder till sin unika patient något klokare om "lagbundenheten" visat sig tillföra kliniskt användbar information och ökad ömsesidigt bekräftad förståelse. Jag tror det var Apel som talade om en kvasinaturalistisk fas i den hermeneutiska processen.

Kortvarig objektivering i den kliniska situationen tycks oundviklig. Den är till exempel nödvändig i all form av diagnostisering. Men kvantitativ forskning innebär ett större steg. Kan det kännas som om den nödvändiga objektiveringen och avpersonaliseringen av patienten kan upplevas som ett existentiellt svek? Ökar denna känsla i en kultur som är inne i en fas av mätande och vägande, att ständigt uppmuntras att kalibrera upplevelser på en skala från ett till tio?

Att ha patienten inom sig

För terapeuter som arbetar med patienter med personlighetsstörningar eller traumatiserade familjer medför arbetet ofta att man "släpper in" dessa i sin egen inre värld och låter sig beröras på djupet. Jag tror att många terapeuter, liksom jag själv har ett "barnhem" i sin inre värld, ett hem med

inre rum som bebos av de försummade barn man mött, eller de försummade barnen inom plågade vuxna, som ingen tagit hand om. Att objektivera och distansera sig från sina patienter kan ta emot, upplevas som ett övergivande. Att distansera sig så till den milda grad att ens patienter får bli lotter i en randomiseringstombola kan väcka ett intuitivt motstånd.

Terapeuten kan också tycka att den speciella kännedom om patienten som terapiprocessen ges tas mer eller mindre väl tillvara via de undersökningsinstrument som används. Man kan också fråga sig om den likriktning, gruppering och operationalisering av patienters känslor, tankar, lidande och handlingar som är nödvändig gör något med oss som terapeuter om vi också är forskare. Min personliga erfarenhet är att väl inne i samtalsrummet med patienten tar den struktur och tidigare erfarenhet som styr den terapeutiska processen över. Om man engagerar sig i samspelet med sin patient tror jag att man kan förlita sig på den intersubjektiva kraften och logiken.

Hur kan man då förhålla sig till sin eventuella tveksamhet till den kvantitativa forskningen? Var och en måste ju finna sin väg. Kanske ta sina tvivel och sin tveksamhet på allvar, men inte stanna vid att ha formulerat dem utan försöka tänka vidare. Kanske resonera med andra och finna en försvarbar position i det existentiella fältet om ens tveksamhet har en sådan karaktär, samt pröva om forskningen trots sina brister i det långa loppet kan generera kunskaper som kan komma patienter till godo.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Rapport från ESCAP i Helsingfors 2011

ESCAPs kongress var i år i vårt grannland Finland och hade samlat 1200 deltagare från 54 länder. Arrangörerna hade komponerat ett brett program där forskare och kliniker kunde mötas.

Eftersom jag behandlar en flicka med selektiv mutism så var jag glad att det fanns ett seminarium som handlade om just detta ovanliga tillstånd. Beate Örbeck och Hanne Kristensen från Norge presenterade en lovande behandlingsstudie.

Huvudlinjerna i den framgångsrika behandlingen var psykoedukation, defokuserad kommunikation och "stimulus fading". Defokuserad kommunikation innebär att man börjar med att prata med barnet på barnets villkor. Man uppehåller dialogen men gör det försiktigt och undviker att till en början prata direkt till barnen. "Stimulus fading" innebär att man tränar barnet att prata men under trygga förhållanden. Man börjar försiktigt, t.ex. ber man barnet läsa något enkelt medan terapeuten befinner sig utom synhåll och sedan ökar man svårighetsgraderna tills barnen i slutet av behandlingen kan prata inför andra, helt i klassen. Utmaningen vid behandling av selektiv mutism är att barnets tystnad väcker väldigt starka känslor i omgivningen. Det blir lätt spekulationen att barnet varit utsatt för övergrepp eller liknande händelser. Om barnet väljer att prata med en utvald lärare kan det också skapa avundsjuka hos de lärare som barnet inte pratar med. Då behandlingen tar lång tid och resultaten ofta låter vänta på sig så måste man ha stort tålamod och inte ge upp.

Mycket av det man lyssnar på under en kongress är sådant som bekräftar det man redan vet men ibland hör man något nytt som får en att tänka i andra banor. Jag var på två seminarier om anorexi som verkligen var matnyttiga. Vid det första seminariet pratade Elisabeth Wentz från Göteborg och Maria Råstam från Lund. De redovisade data från 18-årsuppföljningen av 51 patienter med anorexia och 51 matchade kontroller. Imponerande är att man lyckas följa upp alla 102 personerna, speciellt då har man använt relativt omfattande frågeformulär och testningar. Vid 18 års, de var då 34 år, uppföljning kunde man se att 78 % av anorexipatienterna hade tillfrisknat och mådde bra. De hade ingen överrepresentation av somatiska problem, däremot var 25 % av anorexipatienterna sjukpensionerade. I kontrollgruppen hade ingen sjukpension. Man såg också att det fanns en överrepresentation av autistiska symptom hos anorexipatienterna. Här var budskapet att det är bra att tänka på detta speciellt vid svårbehandlade patienter. Här tänkte jag på en flicka som varit sjuk flera år. Hon fungerar bra och går upp i vikt när hon ligger inne på avdelningen men går ner i vikt och får mer ångest så fort som hon skrivs ut. Kanske att man då tappar den ordning och struktur och framförhållning som finns på avdelningen och som fungerar bra för de med autistiska svårigheter.

En tysk forskargrupp under ledning av Beate Herpertz-Dahlman visade MR-bilder på svältande flickor. Man kunde med lätthet se hur den grå hjärnvävnaden i cortex hade minskat när patienterna svälte och hur den normaliserades när de förbättrades. Man kunde följa detta förlopp väldigt tydligt hos en flicka som fick ett återfall och där man såg hur hjärnvävnaden först normaliserades för att sedan åter minska när hon återinsjuknade. En reflektion var att det kan vara svårt att bedriva intensiv psykoterapi under sådana omständigheter. Man såg att det fanns en tydlig korrelation mellan BMI och tjockleken på cortex, ju lägre BMI desto tunnare cortex och vice versa. En annan intressant sak var sambandet mellan nivåerna av leptin, minne och aktivitet.

Fortsätter på sidan 20



Klinik och systematik

När vi i detta nummer försöker belysa forskning inom vårt fält har det funnits olika infallsvinklar. Psykiatrisk forskning och en forskande psykiatri eller en forskande psykiater. Själva forskandet handlar väl också i stor utsträckning om hur en vetenskaplig attityd finns med i det kliniska arbetet. Forskaren har så att säga lärt sig att söka efter sätt att systematisera sina frågeställningar eller systematisera de fynd man kan göra.

Som psykoanalytiker finns forskaransatsen med i det direkta kliniska arbetet, man har för varje studie ett mycket litet forskningsmaterial att tillgå – den enskilde patienten – men under en ganska lång observationstid, och under denna tid kommer man tillsammans med patienten att möta ett stort antal frågeställningar som alla återkommer på olika sätt över tid, som hypoteser, svar på hypoteserna som i sin tur genererar nya hypoteser som ställs mot de gamla, etc, i en pågående spiral. Det är den hermeneutiska metoden, en kvalitativ metod som ger fördjupad kunskap som för den enskilde patienten många gånger leder till den självkänedom som gör livet enklare att bära. Analytikern kommer inlemma de kunskaper han fått från denna patient med övrig kunskap.

Klinikerns dilemma

Den kliniska psykiaterns arbete innebär mötet med så många patienter att man kanske i värsta fall drunknar i det dagliga kliniska handläggandet att det blir svårt att fånga intressanta iakttagelser, de kan finnas som erfarenheter, case reports för en själv, men inte på något systematiskt sätt. Denna sorts arbete blir ganska ovetenskapligt, man gör som man brukar eller som klinikens praxis föreskriver eller provar de läkemedel och rekommendationer som kommer förbi. Den fördjupning som hör till den forskande naturen tappas då bort.

Forskarutbildade personer har i de flesta fall genom ett avhandlingsarbete nött in ett annat sätt att tänka där hypotesprövandet alltid finns med och där en modell för hur det ska gå till är inlärd. Då kommer de fragmentariska iakttagelserna med större sannolikhet mötas av en motfråga från den forskande doktorn: "hur lägga upp en studie som prövar denna fråga?". På denna punkt kommer den kliniska forskaren och psykoanalytikern vara likvärdigt rustade utifrån sina olika metoder; frågan och sökandet hänger ihop och man är inte så angelägen om att få "rätt svar" utan mer angelägen om att se om det finns något svar att få. Det är väl så kunskapen drivs framåt, man misslyckas ganska ofta med sina studier och lär sig att vissa samband som man trodde fanns inte går att påvisa, kanske ser man annat istället?

Hundens affektiva respons

Jag har några dagar i veckan med min hund Moses i mottagningsrummet. Vi har rutiner för vad som händer, han möter patienten ganska glatt och vänligt, kommer sen fram till mig och begär sin lön för timmen – i förskott! – och får en bit av något gott. Sen börjar timmen och jag och patienten samtalar och Moses ligger oftast ner och ser ut att somna. Jag har vid det här laget lärt mig att han ibland är några mikrosekunder tidigare än jag att uppfånga en stämningsskiftning i rummet, han suckar eller reser sig eller byter plats i rummet. Ibland känner jag av något och vet att Moses snart flyttar på sig. Det händer att patienten också noterar att hunden märkt någonting och genom detta kan man tillsammans diskutera vad som händer patienten. Jag har för egen del varit nöjd med att notera det är såhär. En typisk kliniker i detta avseende.

På gatan träffade jag på en kollega, också hon hundägare men till skillnad från mig en utpräglad forskare. Vi kom att prata om detta med hundar och klientarbete och hon frågade mig något om hur det går till med hunden i rummet. Hennes egen reflektion var att "man borde genomföra en intervjuundersökning med terapeuter som har hundar i rummet". Detta för att vidga kunskapsfältet eftersom det är så lite skrivet om detta. Hon kunde bara påminna sig Freud och hans chow-chow Jo-Fi som så tydligt hade saker för sig i förhållande till en patient.

Denna studie är inte gjord, såvitt jag känner till. Vi vet ju à priori att djur gör något med de flesta människors sätt att kommunicera men det är inte studerat. Kanske är det inte heller psykiaterns viktigaste forskningsområde men alldeles uppenbart kan det bli en spännande liten studie. Viktigare tänker jag att det är, att min hållning "hunden gör såhär i terapirummet" och forskarens hållning "gör hundar alltid såhär i terapirum" är väsensskilda och att den forskande attityden nog alltid är den som vinner. De personer som på detta sätt försöker systematisera sina kunskaper kommer driva kunskapen vidare. Att skriva om sina iakttagelser och kommunicera med kolleger om det man ser kommer alltid vara bättre än att ha erfarenheterna för sig själv.

I framtiden skall allt bli forskning.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Deadline för bidrag till nästa nummer:
20 november

Kalendarium

19-22 oktober 2011

7th European Congress on Violence in
Clinical Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.oudconsultancy.nl/prague_cfa/ecvcp/Invitation.html

30 november-2 december 2011

Medicinska Riksstämman
Stockholm
www.svls.se

14-16 mars 2011

Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

25-27 april 2012

53rd Annual Meeting of the Scandinavian
College of NeuroPsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark
www.scnp.dk/

5-9 maj 2012

165th APA Annual Meeting
Philadelphia, USA
www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/Meetings.aspx

3-7 juni 2012

28th CINP World Congress of
Neuropsychopharmacology
Stockholm
<http://cinp2012.com/>

5-8 juni 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
Tromsø, Norge
www.ncp2012.org

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se



*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

Under 2010 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 110 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal. Om du vid all nyinsättning föreskriver Lamotrigin Actavis samt byter befintliga patienter som står på Lamictal till Lamotrigin Actavis så finns det en besparingspotential för läkemedel i Sverige på 55 miljoner kronor på årsbasis med nuvarande priser.¹

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

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

Ref: 1. IMS Health, kostnad per expidierad DDD 2010.

Lamotrigin Actavis (lamotrigin) RX F. Tablett, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg och dispergerbar tablett, 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Indikation Epilepsi.** Vuxna och ungdomar från 13 år: Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2–12 år: Tilläggsbehandling av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. **Bipolär sjukdom.** Vuxna från 18 år: Prevention av depressiva episoder hos patient med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin Actavis är inte indicerat för akut behandling av maniska och depressiva tillstånd. Suicudtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med antiepiletika för flera indikationer. Informationen baseras på produktresuméer daterade 2011-05-10. För dosering och aktuellt pris se www.fass.se

 **actavis**
think smart medicine

Vårdintygsprövning på somatiken – hur länge kan man vänta?

Frågan

Under sommaren nåddes SPF:s styrelse av följande fråga från en av våra medlemmar ute i landet.

”Jag har blivit uppmärksammas på att följande förfarande numera är vanligt hos oss:

När en kollega på somatiken skriver vårdintyg på en av sina inneliggande patienter sker det ofta att man från psykiatriens håll avvaktar flera dagar med kvarhållningsbeslut och övrigt ställningstagande, med hänvisning till 4-dagarsregeln (LPT 6b §). Man betraktar väl således under denna period inte den somatiska avdelningen som ”vårdinrättning” i lagens mening. Motivet till detta förfarande är att man menar att vissa patienter behöver observeras längre tid än 24 timmar för att man ska kunna ta ställning till vårdintyget. Är detta förfarande i enlighet med lagens intentioner?”

I styrelsen trodde vi inte att detta förfaringsätt är i enlighet med LPT och vände oss därför till Socialstyrelsen för en bedömning av frågan.

Redan efter en vecka fick vi ett utförligt svar från Linda Almqvist, jurist på Regeltillämpning, Regler och Tillstånd, på Socialstyrelsen. Vi publicerar det här i sin helhet:

Svaret

När en legitimerad läkare i allmän tjänst, eller en legitimerad läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökning för vårdintyg utfärdar ett vårdintyg, har ju denna bedömt att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för psykiatrisk slutenvård är uppfyllda (ett uttalande om detta ska framgå av vårdintyget). I vårdintyget ska, förutom uttalandet om sannolika skäl, finnas en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet.

Den läkare som har utfärdat vårdintyget är, enligt 5 § tredje stycket LPT, skyldig att se till att vårdintyget snarast kommer till den sjukvårdsinrättning där frågan för intagning för tvångsvård ska prövas. I förarbetena utgår man ifrån att den vårdintygsskrivande doktorn tar kontakt telefonledes med sjukvårdsinrättningen där intagningsfrågan ska prövas för att bl.a. meddela att patienten kommer (prop. 1990/91:59 s 107).

I ditt exempel så som jag har förstått det, kommer det en konsult ifrån psykiatrien och gör en bedömning av patienten då denna inte kan flyttas ifrån den somatiska vårdinrättningen.

Konsultläkaren ifrån psykiatrien ska göra en *självständig bedömning* av patienten (den så kallade två-läkarprövningen). Det är chefsöverläkaren som fattar beslut om intagning, varefter det är just detta beslut som utgör grundval för tvångsvården. Genom chefsöverläkarens beslut om intagning eller inte, upphör vårdintygets funktion och vidare giltighet. Patienten kan erbjudas vård enligt HSL ifrån psykiatrien, och skulle en ny akut situation uppstå kan ett nytt vårdintyg skrivas ifall kriterierna för detta är uppfyllda.

Enligt LPT kan en patient kvarhållas till dess att frågan om intagning har gjorts, och frågan om intagning ska avgöras, som bekant, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen.

Att ”avvakta” 4 dygn för att patienten behöver observeras är ingen acceptabel lösning, det kan rent av beaktas som en patientsäkerhetsrisk att patienten eventuellt ej får erforderlig psykiatrisk vård. Därtill synes det ej vara en rättssäker tillämpning. Det vore att tillmäta vårdintyget en annan betydelse än vad det faktiskt har.

Tilläggas bör att det inte finns något hinder mot att psykiatrisk tvångsvård ges på en annan sjukvårdsenhet än en psykiatrisk. En patient med exempelvis en akut hjärtinfarkt och psykos eller en svår kroppsskada i kombination med en allvarlig psykisk störning kan vårdas på en somatisk avdelning och samtidigt behöva psykiatrisk tvångsvård. En för psykiatrisk vård ansvarig läkare kan i samråd med en för somatisk vård ansvarig läkare besluta att en patient som vårdas enligt LPT ska för viss tid vårdas på en somatisk enhet. Psykiatrikern har då ansvaret för den psykiatriska vården medan läkaren på den somatiska enheten ansvarar för den somatiska vården. Man får i det närmaste se den somatiska enhet där patienten vårdas som en ”isolerad psykiatrisk ö” och således som en del av den psykiatriska vårdenheten (inrättningen).

Det finns ett klart stöd för att lagstiftningen måste ge den enskilde rätt till en rättssäker prövning inom rimlig tid. Det övergripande anslaget i lagstiftningen är att det gäller tvång mot enskild och att tvång för att kunna användas måste uppfylla vissa klart angivna formella förutsättningar.

När vårdintyg har utfärdats enligt 4 § LPT och patienten ankommit till vårdinrättningen är det inte förenligt med 6 b § LPT att avvakta flera dagar med slutligt avgörande av frågan om intagning.

Att frågan om intagning ska avgöras senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen framgår av lydelsen i 6 b § LPT och även av lagens förarbeten:

”Jag har stannat för att föreslå att frågan om intagning för psykiatrisk tvångsvård skall avgöras skyndsamt efter undersökningen. Avgörandet skall träffas inom 24 timmar från patientens ankomst till vårdinrättningen” (prop. 1990/91:58 s. 110)

I äldre lagstiftning var tidsfristen längre än 24 timmar. Om detta sägs i förarbetena:

”Med detta regelsystem kan det inträffa att en patient genomgår läkarundersökning för vårdintyg, tas in för sluten psykiatrisk tvångsvård och behandlas under flera dagar utan att han har bedömts av en psykiater. Enligt min mening bör bestämmelser med en sådan innebörd inte ges i en ny lagstiftning. Ingen bör kunna få hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja annat än för en mycket begränsad tid utan att han har bedömts av en läkare med psykiatrisk kompetens.” (prop. 1990/91:58 s. 109)

Som regeln nu utformats är den dock inte beroende av om något beslut om kvarhållning enligt 6 § fattas eller inte – När 24-timmarsfristen börjat löpa, är det den tidsgränsen som gäller, oavsett kvarhållning.

Om patienten behöver observeras en tid, kan man avvakta med att utfärda vårdintyg enligt 4 § LPT:

”Jag vill särskilt understryka betydelsen av att patientens vårdbehov är oundgängligt och inte ska kunna tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning. I linje härmed är det tveksamt om det finns tillräckliga skäl att utfärda vårdintyg för en person vars tillstånd är sådant att denne kan vänta ett par veckor på att plats kan beredas på en sådan inrättning. I sådana fall bör det vara riktigare att avvakta med vårdintygsförfarandet. Enligt min mening är det viktigt att tvåläkarprövningens båda led ligger så nära varandra som möjligt och därmed får avseende på väsentligen identiska förhållanden.” (prop. 1990/91:58 s. 111)

Den omständigheten att själva vårdintygets giltighetstid anges till fyra dagar i 6 b §, en förkortning jämfört med äldre lagstiftning, innebär inte att man kan vänta längre än 24 timmar med att avgöra frågan om intagning:

”Vad som nu har sagts talar för en avsevärd förkortning av vårdintygets giltighetstid. Jag bedömer att det i stort sett bör vara möjligt att utan större olägenheter tillämpa den av beredningen föreslagna giltighetstiden. Jag vill emellertid erinra om att avgörandet i intagningsfrågan enligt mitt

förslag skall ske inom ett dygn från patientens ankomst till vårdinrättningen. Med hänsyn bl.a. härtill föreslår jag att vårdintyget när intagningsbeslut fattas inte får vara äldre än fyra dagar.” (prop. 1990/91:58 s. 111-112).

Således: När vårdintyg har utfärdats enligt 4 § LPT och patienten ankommit till vårdinrättningen (eller kvarstannar på den somatiska delen) är det inte förenligt med 6 b § LPT att avvakta flera dagar med slutligt avgörande av frågan om intagning vare sig ur ett patientsäkerhetsperspektiv eller ett rättssäkerhetsperspektiv.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Kliniska riktlinjer psykiatrisk tvångsvård

Svenska Psykiatriska Föreningen har gett en arbetsgrupp i uppdrag att skriva fram nya kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård. Riktlinjerna kommer att omfatta all psykiatrisk tvångsvård. Samtidigt med riktlinjearbetet pågår en utredning om översyn av de psykiatriska tvångsvårdslagarna, Psykiatrilagsutredningen. Jerry Eriksson, jurist och särskild utredare håller i utredningen som i december 2011 skall presentera sitt förslag till ny tvångsvårdslagstiftning. Arbetet med de kliniska riktlinjerna kommer att anpassas till det kommande lagförslaget. Detta kommer att vara en sammanhållen lag som även kommer att omfatta psykiskt störda lagöverträdare – dvs. LRV som vårdform föreslås försvinna.

Psykiatrilagsutredningen utreder intagningskriterier, tvångsåtgärder processuella frågor, ordning, säkerhet och den öppna psykiatriska tvångsvården. Grundläggande principer för tvångsvård kommer att gälla. Så lite tvång som möjligt och i proportion till behovet. En av utgångspunkterna är att få en pedagogisk och lättillgänglig lagstiftning som är anpassad till etiska, medicinska och juridiska krav.

En annan utgångspunkt är att genomföra en reform med utgångspunkt i Psykansvarskommitténs förslag när det gäller psykiskt störda lagöverträdare. En tredje utgångspunkt är att staten skall ta över ansvaret för kostnader inom den psykiatriska tvångsvården av psykiskt sjuka lagöverträdare som orsakas av kraven på samhällsskydd. Straffansvar skall gälla för dem med allvarig psykisk störning som bedöms tillräkneliga för straffrättsligt ansvar. Flera stora frågor behöver lösas då t.ex. de som kommer att bedömas otillräkneliga (såsom allvarligt demenstillstånd, hjärnskada, svår utvecklingsstörning, vissa fall av allvarig psykisk störning) och ej skall dömas till frihetsstraff. Skyddade boenden, för t.ex. utvecklingsstörda med återfallsrisk i allvarig brottslighet men även personer med andra psykiska störningar som inte har behov av sluten psykiatrisk vård, diskuteras som ny vårdform. Frågor om huvudmannaskap behöver lösas och kriminalvården lär bli en ännu viktigare aktör att samverka med i framtiden för psykiatri.

Arbetsgruppen med riktlinjerna följer också SKL:s treåriga projekt "Bättre vård - mindre tvång" som syftar till att förbättra kvalitén och registreringen av den tvångsvård man bedriver i landstingen. Projektet handlar om att förbättra innehållet i heldygnsvården. Fokus ligger på att förebygga behovet av och förbättra användandet av tvångsåtgärder. I arbetet ingår både att utveckla kunskapen och kvalitén vid användandet av tvång, samt att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder.

Eftersom arbetet med de nya kliniska riktlinjerna är beroende av den kommande lagstiftningen kommer vi att presentera riktlinjerna först tidigast under slutet av 2012.

Riktlinjerna kommer att vända sig till dem som arbetar inom psykiatri eller kommer i kontakt med psykiatrisk tvångsvård. De skall vara kliniskt användbara och hjälpa läsaren att tolka den nya lagen. Etiska och filosofiska aspekter kommer att inkluderas.

I arbetet med de kliniska riktlinjerna används EUNOMIA-dokumentet som grund. EUNOMIA (European Evaluation of Coercive Measures in Psychiatry and Harmonisation of – Best Clinical Practice) är ett EU-projekt där 13 psykiatriska verksamheter i tolv länder deltagit och där Sverige representerades av personer verksamma inom psykiatri i Örebro län. Syftet med den studien var att analysera existerande variation i användandet av psykiatrisk tvångsvård, samt dess bakomliggande faktorer och effekter. Som en del av detta projekt har förslag till gemensamma europeiska kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård tagits fram, vilka sedan översatts till svenska och anpassats till svenska förhållanden.

Arbetsgruppen kommer fortlöpande att rapportera om arbetet med de kliniska riktlinjerna.

Arbetsgruppen består av följande personer:

Tuula Wallsten,
ordförande, med dr, chefläkare med fokus på psykiatri i Västmanland. Processledare för sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin.

Herman Holm,
överläkare psykiatri i Malmö. Arbetade 2009 med Kartläggning av Heldygnsvård. Medarbetare i projektet "Bättre vård - mindre tvång".

Lars Kjellin,
docent, forskningsledare Psykiatriskt forskningscentrum Örebro. Ansvarig för svenska delen av EUNOMIA-projektet.

Peter Engelsöy,
barnpsykiater, representerar SFBUP. Biträdande V-chef BUP-kliniken Stockholm. Ingått i arbetsgrupp för utvecklande av elektronisk beslutsjournal.

Lars-Håkan Nisson,
Medicinsk rådgivare inom Kriminalvården. Arbetar med missbruksutredningen. Representerar Rättspsykiatriska föreningen.

Mikael Nilsson,
avdelningschef i Varberg. Representerar Psykiatriska Riksföreningen.

Pontus Höglund,
doktorand, representerar Skötarföreningen. Forskar på temat "relevanta faktorer för tillräknelighet". Arbetar inom psykiatri i Malmö.

Anna Björkdahl,
med dr. Psykiatrisjuksköterska SLSO, Stockholm. Arbetat med kliniska riktlinjer vid tvångsvård i Stockholm.

Lisa Görefält,
arbetsterapeut som arbetar inom rättspsykiatri på Löwenströmska sjukhuset Stockholm.

Karl-Otto Svärd,
adjungerad, medicinalråd, Socialstyrelsens tillsynsavdelning.

Tuula Wallsten
MD, PhD
Chefläkare
Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling
Västerås



ESCAPs nyvalde ordförande Ruud Minderaa

Hon människor kunde man se att det fanns ett samband mellan låga halter av leptin och minnessvårigheter. Hos knock-out möss som saknar leptin kunde man se att de sprang tills de dog om man inte tillförde leptin. I studier av patienter med anorexi såg man att de hade lägre halter av leptin. Detta kan vara en bidragande orsak till deras höga aktivitetsnivå. Viktigt att tänka på så man inte tror att patienterna vill lura en när de rör sig för mycket och kanske i smyg.

Det var också en intressant diskussion om DSM -5 och ICD-10 där Sir Michael Rutter presenterad tankegångar inför DSM-5. I

grundensåg han svårigheter i all diagnostik. Det finns för många underkategorier och som går in i varandra. Det blir därför svårt att prata om comorbiditet. Han hade sedan flera förslag och för vidare läsning hänvisar jag till hans artikel: Rutter, M. (2011), Research Review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52: 647–660. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x

Slutligen var jag på ett seminarium som ESCAPs nyvalde ordförande Ruud Minderaa höll i. Seminariet handlade om hur vi samlar in evidensbaserad kunskap och hur man delar den med andra. Ordförande betonade att ESCAP ser ett stort värde i att detta utvecklas. Det var därför extra roligt att höra Peter Engelsöy, verksamhetschef i Stockholm, redogöra för BUP Stockholms stora arbete med att först engagera personalen och sedan organisera kliniken i att samla in evidensbaserad kunskap. Detta har resulterat i en bok som snart kommer ut på nätet i PDF-filformat. Peters framställning väckte stort intresse och många följdfrågor. Peter fick bl.a. en fråga om Stockholms arbete väckt avundsjuka i övriga landet. Här kunde han dock berätta att det i stället väckt ett stort intresse och vilja att ta del av materialet, något som jag kunde instämma i. För övrigt kommer nästa BUP-kongress våren 2012 att vara i Stockholm där man kommer att presentera sitt arbete

Jag deltog också i ESCAPs årsmöte som representant för Sverige. En ny styrelse valdes och där invaldes Carl-Göran Svedin från Linköping. Vi röstade om vem som skall arrangera ESCAP-kongressen 2017 och där vann Schweiz (Geneve) i hård konkurrens med Holland. Nästa ESCAP blir i Dublin 2013 och därefter Madrid 2015.

Foto och text: Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP



Peter berättar om arbetet med de nya riktlinjerna

Ritalin® kapsel och tablett

för barn och ungdomar med ADHD

En bra
start på
dagen



För en flexibel anpassning till olika behov hos individer och åldersgrupper

Ritalin® kapsel:

- Är ett långverkande metylfenidat med en snabb initial frisättning och med en fördröjd frisättning och en effektprofil som:
 - Hjälper individen under de viktiga förmiddagstimmar
 - Ger bibehållen effekt under hela dagen
- Kan tas oberoende av föda
- Kan öppnas och strös på en mindre mängd kall mat
- Finns i styrkorna 10, 20, 30, 40 mg



Ritalin® tablett:

- Kan tillsammans med Ritalin långverkande kapsel ge möjlighet till individanpassad behandling



Ritalin (metylphenidathydroklorid), kapsel med modifierad frisättning och tablett, Rx, är ett psykostimulantia, läkemedel mot ADHD. Beroendeframkallande läkemedel. **Indikation:** Ritalin är indicerat som en del i det totala behandlingsprogrammet för ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) hos barn över 6 år och tonåringar, då endast psykosociala och pedagogiska stödåtgärder visat sig vara otillräckliga. Ritalin kapsel och tablett får endast lämnas ut från apotek om det förskrivs av läkare med specialistkompetens inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering, eller med dispens beviljad av Läke-medelsverket. **Kontraindikation:** feokromocytom, hyperthyroidism, existerande kardiovaskulära eller cerebrovasulära sjukdomar, icke välkontrollerad bipolär sjukdom typ 1, svår depression, psykos, självmordstendens eller psykopatisk/borderline personlighetsstörning, samtidig behandling med icke selektiv irreversibel MAO-hämmare, överkänslighet för metylfenidat eller något hjälpämne. **Förpackningar:** Ritalin kapsel finns i styrkorna 10 mg, 20 mg, 30 mg och 40 mg i förpackningar med 30 kapslar. Ritalin tablett 10 mg finns i förpackningar med 30 och 100 tabletter. **Läkemedelsförmån och pris:** Ritalins samtliga förpackningar är subventionerade = F. För aktuella priser se www.fass.se. **Produktnotes uppdaterad:** 2011-01-14, www.fass.se.

Referens: Ritalin produktresumé 2011-01-14. www.fass.se

Har du frågor angående våra receptbelagda produkter är du välkommen att vända dig till Novartis Medicinsk Information via e-post: medinfo.se@novartis.com



Novartis Sverige AB, Box 1150, 183 11 Täby.
Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

Ritalin® kapsel
(metylfenidat)



Forskning och sanning

Forskningen kan ses som den naturvetenskapliga världsbildens "kronjuvel". Tillämpad forskning har i stor utsträckning bidragit till framsteg inte minst inom medicin och teknologi. Detta kan bidra till att forskningsresultat ibland uppfattas som om de hade en absolut karaktär snarare än att vara steg i en pågående, rekursiv process där varje uppnått resultat kommer att kunna omprövas i ljuset av senare fynd. Forskningsresultat tas för funnen sanning.

Hur kommer det sig att vi så lätt glömmar att hålla den reflekterande distans till forskningen och dess resultat som vi egentligen tycker att vi borde och som ligger i forskningsprocessens natur? Forskning om vår hjärnas sätt att fungera hjälper oss att förstå vad som händer. Hjärnan har ju, guskelov, en tendens att hela tiden förenkla vår upplevelse av tillvaron för att underlätta för oss att hantera denna. Ska vi komma utöver den förenkling som vår hjärna ofta "spontant" tillhandahåller, måste vi börja anstränga oss, medvetet observera och tänka.

För mig verkar det som om det tillkommer en faktor, en tendens till idealisering av forskningen som mänsklig verksamhet. Vi tycks enligt min uppfattning också idealisera forskning om Hjärnan som ju står för denna kvalificerade verksamhet, forskning på "sig själv". Vi har en entusiastisk syn på neuroforskning och dess resultat.

Våra upplevelser och reaktioner tycks numera få en karaktär av att vara särskilt verkliga när dess neurofysiologiska korrelat kan beskrivas. Jag delar denna entusiasm. Jag blir spontant ofta upprymd när jag läser om hjärnforskningens senaste resultat. När jag har tänkt efter en stund, undrar jag ibland (men inte alltid) varför jag blivit så entusiastisk. Många fynd, kanske de flesta, tycks bekräfta att vår hjärna "faktiskt" fungerar precis så som man har anledning att anta att den måste fungera. Det är inte oviktigt men inte så uppseendeväckande. I god Cartesiansk anda tycks vi vara underställda inte bara vår kognition utan vår vördade Hjärna, vars funktion vi får vara så goda att finna oss i. Hjärnan och Forskningen är instrumenten för att precisera de villkor vi lever under och bekräftar våra upplevelser och vår världsbild.

Jag har (med hjälp av min Hjärna) funnit ett par positioner som för mig underlättar att upprätta eller kanske återupprätta

en viss distans till forskningen. Låt oss kalla dem vänster- respektive högerhjärnepositionen. Jag börjar med att beskriva vänsterhjärnepositionen.

Epistemologi och paradig

Forskning baseras på hur vi uppfattar världen och vår uppfattning om vår uppfattning beror i sin tur på vår epistemologi, det vill säga vår föreställning om kunskapens natur. Här är det inte bara en fråga om vi är konstruktivister som i likhet med Kant anser att vi aldrig kan nå kunskap om verklighetens "sanna natur" utan får nöja oss med vad våra sinnesorgans och deras tekniska förlängningar förser oss med. Vi brottas också med att skilja mellan vad vi genom forskning eller på andra sätt upptäcker, och vad vi "uppfinner" eller konstruerar. Vi tvingas också att förhålla oss till att det finns en "Newtonsk" forskning där resultaten är begripliga och logiska, och en "Einsteinisk", kvantfysikalisk, där fynden är "obegripliga", där fenomen har egenskaper som logiskt tycks utesluta varandra. Sist måste vi förhålla oss till att konceptualiseringen försiggår inom ett övergripande paradig om vilket vi bara vet en sak med säkerhet, nämligen att det inte kan omfatta "allt som är fallet" för att tala med Wittgenstein, paradig expanderar språngvis med samma obehaglighet som vårt universum. Vi kommer heller aldrig ifrån det slutgiltiga momentet av tolkning och tolkningsramen bestäms av paradigmet.

Om detta är ett perspektiv som förfaller allt för ansträngande för att återställa en distans till forskningen och dess resultat kan jag rekommendera högerhjärneperspektivet som är mer lättamt och lustbetonat.

Forskning som lek

Risken att fastna i forskning som Sanning, kanske beror på hur man ser på forskarens aktivitet och livet i allmänhet. Om Shakespeare hävdar att livet är en scen där vi tar och spelar våra roller i livets teater, kan man också hävda att detta rolltagande är en ständig lek styrd av lekregler som både avspeglar och skapar olika sammanhang. Jag använder då begreppet lek i samma mening som Winnicott när han hävdade att psykoterapi är en lek – ibland med döden som tema. Winnicott syftar såvitt jag förstår på den strukturella formen för den terapeutiska relationen och intrapsykiska processen, inte på temat för samtalet.

En av mänsklighetens mest sofistikerade lekar med strama välartikulerade lekregler är just forskning. Forskning är den kanske mest seriösa av Homo Ludens komplexa aktiviteter. "Låt oss leka att man kan göra siffror av olika yttringar av vår mänskliga natur och se vart det leder oss". Trollformeln i denna "som om"-lek är operationaliseringen som trollar bort den mänskliga komplexiteten och trollar fram en nödvändig förenkling. Därtill kommer den viktigaste sociala metalekregeln vad gäller forskning: "Detta är allvar". Det krävs att man uppträder värdigt. Det handlar inte bara om att

forskningsprocesser och teman ska behandlas seriöst, utan det sociala samspelet bör också präglas av återhållsamhet, stramhet och ritualer.

Det går lättare att förhålla sig klädsamt allvarlig i dessa sammanhang om man tänker sig att man just följer en viktig lekregel. Alla tendenser till vanvördnad bör hållas i schack. Man kan dock ha ett visst nöje av att iakttä hur forskarkollegerna samvetsgrant följer samma lekregler som man själv. Utom ibland då allt tycks spåra ur och man tar heder och ära av varandra genom att uppbåda all den observations- och formuleringskonst man är mäktig. Disputationen är ett viktigt lekområde men sin hierarki och ritual. Respondentens nervositet är ett uttryck för att det handlar om en lek på största allvar. Den mest påkostade och storslagna lek-finalen är dock Nobelfesten. Då får även kungligheter och annat prominent folk vara med och leka med de stora vetenskapsmännen och kvinnorna och vi andra får nöjet att titta på.

Jag kan varmt rekommendera att se forskningsprocessen och forskarsamhällets aktiviteter ur detta lekperspektiv. Det får som sagt bli högerhjärnans bidrag till den distans jag beskrev tidigare. Med dess hjälp kan man skapa och behålla ett omprövande tanke/känsla-utrymme utan att behöva grubbla över vare sig konstruktionism, epistemologi eller paradig.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



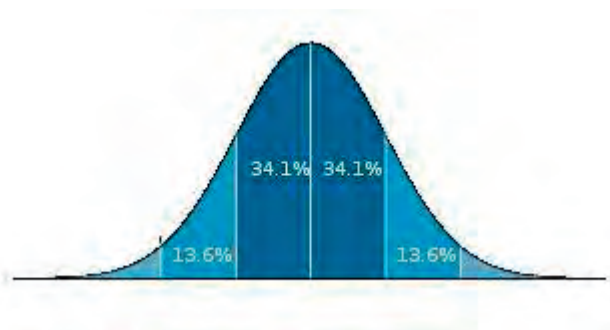
Medikaliseringen av själslivet

Det är vanligt att annars vederhäftig kritik mot en sorts praxis tar i så mycket för att framhäva en annan synvinkel att den riskerar att slå över. Richard P Bentalls bok "Medikaliseringen av själslivet" balanserar på eggen, den är mycket intressant och presenterar forskning om psykiatri, framför allt rörande schizofreni, som är viktig att känna till. Dess polemiserande ton till trots kan det vara en viktig bok som påminner om vikten av stor respekt för varje människas autonomi och rätt att själv välja, även inom de områden där hon är sjuk.

På annan plats i detta nummer påminner oss professor Marie Åsberg om vissa viktiga fakta som har med evidensbegreppet att göra. Det är ett viktigt begrepp, det används i så många syften och har varit föremål för upprepade artiklar i SP och på andra ställen. En central fråga är vilken typ av forskning som ges företräde och vilken typ av forskning som lyfts fram som bra eller relevant för kliniskt arbete. På politisk nivå har begreppet använts utan att beslutsfattarna begriper begreppet överhuvudtaget utan tar det som intäkt för någon sorts allmän sanning, detsamma gäller på tjänstemannanivå när regler för behandling formuleras.

En psykiatri i blåsväder

Bokförlaget Dualis har gett ut två böcker som båda är mycket intressanta för att de belyser annan forskning än den mest framträdande. Den ena boken "Den förlorade sorgsenheten" anmälades i SP i nr 4-2010, den beskriver hur DSM-systemet lyfter fram symtom på ett sätt som gör vissa naturliga kris- och sorgeprocesser till patologiska processer under depressionsbeteckningen. I boken "Medikaliseringen av själslivet" av Richard P Bentall diskuteras psykosbegreppet och på vilka sätt olika behandlingar givits olika tyngd, där vårdens betoning ligger på läkemedelsbehandlingen av psykos, något som Bentall ifrågasätter som grundprincip.



Medikaliseringen av själslivet, Richard P Bentall

Bentall beskriver i boken olika sätt att se på psykos, han formulerar tre "myter" mot vilka han tar spjörn. Det är myten om diagnostikens meningsfullhet, myten om genetikens plats och myten om hjärnsjukdomsbegreppet.

Myter och teorier

Det är svårt att se diagnostiken som något som *i sig* har skadat personer med sjukdom, även i tider med andra diagnosbegrepp eller andra sätt att se på olika tillstånd har känsliga personer som varit oregerliga eller betett sig mycket annorlunda hanterats ovarsamt av omvärlden. Att det nu finns diagnostiska termer som avgränsar och innesluter tillstånd är kanhända inte problemet, även om diagnostiken kan användas på mycket olika vis. SP har haft ett helt nummer (1/2009) om denna fråga.

Frågan om hur omfattande ärftligheten för schizofreni är diskuteras noga, och enligt de beskrivningar som boken ger har bedömningen av ärftlighetens inblandning kraftfullt överskattats. Att det finns ärftliga inslag förnekas inte men författaren betonar att de personliga erfarenheterna i samverkan med genetiken är av avgörande betydelse. Traumatisering, i synnerhet sexuell traumatisering, och tidig separation från föräldrarna är exempel på erfarenheter som är överrepresenterade hos personer som fått schizofrenidiagnos. De tre stora symtomgrupperna, paranoia, hallucinos och tankestörning kopplas ihop med erfarenhet av mobbning och otrygg anknytning, plötslig traumatisering respektive "kommunikationsavvikande föräldrabeteende".

Frågan om avvikelser i hjärnfunktion som orsak till schizofreni, "myt #3", går också igenom mycket noga. Författaren noterar också hur ett flertal avgångsteorier och förklaringsmodeller kring schizofreni och hjärnfunktioner verkar vara felaktiga. Som exempel kan nämnas dopaminteorin.

Dess styrka vederläggs i texten hastigt via en studie som hävdar att även anhöriga till schizofrena har samma D2-receptoravvikelse som de sjuka, trots att dessa anhöriga inte har några schizofrena symtom. I sådana fall, föreslår författaren, är D2-receptorstörningen inte kopplad till de psykotiska symtomen utan till något annat.

Författaren länkar symtom på sätt som inte hänger ihop med de gängse diagnoskategorierna, han föreslår att diagnoserna schizofreni och bipolär sjukdom och schizoaffektiv sjukdom borde ersättas av beskrivningar av symtomen istället.

Paranoida symtom, hallucinatoriska symtom och symtom av tankestörningskaraktär. De paranoida symtomen länkar han till depressiva symtom, där en känsla av värdelöshet på ett starkt sätt projiceras till omgivningen så att självföraktet förvandlas till hot från andra. Han kopplar dessutom ihop tendensen att utveckla paranoida symtom med svårigheter att mentalisera, eller dålig förmåga att läsa andras intentioner, som hos personer med autismspektrumstörningar. Denna kedja av symtom leder till andra antaganden än biologiska teorier. Författaren hävdar också att andra teorier bättre förklarar de symtom som finns hos schizofrena.

Evidensfrågan igen

Eftersom en stor del av den psykiatriska behandlingen är farmakologisk så är det uppenbart att företag som tillverkar läkemedel intresserar sig för att få sina preparat sålda. I boken beskrivs upplägget för RCT-studier och hur bevisstyrkan i studier är avhängig av om studierna är gjorda av en forskningsinstitution eller om de är gjorda av ett läkemedelsbolag. Då studier finansieras från läkemedelsindustrin är det mycket sannolikt att ett företags preparat kommer framstå som bättre än konkurrenternas. Det kommer alltid finnas en studie som indikerar motsatsen.

En diskussion om antidepressiva och deras möjligen allmänt dåliga farmakologiska effekt men mycket goda placeboeffekt är intressant. SSRI-diskussionen i boken är dock snarast här av retoriska skäl, då bokens huvudobjekt inte handlar om depression utan om psykotiska tillstånd. Den viktigaste diskussionen kommer att handla om hur man kan behandla psykotiska symtom. Det finns en teori om att tiden från psykosdebut till behandling är avgörande för prognosen för patienten, då denna "duration of untreated psychosis" (DUP) anses leda till hjärnskador. Å andra sidan finns kritik mot denna teori eftersom de som söker hjälp och får behandling tidigare oftast är de personer som har akuta insjuknanden, för vilka också läkemedelsbehandling hjälper bättre än för personer med ett långsamt insjuknande. Det är också hos personer ur den senare gruppen som man kunnat påvisa förändringar i hjärnan. Stämmer det då verkligen att en kort DUP är bättre för patienterna än en lång? Eller är det så att olika behandlingar krävs för olika personer, för olika grupper?

Vad är det som hjälper, egentligen?

Det är uppenbart att en lågstimulusmiljö och mjukt och oaffekterat relaterande minskar psykotiska symtom. Det är också uppenbart att ångestlindring är viktig för personer med psykotiska symtom då de paranoida symtomen innebär intensiv ångest. Neuroleptika kommer också, i inledningsskedet av behandlingen, att påverka ångestsymtom mer än de påverkar vanföreställningar och hallucinationer. De biverkningar som finns av neuroleptika är dock mycket besvärande. Extrapiramidala biverkningar är plågsamma, liksom de sena motoriska biverkningarna.

Behovet av att minimera dessa biverkningar har lett till utvecklingen av andra generationens neuroleptika, där de motoriska biverkningarna har minskat men där metabola och endokrina biverkningar och biverkningar på hjärt-kärlsystemet istället dominerar. Såväl första som andra generationens neuroleptika leder dessutom efter långvarig behandling till känslomässig och intellektuell avflackning.

Dessa biverkningar innebär att medicinen, trots delvis goda effekter, har biverkningar som är så besvärande att många patienter inte tolererar den, och vill avbryta behandlingen. Författaren pekar på studier som antyder att långvarig neuroleptikabehandling ökar antalet D2-receptorer och att det finns en risk för psykosinsjuknande om man sätter ut neuroleptika för att hjärnan är överkänslig för stress och intryck just av detta skäl. Vid kortvarig behandling kan det finnas goda effekter, även om många med akuta psykotiska symtom klarar sig med annan hjälp än neuroleptika. Psykoterapi, både med patienten och med patientens familj kan minska stressbördan så att symtomen minskar. Precis som med all annan psykoterapi tycks den största delen av effekten hänga ihop med dels terapeutens tilltro till sin metod och dels med den samarbetsallians som finns mellan terapeuten och patienten.

Vi har alla lärt oss vad Gauss' normalfördelningskurva betyder i en medicinsk diskurs, nämligen att en majoritet av personer reagerar på ett likartat sätt inför en behandling. Det kommer alltid finnas personer som inte svarar på förväntat vis på behandlingen. För dessa krävs annan behandling än den som vi först prövade. Detta är den stora utmaningen för professionen, att vara ödmjuk inför patienternas specifika behov och att hitta rätt behandling för rätt person. "Medikaliseringen av själslivet" kanske på ett alltför ensidigt sätt tar ställning mot den konventionella vården, på grund av dess onyanserade historia. Men att kasta ut barnet med badvattnet är aldrig rätt.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Bra men det behövs mer

Hur går det egentligen för psykiatrin? Det är en fråga som jag får nästan varje dag. Om jag börjar med att hoppa över att försöka definiera vad som ligger i begreppet "psykiatrin" för det kan leda hur långt som helst och tänker på det som en övergripande term så är svaret Bra. Det har aldrig varit så många människor som får hjälp av psykiatrin med sina psykiska problem som idag. Det har aldrig tidigare pågått så mycket positiva aktiviteter inom området som det gör just nu. Vi har aldrig haft så mycket uppmärksamhet i media, aldrig varit så i fokus för olika myndigheters arbete, aldrig diskuterats så mycket i politiska kretsar som nu.

Vi har heller aldrig haft så mycket kunskap om hjärnan och om mänskligt samspel och fungerande till vårt förfogande som nu. Aldrig tidigare har psykiatrins kunskaper om psykiska sjukdomar och psykiatriska tillstånd efterfrågats som nu och sist men inte minst är psykiatriområdet och dess närhet fullt av frustrerade människor som inte är nöjda.

Det är där dilemmat ligger. Vi har aldrig varit så bra som nu men det har heller aldrig varit något tillfälle då behov och efterfrågan varit större än nu. Så gapet mellan vad vi skulle kunna göra och vad vi egentligen gör är större än någonsin. Den relativa otillräckligheten ökar trots att vi kan och gör mer än någonsin.

Vi måst sluta säga att det går utför med psykiatrin och att allt blir sämre för det gör det inte. Den negativa bilden av psykiatriområdet är inte sann. Det handlar om en kraftig expansion av kunskap och vårdproduktion samtidigt som samhällets och människornas förväntningar på hjälp ökat explosionsartat. Det är svårt att hålla båda dessa bilder i huvudet samtidigt men vi måste det. Vi måste kunna vara stolta över det vi gör. Hålla fram psykiatriområdets framgångar och samtidigt påtala alla brister i behovsuppfyllelse.

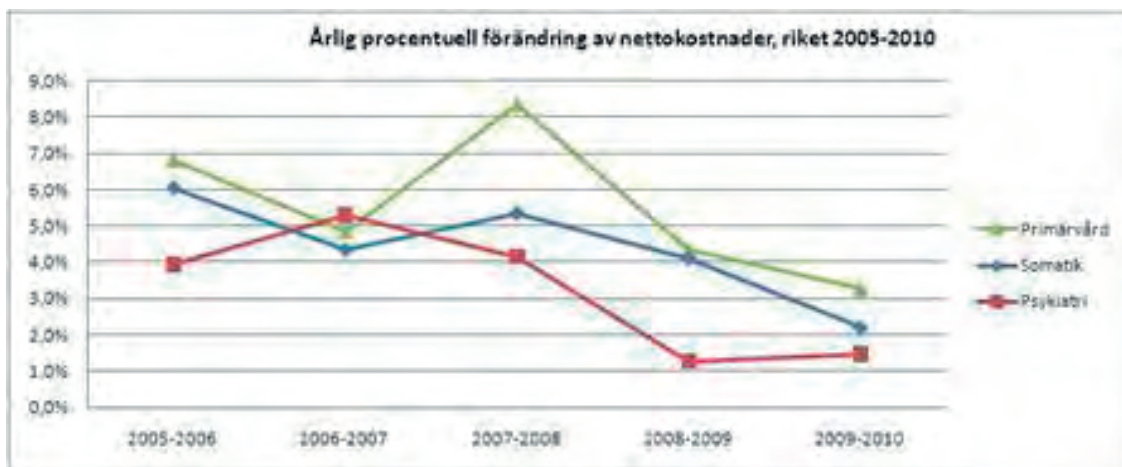
Det betyder inte att vi ska slå oss till ro utan tvärt om. Med raka ryggar ska vi kämpa för att utvecklingen inom psykiatrin går ännu vidare.

Vi brinner för att människor ska få den hjälp de behöver, vi vill vara med och bidra till en samhällsutveckling som inkluderar alla människor, vi är oerhört nyfikna och vill vara med och förstå hjärnans innersta funktioner och vi kan bidra med både smal expertkunskap och helhetssyn på mänskligt liv.

Därför måste vi ifrågasätta resurserna till psykiatrisk vård och verksamhetsnära forskning, utbildningsdimensionering för både grundutbildningar och fortbildning. Vi måste visa på att i ett modernt informationssamhälle, som det vi lever i nu, är psykisk hälsa helt avgörande för samhällets tillväxt och individernas möjlighet till delaktighet. Visa att psykiska sjukdomar drabbar många och är en av de stora sjukdomsbördorna och spelar stor roll för välbefinnandet hos befolkningen. Visa att en liten del av befolkningen drabbas av svåra sjukdomstillstånd som trots optimal behandling kan ge stora funktionsnedsättningar vilket gör att de måste ha rätt till stora insatser från samhället. Vi måste delta i samhällsdebatten och kräva att få vara experter men ändå inte gå med på att ta ansvar för hela samhällets tillkortakommande. Många av de frågor som psykiatrin hanterar har komponenter som handlar om allmän etik, människosyn, gränser för integritet med mera där alla medborgare borde vara med i diskussionen. Samtidigt får inte allt hamna i politiska eller ideologiska diskussioner. Vi ska hjälpas åt att skilja på vad som ska grundas på kunskap och erfarenhet och vad som aldrig kan bli annat än bedömningar och ställningstaganden som skiftar från tid till tid.

Prioriteringar mellan olika områden i samhället är en politisk fråga men den måste bygga på ett kunskapsunderlag som tjänstemän och professionen skapar. Alltså måst vi alla bidra till att det finns ett bra underlag för våra politiker att besluta utifrån. Då kommer vi tillbaka till att det måste finnas siffror och mätningar av olika slag.

I den senaste statistiken från Sveriges Kommuner och Landsting över sjukvårdens utveckling framgår att även mellan 2009 och 2010 hade psykiatrin den blygsammaste kostnadsutvecklingen.



Min tolkning är att resursmässigt halkar psykiatrin efter om vi ser till psykiatrins totala andel av sjukvårdskostnaderna. Visst, det är inte mycket men svårt att förstå att en ganska låg kostnadsutveckling speglar beslutsfattarnas verbala ambitioner om en satsning på psykiatri. Svaret jag får är att kostnader inte alls behöver ha något med verkligheten att göra. Ökade satsningar kan ligga i primärvården istället. Psykiatrin har fått hjälp att arbeta mycket effektivare och därför är det inte fråga om att halka efter utan effektiviseringar som gett mycket bättre vård. Det är möjligt men om vi samtidigt tänker på gapet mellan vad vi kan och vad vi gör tror jag att det är riktigt att försvara att psykiatrin också ska prioriteras ekonomiskt. För att kunna göra det behövs siffror. Jag tycker också att allt för stor del av min dag går åt till registrerande, skrivande, mätande, utvärderande och statistikande men samtidigt måste vi kunna visa vad vi gör. Ingen beslutsfattare prioriterar i dag ett område utifrån att företrädarna i verksamheten känner att de gör ett gott jobb. Kostnadsutvecklingen inom landstingen skiljer sig mycket. Det finns landsting som faktiskt har en betydande kostnadsutveckling för psykiatriområdet. Mer statistik över kostnader finns på www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psyiskhalsa/psyisk_halsa_aktuellt/psykiatrin-tappar-ytterligare_

Slutsatsen är alltså att trots allt som kan verka negativt går det bra för psykiatrin. Men jag är övertygad om att det kan gå ännu bättre och att vi alla kan vara med och bidra till att det gör det.

Ing-Marie Wieselgren

Specialist i psykiatri, överläkare

Akademiska sjukhuset Uppsala

Tidigare arbetat i Nationell psykiatrisamordning och arbetar nu även på SKL

Vill bidra till psykiatrins utveckling, mer personliga reflektioner finns på Psyksam.se



Vad gör du när patienten inte svarar bra på sin antidepressiva behandling?

Många patienter som tar läkemedel mot depression får inte tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.¹ Genom att byta behandling till Cymbalta finns det en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat två eller fler antidepressiva läkemedel utan att ha fått tillräcklig effekt.¹

Målet; att du ska kunna erbjuda dina depressionspatienter full symtomfrihet.



Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Begränsningar i läkemedelsförmånen: Cymbalta ingår i förmåner för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Referens: 1. www.tlv.se. **Cymbalta**® 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetine). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravid nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. **Datum för översyn av produktresumén:** 20091120. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_x. F. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se.



När du får oväntat resultat



"Vi har något!"

utbrast en salig psykiaterkåre när neuroleptikan Hibernal lanserades som första farmakologiska behandlingen i psykiatri. Med den antipsykotiska behandlingen förpassades en del katatona tillstånd närmast till medicinhistorien och en viktig förutsättning för tömningen av mentalsjukhusen var här. När psykiatern Roland Kuhn skulle göra en uppföljare till Hibernals succé med att behandla schizofreni med den snarlika molekylen som kom att kallas imipramin uteblev dock framgången. Många av patienterna som fick preparatet blev hyperaktiva och ingalunda lättare att behandla. Kuhn hade dock noterat att imipraminet åtminstone verkade ha en stämningshöjande effekt. Vidare försök visade att medicinen hade påfallande god effekt mot djupa depressioner. Den misslyckade antipsykotiska medicinen imipramin kom så istället att bana väg för den antidepressiva eran i modern psykiatri.

Inom forskningen talar man om "serendipity" – förmåga att av en ren slump göra en upptäckt. Där nog många skulle ha gett upp försöken med imipramin då det inte fungerade som avsett mot schizofreni, såg Kuhn att läkemedlet hade andra effekter och möjligheter. Den forskande läkaren Fleming var på samma sätt öppen för det oväntade. När han fick mögel i sin bortglömda bakterieodling reagerade han inte instinktivt med att kassera denna utan såg att det var en kal fläck på odlingsplattan kring möglet. Han förstod att möglet innehöll något bakteriedödande ämne och kunde sedan verka för utvecklingen av penicillinet, onekligen ett väl förvaltad slarv med disken. Psykologisk forskning har visat att de så kallat tursamma forskningsgrupperna utmärks av sin inställning gentemot oväntade resultat, som där uppfattas som intressanta.

Det är inte lätt att hålla ett öppet sinne. Med våra tidigare erfarenheter kan vi slå på autopiloten och minimera energin som går åt till att lösa ett problem, utan att återuppfinna hjulet. Samtidigt riskerar vi då att gå miste om möjligheten att lära något nytt och i vårt psykiatriska arbete att inte ge varje patient en chans.

När jag arbetade på en allmänpsykiatrisk mottagning noterade jag ett sjukskrivningsärende i min tidbok. Det är inne med surdeg och även psykiatri har sin beskärda del. Jag såg med olust fram emot att ta itu med denna patient, som enligt journalen inte haft kontakt med psykiatri sedan hennes läkarutlåtande om hälsotillstånd skrevs för tre år sedan och som inte tagit emot någon föreslagen behandling. Jag förväntade mig att patienten skulle begära förlängd sjukersättning. Till min stora förvåning visade det sig dock sedan att patienten ville börja arbeta. Hon hade haft kontakt med en väninna som kunde ordna ett jobb åt henne. Den befarade förtidspensionen övergick i en arbetsträning. Patientens grundstämning var likväl sänkt och hon undrade om det fanns någon behandling. Det besök jag dömt ut på förhand visade sig faktiskt leda någon vart.

I forskningen räcker det inte med att vara vaken, man måste också ha ett driv för att komma någon vart. En av mina vetenskapliga förebilder är min knappt ett år gamla dotter. Hennes nyfikenhet är frenetisk och allt nytt är spännande. Hon vrider och vänder på nya föremål i sin iver att utröna hur världen är funtad och en bråkdel av hennes upptäckariver skulle vara en god grund för en vetenskaplig karriär. När vi glatt applåderar hennes framgångar med att stoppa klossar i rätt hål utvidgar hon konceptet och vi noterar med ett leende hur även hushållspappersrullen går in i ett av klosshålen.

Jag önskar mig en psykiatrisk forskning med ett öppet sinne, parat med magin i uppmärksamheten och nyfikenheten.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



En patient som förändrade mitt liv

Undersommaren 1976 hade jag mitt första underläkarvikariat. Reglerna var lite mer generösa på den tiden så efter 8 terminer på läkarlinjen fick jag förordnande på den internmedicinska avdelningen vid Umedalens mentalsjukhus. Vad jag inte hade riktigt klart för mig ifrån början var att jag förväntades ingå i jourlistan. Detta utan att ha gått kursen i psykiatri!

Många minns sin första jour och det gör också jag. En kväll i midsommartid infann jag mig på jourexpeditionen. Möttes av en äldre nattöverskötare som förutom att sätta på polisradion genast började berätta om alla otäckheter som inträffat på Umedalen genom åren. När "pipen" började ge ljud ifrån sig fick jag givetvis en kraftig pulsstegring men det första uppdraget var av lugn karaktär.

Vid 10-tiden på kvällen pep det igen och nu var det ifrån en rehabiliteringsavdelning för kvinnor. Nattöverskötaren var av den gamla stammen och benämnde den som "avdelningen för halvoraliga". När vi kom till avdelningen så gick det inte att ta miste på vad som var problemet. En kvinna i 30-årsåldern viftade och skrek och sprang fram och tillbaka i korridoren. "Hon behöver något lugnande", sa personalen.

Med genomgången farmakologikurs så visste jag i alla fall att det finns något som heter neuroleptika. Jag slog febrilt i FASS och hittade fram till Mallorol. Vad jag läste så kunde 10 mg vara lugnande.

- Jag tycker vi ger henne 10 mg Mallorol, sa jag och försökte låta säker.
- Du menar väl Haldol, sa nattöverskötaren genast

Jag insåg att det var bäst att lyda så det blev Haldol och tydligen hade patienten blivit "lugn" enligt vad som rapporterades på morgonronden.

Efter avdelningsbesöket gick jag ensam genom sjukhusparken bort till jourrummet. Det var sent på kvällen och de sista solstrålarna förgyllde tallskogen. Minns att jag funderade på vad jag hade gjort. Vad hände med allt Haldol som injicerats? Hur verkade det i patientens hjärna?

Sex år senare började jag på Psykiatriska Kliniken vid Karolinska Sjukhuset. Ganska snart väckte Göran Sedvall mitt intresse för Positronemissionstomografi (PET) och möjligheten att studera dopaminreceptorer direkt i människohjärnan.

Efter en rad svårigheter under det första året så var metoden på plats och ett av de första kliniska projekten var att undersöka i vilken grad antipsykotiska läkemedel blockerar (ockuperar) dopaminreceptorerna.

Så här i efterhand har jag funderat på om det finns ett samband. Kan det vara så att de frågor som snurrat i mitt huvud under min första journatt präglade mig så till den grad att jag senare sökte mig till forskningsprojekt som kunde ge svar på just de frågorna.

I efterhand har jag också funderat på vad som hände under journatten. Numera vet vi att 10 mg Haldol är en mycket hög dos. Det räcker oftast med 2-4 mg/dag för att få antipsykotisk effekt. Att ge 10 mg, vilket inte var ovanligt på den tiden, kan ses som ett sätt att "sätta en kemisk tvångströja" på patienten, vilket för en yttre betraktare uppfattas som att patienten blir lugn. En annan reflektion är att patientens oro sannolikt var akatisi. En biverkan av de många antipsykotiska läkemedel som hon redan behandlades med.

Lars Farde

Professor, Överläkare

Karolinska Institutet/ Psykiatri Nordväst, Stockholm

Har du något liknande att berätta?

En patient som förändrat ditt liv – som kliniker eller forskare eller människa?

Skriv till oss och berätta!

**Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri**

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2011-2012

NUMMER 4 2011

Tema: Förbjudna känslor
Deadline 20 november
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2012

Tema: Livsstil
Deadline 15 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2012

Tema: Registrera mera
Deadline 16 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2012

Tema: Var kommer barnen in?
Deadline 29 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2012

Tema: Ej bestämt
Deadline 14 november
Utkommer vecka 49

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.
Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se



Psykiatri – ett sjunkande skepp?



I efterdyningarna av bl.a. mordet på Anna Lindh tillsattes en *haverikommission* och resurser tillfördes psykiatri. När jag idag tänker på resultatet av Miltonpengarna tänker jag på sagan om kostymen som bara "bidde en tumme".

Resursbrist gör att ansvaret för vissa diagnoser ligger hos primärvården som saknar rätt kompetens. Jag har själv lidit av återkommande depressioner under mer än 30 år utan åtgärd från primärvården. Senast fick jag välja om jag ville ha ett tio- eller tjugominutersbesök. Innan jag till sist fick remiss till utredning fick jag två gånger frågan varför jag ville bli "stämplad som bipolär".

Att korta vårdköerna för barn och unga har varit ett prioriterat område för alliansregeringens psykiatrisatsning. Men det finns bara 157 slutenvårdsplatser som ska räcka till alla behövande ungdomar. Gruppen har enligt Socialstyrelsen samtidigt tredubblats mellan 1995 och 2007.

Rättspsykiatri har 1 116. Är den skillnaden rimlig? Resurserna har gått till att korta köerna hos BUP, det kan låta positivt men BUP gallrar nu hårdare för vilka som får fortsatt hjälp. De som blir utan tar sällan någon ansvar för enligt Socialstyrelsen. Vår dotter hade "tur" (???) eftersom psykiatri tog över, men hon har bara en gång på två år fått träffa samma läkare!

Trots att statistiken talar sitt tydliga språk och rapporter pekat på de stora bristerna är det oroväckande tyst i debatten. Psykiatri arbetar under ett hårt tryck och även om studier visat att 70 till 90 % av de som begår självmord har haft vårdkontakt inom sex månader före händelsen är det inte enkelt att göra en suicidriskbedömning. Utifrån det alarmerande antalet har

Socialstyrelsen tittat noga på hur sjukvården arbetar och fann stora vårdbrister.



Förra årets förslag om att förbättra vården får tummen ner av Socialstyrelsens psykiatriexpert Helena Silfverhielm. Hennes skepsis handlar om att det inte hjälper om det finns fina dokument/rutiner när omsättningen på läkare och vårdpersonal är stor samt att den tid som finns till varje patient är snålt tilltagen. En riskbedömning är komplicerad och i Region Skåne görs en *satsning* på utbildning i suicidprevention och de räknar med att antalet då ska minska med 15 till 20 % alltså 5 till 10 personer färre. Det är vällovligt i sig men som i alla andra fall när kommuner och landsting visar upp siffror så fokuserar de alltid på de "85 % av eleverna som klarar betygen", de "70 % som har fått operation inom en viss tidsgräns".

Men vem bryr sig om de övriga procenten som faktiskt är människor som behöver mer hjälp och stöd än vad de fick.? Det hade varit intressant att få se handlingsplaner för dem som tillhör "inte-gruppen", men det lär aldrig inträffa!

När det gäller SU har det sedan drygt tio år tillbaka stängts ned akutverksamheten; nattstängning på Östra och Mölndal, helgstängning på Mölndal, neddragning av antalet primärjourlinjer under olika delar av dygnet, sommarstängning av akutmottagningen på Mölndal respektive Östra under olika år, samt för några år sedan stängning av psykiatriska akutmottagningen på SU/Mölndal för gott och införande av förkortade "sommartider" på SU/Östra. Man har även lagt ner Mellanvårdsteamet på Sahlgrenska, detta i ett läge när fler och fler mår mycket dåligt.

Om man har tur att komma till slutenvården kan man räkna med svängdörrssyndromet, man hinner knappt in förrän man skrivs ut. Tro mig jag har sett det på nära håll och mer än en gång.

En politiker i VGR som jag kontaktade hänvisar till att vården i regionen är bättre än i övriga landet. Det må så vara men eftersom den är usel i stora delar av landet säger det inte mycket.

Ytterst ansvarig för vården i stor-Göteborg är SU:s chef Jan Eriksson. Säg vad man vill om honom men han är i alla fall ärlig i frågan om neddragningar inom psykiatri. På inlägg i "Jan-Direkt" på SU intranät svarar han på två olika frågor om varför psykiatri måste spara 40 miljoner av de totalt 100 miljonerna som sparbetinget gäller.

- Prioriterade resurser som syftar till att minska psykisk ohälsa tillfaller inte alltid den specialiserade psykiatri.
- Psykisk ohälsa har hög prevalens och SU tillsammans med Hälso- och sjukvårdsnämnden gjorde ett prioriteringsarbete. Detta var nödvändigt för att finansiera satsningen på fyra intensivvårdsplatser samt ökade kostnader för nya potentia och dyra läkemedel.
- En överenskommelse mellan SU och HSN om att sluta med viss vård och av de 140 miljoner hamnade 28 miljoner på besparingsåtgärder inom psykiatri dvs. 20 %

- Genom att överföra 10 000 av de 20 000 besöken inom öppenspsykiatri till primärvården läggs ett större ansvar på primärvården att ge psykiatrisk vård. Då behöver inte sjukhusen betala två gånger för samma besök eftersom primärvården redan fått betalning för antal listade.

Jag är inget offer utan en överlevare trots att jag i hela mitt liv haft bipolär sjukdom och AD/HD utan att veta om det. Detta har orsakat inte bara känslor av skam och skuld utan även skador på bl.a. arbetsminnet så som patient vill jag gärna få svar på varför:

- Ställs den somatiska vården mot den psykiatriska?
- Är psykiskt sjuka inte lika mycket värda inom sjukvården?
- Väljer psykiatriker att vara stafettläkare i stället för det viktiga långsiktiga behandlingsarbetet?

Kaisa Blank Nordmark
Politiker (S) och brukare

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
20 november**

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se





Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.¹

Idag är SSRI-läkemedel etablerat förstahandsval vid behandling av egentlig depression. Men vissa patienter får biverkningar, såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens, av dessa serotonerga läkemedel. Voxra, för behandling av egentlig depression, är ett andrahandsval 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).²⁻⁷
- Voxra har inga serotonerga biverkningar såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång eller somnolens.^{1,2,6,7}



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



Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. **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:** 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. 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 2011-03-28.

*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.

Referenser: 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, www.fass.se. 2. Papakostas et al. European Psychiatry 2008; 23: S205, abstract P0046. 3. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005 Aug;66(8):974-81. 4. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 5. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997 Dec;58(12):532-7. 6. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006 Mar;51(4):234-42. 7. Croft et al. Clin Ther 2002 Apr;24(4):662-72.

Kan psykiatri vara evidensbaserad?

Rubriken kan verka överflödig, visst är vårt arbete baserat på vetenskaplig evidens, det finns en speciell tidskrift, Evidence Based Mental Health, och ett flertal böcker på detta tema.

Likväl har det riktats en omfattande kritik mot EBM i allmänhet och dess psykiatriska och psykologiska tillämpningar i synnerhet.

Jag inleder med en kort beskrivning av hur medicinsk teknologivärdering (Health Technology Assessment, HTA) och evidensbaserad medicin (EBM) växt fram de senaste 40 åren.

På många sätt kan man hävda att en förutsättning för den fortsatta utvecklingen av HTA och EBM var introduktionen av randomiseringsmetodik i medicinsk forskning från slutet av 1940. De efter hand strikta kraven på godkännande av läkemedel kanske kan sägas starta med FDA:s krav på effektdokumentation i form av placebokontrollerade jämförande studier, något som först blev lagstadgat 1962.

Utvecklingen av HTA och EBM har skett parallellt, men i förvånande stor grad oberoende av varandra. Medan HTA utvecklades med speciell inriktning mot att identifiera de mest kostnadseffektiva behandlingsalternativen för en sjukvård med galopperande kostnader, var EBM-rörelsen mer individfokuserad och initialt föga intresserad av kostnadsaspekter. Detta trots att en tidig förespråkare för randomiserade studier och systematiska kunskaps-sammanställningar, Archie Cochrane, var epidemiolog med starkt engagemang för samhällsaspekter på sjukvård.

Bland kliniker och i tidiga formuleringar av EBM fanns en tydlig misstanke att HTA hade en dold dagordning om besparingar och ransonering. Bland HTA-företrädare fanns ibland ett visst överseende eller till och med förakt för vad man såg som naiva EBM-entusiaster utan förståelse för komplexiteten i utvärderingar och det nödvändiga att beakta andra aspekter än en interventions effekt och säkerhet. Idag är däremot samarbetet oftast välfungerande, HTA-arbetet har blivit mer standardiserat och metodologiskt sofistikerat, EBM-rörelsen mindre trosvis och mer realitetsanpassad.

Några kunskapsteoretiska antaganden

Nyckelfigurerna i EBM-rörelsen hade föga intresse för eller kunskaper om filosofi och vetenskapsteori. Den ganska omfattande kritiken från åtskilliga filosofer och vetenskapsteoretiker har huvudsakligen publicerats i relativt smala tidskrifter som inte så ofta läses av kliniker [1-4]. Därför har inte kritiken bemötts vilket gjort kritikerna allt mer indignerade och kritiken allt hårdare. För några år sedan fanns sig framträdande EBM-teoretiker tvungna att formulera en mer sammanhängande grund för EBM-koncepten [5].

Detta svar tillfredställde inte alls opponenter som varför debatten fortsätter, speciellt i tidskrifterna "Journal of Evaluation in Clinical Practice" och "Perspectives in Biology and Medicine". Röstläget skruvades upp ytterligare sedan några postmodernistiska omvårdnadsforskare beskriver EBM som en slags fascistisk ideologi [6]. Vad man tycks ha menat är att fokuseringen på kvantitativ forskning gjort att feministisk, fenomenologisk och kvalitativ forskning blivit undanträngd och inte längre tillåts ingå i samma diskurs som den imperialistiska Cochranerörelsen. Personligen anser jag postmodernism vara flum och trams som inte förtjänar någon plats i medicinsk teoriutveckling, men det blev lite fånigt när upprörda Cochraneförhållare kände sig nödgade förklara att Artie Cochrane var en god antifascist.

Nåväl, kort och förenklat: I den empiriska och kvantitativa traditionen bygger man på en realistisk grund, det vill säga att det finns en objektiv verklighet som i varje fall till stor del är oberoende av observatörer. Men man är inte positivist utan post-positivist som är väl medvetna om att data och fakta inte säger så mycket utan måste infogas i en teori som i varje fall delvis är påverkad av sociala, genus-, ras- och andra aspekter. Man är väl medvetna om arbeten av Popper, Feyerabend, Peirce och Quine [7, 8].

Som jag läser litteraturen är det inga tongivande EBM-teoretiker som är anhängare av den radikala reduktiva materialism som till exempel förespråkas av makarna Churchland [9, 10]. Deras argument är i grova drag att den fortsatta vetenskapliga kunskapsutvecklingen kommer att göra det möjligt att förklara komplexa emotioner och kognitioner på en atomär eller möjligen molekylär nivå. De ser fram mot en framtid då det de föraktfullt kallar "folk psychology" ersätts av fysiska och biokemiska begrepp.

Grundantaganden i EBM

1. Det finns studiedesigner av olika typ och tillförlitligheten av slutsatserna varierar med studietyp [11].
2. Det finns en evidenshierarki för studier av behandlingseffekter där metaanalys av välgjorda randomiserade, kontrollerade studier (RCT) har högst bevisvärde och fallrapporter och expertomdömen det lägsta [12].
3. Det finns en relativ konsensus om hur en korrekt metaanalys skall göras, sammanfattat i "PRISMA statement" [13, 14].

4. Det finns en relativ konsensus om vad som definierar en välgjord respektive en dålig RCT. Dessa metodaspekter sammanfattas i "CONSORT-statement" [15, 16].
5. När det bara finns små eller dåliga RCT kan välgjorda observationsstudier ge tillförlitligare resultat, men dessa resultat är provisoriska och bör snarast testas i stora, välgjorda RCT.
6. Det finns en relativ konsensus om vad som kännetecknar välgjorda observationsstudier, sammanfattat i "STROBE-statement" [17, 18].
7. Det finns en relativ konsensus om vad som kännetecknar en bra diagnostisk studie, sammanfattat i "STARD-statement" [19, 20].
8. Betydelsen av risk-nytta analyser och kostnadsaspekter har underskattats i den evidensbaserade medicinen.
9. Det finns ingen tydlig metodik för att integrera patientperspektiv i en sammanvägning av beslutsunderlag.
10. Det finns en ökande acceptans för hur man skall gradera och väga samman olika typer av information som underlag för kliniska rekommendationer. Denna metodik sammanfattas i GRADE [21].

i genomsnitt har det hyfsat är ju inte utan poänger. Vissa personer blir bättre av en behandling, vissa har ingen effekt, och några försämrar. Var befinner sig min patient i detta spektrum [25]?

Inom somatiken kan man ibland beräkna "baseline risk", det vill säga hur stor risk en obehandlad sjukdom/riskfaktor innebär. Sedan kan man göra beräkningar av hur behandlingens vinsten förhåller sig till riskerna med behandling [26-29].

Motsvarigheter i psykiatri är få. Möjligen kan man anse att det finns ett samband mellan svårighetsgraden av en psykisk sjukdom och intensiteten i den behandling man föreslår. Samtidigt finns det sällan några tydliga samband mellan effekt av behandling och svårighetsgrad av sjukdomen. Vi har i psykiatri också varit sena att försöka mäta effekten av behandlingar på funktionsförbättring i arbete och sociala relationer.

En annan fråga är hur representativa de patienter är som deltar i en klinisk prövning. Ett kort svar är att de oftast inte alls är representativa. Invändningen från den traditionella kliniken blir då att studieresultaten inte är tillämpbara på hennes patient. Men är det så? Och om det är så, på vad skall kliniken då basera sitt behandlingsval? På vad hon brukar göra? På vad chefen anser? På vad patienten själv vill ha?

En annan möjlighet som jag ser som mer rationell är att ställa frågan om det finns biologiska och farmakologiska argument för att min patient är så annorlunda de som ingått i studierna att han kan förväntas ha kvalitativt annan effekt av behandlingen. Så är oftast inte fallet. Vad som däremot ofta måste tas hänsyn till är att patienter som inte deltar i studier oftast är äldre, har fler sjukdomar och fler läkemedel.

Det finns en utbredd uppfattning att den maximala effekten av ett läkemedel visas i en placebokontrollerad studie. Detta är bland annat grunden till påståendet att antidepressiva har en obetydlig klinisk effekt. Vad man då inte tar med i diskussionen är dels att patienter i depressionsstudier nästan alltid är annonsrekryterade, och dels att de läkare som medverkar i studierna i stor utsträckning har direkt ekonomisk vinning av att inkludera så många som möjligt, till exempel genom att överdriva symtomens svårighetsgrad. Vad man oftast inte heller beaktar är att effekten av antidepressiva är påtagligt större i studier utan placebogrupp. Detta skulle mycket väl kunna innebära att placebo i själva verket fungerar som nocebo.

Om man alltså prövar en behandling på den patient som skiljer sig från de i studierna kan man inte utgå från att behandlingseffekten blir lägre, men givetvis inte heller att den blir högre. Man måste helt enkelt pröva och då är information från kontrollerade studier eller metaanalyser nästan alltid av större värde än personliga erfarenheter.

Ett ytterligare problem är att enskilda studier och metaanalyser av dessa oftast bara jämför två eller tre alternativ. På många områden finns betydligt fler behandlingsalternativ. Så om A jämförts med B och B med C, kan man då dra några slutsatser

Psykiatri – en omogen medicinsk specialitet

Några kända psykiatriska forskare har argumenterat för att psykiatriens relativt begränsade kunskapsvolym inte gör det möjligt att tillämpa EBM-principer [22, 23]. Själv menar jag att ju mindre stabil kunskapsbas desto viktigare att strukturera och systematisera denna. Inte bara till hjälp för kliniska beslut, utan också för att identifiera kunskapsluckor och initiera forskning som gör att dessa luckor kan fyllas. Det finns också flera handböcker om hur man tillämpar EBM inom psykiatri, den senast publicerade kom förra året [24].

Gör man en grov bibliometrisk analys så är den psykiatriska litteraturen inte obetydlig.

I PubMed finns 24 800 randomiserade studier och 3300 metaanalyser inom psykiatriområdet. Ser man på det kliniskt inriktade Cochrane Library finner man 7000 RCT och 335 systematiska översikter.

Några problem vid val av behandling

Resultaten av metaanalyser och randomiserade studier redovisas som medelvärden och med något spridningsmått, oftast ett konfidensintervall. Det gamla statistikskämtet att den som har en hand i kokande vatten och en i en frysbox

om hur A förhåller sig till C utan att de jämförts direkt? Lyckligtvis har statistisk metodik utvecklats så att denna typ av indirekta jämförelser kan göras på ett tillförlitligt sätt [30, 31].

Ett ytterligare område som många kliniker är osäkra på är vilka slutsatser som kan dras från studier utan placebogrupp. Detta är en studiedesign som länge haft dåligt rykte på grund av att denna typ av studier tidigare oftast var så underdimensionerade (låg power) och att man glatt, men felaktigt hävdade att de inte visade någon skillnad. I själva verket var det oftast en fråga om falskt negativa studier [32]. Inte heller kunde man fästa någon större vikt vid de små studier som faktiskt fann en skillnad. Dels kunde det också vara ett slumpfynd, dels vet man att negativa studier publiceras i mycket mindre utsträckning än de med signifikanta resultat. Det medför i sin tur en ofta betydande överskattning av behandlingseffekter.

Idag finns statistisk metodik för att göra ekvivalens och "non-inferiority" studier [33]. Man definierar i förväg hur stora skillnader som skall accepteras för att kalla A ekvivalent med B eller A inte betydelsefullt sämre än B. Dessa skillnader läggs sedan till grund för att beräkna hur många patienter som måste inkluderas. Analoga metoder har använts länge för att värdera de farmakokinetiska skillnader mellan originalpreparat och generika som kan accepteras för att de skall betraktas som ekvivalenta.

Hur skall en stressad kliniker hänga med?

Mina 30 år som psykiater, huvudsakligen verksam vid universitetskliniker, har lett till det enkla svaret - det kan han inte!

Bland dem som inte forskar läses få originalstudier. Bland de forskande psykiatrikerna är det få som läser mer än sporadiskt utanför sitt forskningsfält.

Ett aktuellt exempel: Bland dem som arbetar med tidig upptäckt och intervention mot psykos har plötsligt uppstått ett intresse för barndomstrauma som viktig riskfaktor för psykosutveckling [34-36]. Då verkar man inte medvetna om att detta har diskuterats och påståtts vara en viktig riskfaktor för borderline personlighetsstörning [37, 38], för PTSD-utveckling [39], för att bli deprimerad [40], för att utveckla ett missbruk [41]. Och visst får de flesta psykiskt och fysiskt misshandlade barn säkert psykiska problem som vuxna. Men hur ser det ut med specificiteten och prediktionsvärdet, och vilka latent och medierande faktorer är inblandade?

När jag läste i Lund på 70-talet hade jag en bekant som skulle doktorera i kulturgeografi. Strax innan han skulle sammanställa sitt arbete kom en avhandling på exakt samma område från ett annat svenskt universitet. Då fanns inga elektroniska databaser och inom humaniora inga Index Medicus, dessa telefonkatalogtjocka sammanställningar som NLM skickade ut innan Internets utveckling.

Idag finns inga ursäkter att inte kolla upp sitt område innan man börjar skriva. Likväl är det bara ett fåtal universitet som kräver en systematisk litteraturgenomgång innan påbörjandet av ett avhandlingsarbete [42].

Och det blir min poäng, att hålla sig uppdaterad är ett kollektivt arbete. Det förutsätter att kliniken och dess ledning ser vikten av detta. Att man skapar ett lärande klimat där vårdproduktionen inte bara mäts i besöksantal utan också i kvaliteten på produkterna.

Det förutsätter också att man har en bredd i det som skall läras och utvecklas. Alltså inte bara randomiserade studier utan bästa vårdstruktur, bästa bredd i psykoterapiutbud och omvårdnads kvalitet.

Idag finns en bra struktur för utbildning av blivande specialister. Vad som däremot inte är lika strukturerat är vidareutvecklingen av färdiga specialister. Här läggs nästan hela ansvaret på den enskilda specialisten. Och visst, man skall vara rimligt självgående. Men att följa med i litteraturen är inte som att börja cykla efter tio års uppehåll. Det sitter inte i ryggmärgen, det kräver återkommande övning och uppgradering.

Ett startpaket

Planera in två halvdagsseminarier för klinikkens läkare (eller kör dubblat om det är många läkare på olika geografiska lokaliseringar).

Bjud in någon kursledare om ni inte har egen kompetens. Kan vara från universitetsinstitution, någon som medverkat i SBU-projekt, någon från FoU-enhet.

Skicka ut några metodreferenser, t.ex. de ovan nämnda PRISMA, STARD, CONSORT, STROBE. Skicka också ut några aktuella studier inom respektive område. Köp in och distribuera en klassuppsättning av en trevlig introduktionsbok, t.ex. den av Jörgen Nordenström.

Första mötet

1. Be varje deltagare välja ut en patient med en problematik som är svårbehandlad.
2. Be att hon formulerar en klinisk frågeställning.
3. Sök gemensamt i PubMed (se till att ni har internetuppkoppling och PC-projektor).
4. Välj ut någon metaanalys eller om sådan inte finns några aktuella studier.
5. Gå gemensamt igenom de utskickade studierna med hjälp av metodreferenserna.
6. Enas om vilka frågeställningar och studier ni skall behandla nästa gång

Inför andra mötet

Skicka ut kopior på de studier som ni enades om att granska gemensamt.

Andra mötet

1. Be några deltagare kort sammanfatta centrala metodfrågor från tidigare utdelade metodreferenser.
2. Demonstrera ett referenshanteringsprogram.
3. Gå igenom studierna som skickats ut om kliniska frågeställningar.

Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer; HFS

4. Redovisa centrala tidskrifter, t.ex. med hjälp av en förteckning som jag sammanställt (se www.svenskpsykiatri.se), men som har begränsningen att den omfattar tidskrifter man har tillgång till i Stockholms Läns Landsting och inte med någon självklarhet gäller i andra landsting eller regioner.
5. Diskutera hur detta arbetssätt skulle kunna integreras i den kliniska verksamheten.

Rekommendation till den enskilde psykiatern

Följ tidskriften Evidence-Based Mental Health (EBMH) som ges ut av British Medical Journal-förlaget. Detta är en av ett stort antal tidskrifter som börjar med Evidence-Based och som har gemensamt att man bevakar de flesta viktiga tidskrifter inom sitt område, lyfter fram artiklar av särskilt intresse för den kliniskt verksamma, gör en strukturerad sammanfattning, och låter någon expert sätta in resultaten i ett större sammanhang.

Välj gärna ut en artikel, ta fram den i fulltext, läs den med stöd av någon relevant metodartikel, och jämför med hur den sammanfattas i EBMH.

Försök få en kollega göra det samma och jämför hur ni tolkar studien.

Liknande publikationer är Current Opinion in Psychiatry från Lippincott och Current Psychiatric Reports från Springer. Dessa båda tidskrifter har dock inte lika transparent metodik för urval och värdering av studier, men ger ganska bra bild av aktuell forskning.

Sten Thelander
Överläkare och studierektor för specialister i psykiatri
Psykiatri Södra
Stockholm
sten.thelander@sll.se

Referenser:
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Så heter en internationell och nationell organisation som "mitt" sjukhus, Södra Älvsborg, ihop med 80 andra är medlem i. Ni kan läsa mer om det på www.natverket.hfs.se.

Jag är sedan några år tillbaka ordförande för temagruppern "Psykisk Hälsa" som har som syfte att "Öka kunskap om psykisk hälsa inom hälso- och sjukvården. Ta fram metoder för att uppnå och bibehålla bästa möjliga psykiska hälsa hos patienter och närstående, trots kroppslig eller psykisk sjukdom".

Torsdag 8 september hade vi på morgonen ett kort möte där jag för första gången fick träffa nästan hela redaktionskommittén till denna tidning. Det var verkligen trevligt, att få ansikten på de namn jag läst under så många bra och intressanta artiklar. Direkt efter började ett tvådagars möte med HFS, även det i Svenska Läkaresällskapets (SLS) lokaler.

Det var så lustigt för under mötet kring SP pratade vi om att ev. ha ett temanummer om hälsofrämjande psykiatri. Och sedan började mötet med HFS, som mycket kom att handla om Socialstyrelsens (SoS) kommande Nationella Riktlinjer (NR) om levnadsvanor. Dessa beräknas komma i november. Mats Bauer, VD för SLS, var en av dem som inledningstalade. Han berättade om vad SLS vill göra inom området hälsofrämjande och NR, jag citerar: "...sända ut signaler till kåren att det är viktigt, angeläget och legitimt". SLS har ett speciellt projekt kring detta som leds av Lars Jerden från Falun. Man vill "...stärka sektionernas eget arbete med att implementera dessa NR". Två sektioner har redan anmält intresse: ortopedin och allmänmedicin. Att SLS engagerar sig så är att man "vill motverka en fragmenterad människosyn" som är nackdelen och risken med specialiseringen. Mats pratade så klokt och jag var stolt över att vara med i SLS.

På SPF:s kommande styrelsemöte i oktober får vi prata vidare om och i så fall hur vi kan engagera oss vidare i detta. Vi har faktiskt börjat redan 2009 genom att ge ut den kliniska riktlinjen "Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom" där betydelsen av levnadsvanor lyfts fram. Roligt att ligga steget för SoS! Det skall vi fortsätta att göra, både i denna specifika fråga och i andra. Skall kanske "SPF skall inte bara följa utvecklingen utan också leda den" bli vårt nya "stridsrop"?

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Ny ST: Från gycklare till medvetet proffs



Del 1

Hur ska ST-läkarna få tillbaka arbetsron?

I en artikel i förra numret av denna tidskrift jämförde jag er ST-läkare med gycklare. Ni som håller flera bollar i luften, som kämpar hårt för att få tillvaron att gå ihop. Den nya ST:n ställer nya krav, och det är många som känner sig stressade av det.

Jag bad om reaktioner från er läsare. En ST-läkare skrev: "Jag känner igen mig väldigt mycket i din beskrivning av nya ST-målbeskrivningen och planen. Jag har upplevt den väldigt krävande och den hackar sönder ST-tiden till små fragment och gör det nästintill omöjligt att få ihop vardagen för någon med familj och 'normala' ambitioner. De gamla överläkarna beskriver sin ST-tid som trevlig, och med stor valfrihet att arbeta inom den del av psykiatri som de ansåg sig trivas bäst i."

Borde vi gå tillbaka till dessa gamla, goda tider? ST-läkarens mening andas lite nostalgi efter en svunnen tid. Jag kan absolut också känna ett uns av nostalgi. Över en lugnare tillvaro. Dock inte över en tid då kunskapsläget var mycket lägre än idag. Idag har psykiatri och neurovetenskapens upptäckter mer och mer inflytande över hur vi ser på psykiatriska sjukdomar och hur vi behandlar våra patienter. Detta kan bara vara av godo. Och då finns det ingen återvändo: den moderna psykiatri kräver - utöver patienttid, reflektion och engagemang - även tid för teoretisk förkovring. Forskningens resultat måste få genomsyra hur vi diagnostiserar och behandlar patienterna.

Frågan är hur vi uppnår detta utan stress.

En källa till stress för ST-läkaren är att behöva vara "entreprenör" för sin utbildning. Sy ihop placeringar, söka utbildningar, gå utbildningarna, tala med handledarna, ta ut sin studietid, under tiden se till att överläkarna och olika medarbetare inte är missnöjda med ens arbetsinsatser, att de inte tycker man gör för lite m.m. m.m.

För att undvika stressen föreslår samma ST-läkare en mer "styrd" ST-plan. "Hela block och utarbetad planläggning, kurstillfällen, osv." Så att ST-läkaren "slipper slitas för att få balans mellan klinikens önskemål och vardag samt sin egen utbildning".

Hans förslag är tankvärt. I min erfarenhet som studierektor har jag observerat att i början av ST är ST-läkaren bara tacksam över att få mycket hjälp med struktur kring ST, man vill ha en förbestämd bana, som man kan vila i och hitta arbetsron.

Däremot sker det en förändring från och med mitten av ST. Då vill den blivande specialisten istället mer och mer hitta sin egen väg, och vill gärna hålla valet av utbildningar och placeringar i egna händer.

Hur gör man utomlands? I många länder finns det en så kallad "common trunk": en första period i ST (1-2 år) där alla går samma moment: samma placeringar, samma teoretiska utbildningar, samma mängd handledning osv. När en ST-läkare hoppar på sin ST, så vet alla vad som gäller, hur mycket vederbörande kommer att vara på kurs respektive avdelning/mottagning osv. Det är tydligt och uttalat. ST-läkaren behöver inte känna dåligt samvete för att hon/han är på t.ex. kurs eller på handledning.

Låt oss diskutera detta! Maila gärna mig (eller du som gått minst en METIS-kurs: gå in på "ST-forum" och diskutera)! Vill du diskutera detta i en workshop på Svenska Psykiatrikongressen? Maila mig gärna om det!

Del 2

SK kurser till alla? Var smart. Var solidarisk.

Ett sådant system har en annan viktig fördel. Man kan dimensionera kursplatserna för det behov som finns. Alla ST-läkare kommer med på kurserna.

Det tar mig till mitt nästa ämne: i Sverige har vi tack vare en samlad kraftansträngning från hela professionen, lyckats öka antalet SK-kursplatser till blivande psykiatriker till drygt 900 kursplatser om året. Trots det, kommer inte alla som vill in på de kurserna. Jag har fått en del reaktioner från ST-läkare som sökt SK-kurser men inte kommit med. En del upplever antagningssystemet för SK-kurser slumpartat och orättvist. ST-läkare som har kommit halvvägs in i ST kommer i kläm, tycker flera.

Låt oss se hur antagningen till SK- kurser fungerar: SK-kurserna i psykiatri är indelade i 3 grupper: baskurser, sjukdomslära- och fördjupningskurser (vg se tabellen som finns på METIS hemsida (<http://metisprojektet.se/mal/blockindelning-for-psykiatri/>). Baskurserna har "omvänd turordning", dvs. ju kortare tid som gått sedan du blev legitimerad, desto lättare kommer du in på kursen. Alla andra kurser har vanlig turordning, dvs. ju längre tid som gått sedan du blev legitimerad, desto lättare är det att komma in. Antagningssystemet är det som IPULS använder för SK-kurser sedan flera år tillbaka, samma för alla specialisteter.

Det automatiserade antagningssystemet på IPULS tar inte hänsyn till om ST-läkaren redan kommit in på två kurser, när det är dags att fördela platserna till den tredje. Ni förstår då varför en del ST-läkare kommer in på 4 kurser och vissa på ingen!

Som tur är, är en omfattande reform för alla SK-kurser på gång. IPULS vill komma ifrån begreppet "SK -kurs", för att istället introducera begreppet "kurser inom ST". Man kommer att se över antagningssystemet. Vi inom psykiatri får hänga med i den utvecklingen, med förhoppningen att det sker snabbt.

Men vad kan vi göra idag för att hjälpa så många ST-läkare som möjligt att komma in på kurserna? Från mitt perspektiv som både METIS projektledare och studierektor på en stor Stockholmsklinik kan jag se några lätta åtgärder som skulle hjälpa till att fördela SK-platserna vi har på ett bättre sätt.

I SK-kurserna enligt METIS-formatet måste du som ST-läkare som bekant förbereda dig till kursmötet genom att läsa litteraturen, svara på flervalsfrågorna och ofta även utföra andra hemuppgifter. Det finns alltid en examination, som tar sin tid och energi i anspråk. Det är (enligt min mening) lagom att gå 1 SK-kurs under höstterminen och 2 under vårterminen.

För att kunna fördela SK-platserna bland så många ST-läkare som möjligt: du som kommit in på fler än 1 SK-kurs på höstterminen och 2 S- kurser på vårterminen: tacka nej till de extraplatserna, så att andra kollegor kan få dem.

Om alla gjorde så, skulle det frias rätt många platser till kollegor som inte kommit in någonstans.

Likaså, om du märker att du måste tacka nej till kursplatsen, för att du inte hinner med eller av andra anledningar, ring snabbt till kurssekreteraren, så hon hinner hitta en reserv åt dig. Låt inte kurserna gå med tomma platser! Låt oss se till att så många ST-läkare som möjligt får gå kurserna!

Det där att en del ST-läkare inte kommer in på kurserna är irriterande, förstås.

Visionen med METIS är att det ska finnas tillräckligt med platser för alla. Något som idag är omöjligt att förutse är hur många kursplatser som behövs i varje ämne varje år. Glädjande nog arbetas det på IPULS för att ta fram en behovsanalys, dvs. en webbsida där du som ST-läkare kommer att kunna "prenumerera" på SK kursplatser, år för år. Du kommer att kunna lägga in hela din ST-plan, så att det kan erbjudas tillräckligt med kursplatser varje år.

Diskutera gärna detta, antingen genom att maila till mig eller genom att gå in på ST-forum i pingpong!

Trevlig höst till alla!

Raffaella Björck

ST-studierektor Psykiatri Nordväst, Stockholm

Projektledare METIS

SPF:s utbildningsutskott

Forskning inom barn- och ungdomspsykiatri



Anmälan av två antologier

Psykiatrforskning är inte bara outcome-studier...

vilket man skulle kunna tro av de senaste årens fokus på RCT-baserad evidens i meningen psykiateriska metoders effekt på DSM-definerade psykiska symtom, studier vars värde är att de kan ge en viss ledning vid val av behandling i det enskilda fallet när de vägs samman med andra faktorer. I dagsläget kan en metodik svårigen räkna med stöd inom sjukvården om den inte kan uppvisa sådana studier. Att genomföra studier av tillräcklig omfattning är dock kostsamt och tar tid. Det betyder att ett antal psykiateriska metoder som vilar på god beprövad erfarenhet i praktiken aldrig kommer att underkastas erforderlig vetenskaplig prövning. De kommer inom den offentliga sektorn att marginaliseras lika obönhörligt som när mindre företag i en stadskärna "äts upp" av de stora varuhusen i periferin. Denna process är av men för allmänheten då de undandras en möjlig valfrihet.

När det gäller psykiodynamisk/psykoanalytisk psykiatrforskning har startsträckan varit lång inte minst vad gäller resultatforskning. Det gäller särskilt den barn- och ungdomspsykiateriska verksamheten. Det kan knappast övervägande tillskrivas brist på forskningsresurser utan snarare en komplex väv av praktiska, ideologiska/historiska och psykologiska faktorer. Psykiatrforskning i vid mening är dock numera en nödvändig bas för att trovärdigt kunna kommunicera en metods karaktär, indikationer, krav på patienten samt den psykiateriska processens karaktär.

Psykiodynamisk/psykoanalytisk psykiatri med barn och ungdomar var en gång i tiden en prydnadsväxt i den psykiateriska rabatten. Numera kan man få intrycket att denna psykiatrimetod snarare ses som ett ogräs, som om den förekommer, är ett uttryck för trädgårdsmästarens obotliga nostalgi eller kanske okunskap. Två antologier tycks dock peka på motsatsen. Dessa psykiatrimetoder håller på att motivera sin existens med goda kliniska och vetenskapliga argument.

Assessing Change in Psychoanalytic Psychotherapy of Children and Adolescents. Today's Challenge. Ed John Tsiantis and Judith Trowell. London Karnac, 2010

Assessing Change in Psychoanalytic Psychotherapy of Children and Adolescents. Today's Challenge. Ed John Tsiantis and Judith Trowell. London Karnac, 2010

Child Psychotherapy and Research. New Approaches, Emerging Findings. Ed Nick Midgley, Jan Andersson, Eve Grainger, Tanja Nesic-Vuckovic and Cathy Urwin. London, Routledge, 2009

Redaktörerna av denna antologi är internationellt välrenommerade psykiatrforskare som tillsammans med sexton kollegor, övervägande från Tyskland och England, men även Sverige, USA och Grekland, ger en bred översikt över forskningsläget och dess aktuella utmaningar.

I inledningen betonas vikten av att klargöra den psykoanalytiska psykiatris plats och indikationer i ett spektrum av interventioner för olika typer av problematik. Boken ska ses som en guide för utvärdering av behandling snarare än en lärobok i behandling.

I det första kapitlet ges en fyllig resonerande översikt och sammanfattning av innehållet som omfattar outcome-metastudier av psykiodynamisk psykiatri med barn och ungdomar beträffande ett flertal störningar och symtom, samt studier av förändringsprocesser i psykiatri, bl.a. utifrån upplevelser av vändpunkter. Det visas hur man kan starta upp en kvalificerad psykiatrforskning inom en verksamhet med lång tradition inom behandling och undervisning. En fyllig manual för behandling av depression hos barn och unga presenteras, vilken ger en god inblick i hur behandlingen bedrivs, samt en diskussion av manualens för- och nackdelar.

I antologin ingår även RCT-studie av korttids psykiodynamisk psykiatri och effektiviteten av psykoanalys i en naturalistisk design. I samband med studien beskrivs väl utprovade utvärderingsinstrument. Man ger också teoretiska och praktiska argument för psykoanalytisk psykiatri som behandlingsmetod för barn och ungdomar med ADHD. En studie visar att tolkande interventioner, stöd till reflekterande processer, är kopplat till outcome, och att förmågan till symbolisk lek och narrativ produktion är kopplade till kvaliteten på den terapeutiska alliansen.

Slutligen behandlas etiska frågeställningar i samband med psykoterapi med barn och ungdomar.

Framställningen ger en välskriven och innehållsrik översikt av forskningsfältet. Jag får nöja mig med att lyfta fram ett par bidrag som jag tycker har särskilt intresse. Eilis Kennedy, barn- och ungdomspsykiatriker vid Tavistock i London, sammanfattar de studier och metaöversikter beträffande outcome som definierar evidensläget för ett antal barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd, bland annat beteendestörningar och personlighetsstörningar, OCD, inlärningssvårigheter, självmordsförsök, självskadebeteende, emotionella störningar, depression, ångest, anorexia nervosa och autism.

Siv Boalt Boethius, tidigare chef för Ericastiftelsen i Stockholm, presenterar en studie av implementeringen av psykoterapiforskning i en psykoanalytisk behandlings- och terapeututbildningskontext. Det är inte bara verksamheternas olika karaktär som tillmäts betydelse och kan bereda problem när forskning ska initieras. Sociala och psykologiska faktorer visade sig ha större betydelse än forskningstekniska och administrativa. Betydelsen av delaktighet och fortbildning av samtliga medarbetare visar sig knappast kunna överskattas liksom nödvändigheten av en tydlig ledning. Medarbetarna måste få utrymme för att ventilera sina farhågor, såväl rationella som emotionella, inför de förändringar av arbetsuppgifter och roller som en integration av en systematisk forskningsansats innebär såväl för den enskilda behandlaren som för institutionen som system. I studien visas att arbetet med dessa frågor kom att medföra en generellt större öppenhet och mindre försvarsbenägenhet också i andra sektorer av institutionens arbete. Jag tycker denna studie är viktig då den borde kunna generaliseras till en mängd sammanhang där nya teoretiska synsätt och metodiska tillvägagångssätt ska introduceras i komplexa sociala system. Behovet av sådan kunskap kan knappast överskattas. Vi tycks inte ännu ha tagit till oss att implementeringens komplexa dynamik är ett avancerat professionellt kompetensområde.

Child Psychotherapy and Research. New Approaches, Emerging Findings.

Ed Nick Midgley, Jan Andersson, Eve Grainger, Tanja Nesic-Vuckovic and Cathy Urwin. London, Routledge, 2009

Syftet med denna antologi, som huvudsakligen men inte enbart är baserad på brittiska bidrag, är att visa på kreativa sätt att fånga relevanta aspekter av vad barn- och ungdomspsykiater gör och observerar, hur detta kan göras till föremål för forskning samt kommuniceras till såväl andra professionella, politiker som en intresserad allmänhet. Den historiska och filosofiska bakgrunden till forskningen beskrivs först. Man vill bl.a. nå den nya generation av kliniker som måste bli bekanta med disciplinens kompetens inom forskningsområdet som den avspeglas i litteratur om teori, metodik och resultat.

Det framhålls vidare att behandlare via de psykoanalytiska kontakterna kommer närmare barns och föräldrars problem och föreställningsvärld än vad som är möjligt i de psykiatriska kontakterna.

Detta ger i sig unika erfarenheter vilka behöver systematiseras och kommuniceras.

Bidragen är organiserade i fyra delar, där den första omfattar vilken utsträckning tillgängliga forskningsmetoder kan göra den psykoanalytiska komplexiteten rättvisa och i vilken utsträckning det som ska studeras förvanskas genom forskningsprocessen. Grundläggande epistemologiska frågor berörs, till exempel hur psykoanalytisk kunskap skapas, liksom graden av koppling mellan tekniska interventioner och orsaksmekanismer. I del två presenteras processforskning med särskilt fokus på frågor om hur förändring kommer till stånd, vilket i sin tur kan belysa hur barn- och ungdomspsykiater fungerar. I del tre koncentrerar man sig på utvärdering och resultatforskning och presenterar olika tillvägagångssätt. I del fyra beskrivs korsbefruktningen mellan barn- och ungdomspsykiaterisk forskning och andra discipliner som utvecklingspsykologi, neuropsykologi och sociologi. Barn- och ungdomspsykiaterin kan här bidra med sin specifika kännedom om såväl barns och ungdomars egna livsberättelser, narrativ, som kunskap om deras inre värld.

Ett par nerslag i mängden av intressanta bidrag. Gunnar Carlberg, nuvarande chef för Ericastiftelsen, har utforskat förändringsprocesser och de omständigheter som underlättar dem utifrån begreppet "vändpunkter". Föräldrar och terapeuter fyllde var tredje månad i formulär rörande iakttagen förändring hos barnet; tidpunkt, innehåll och underlättande faktorer. Vändpunkter i meningen plötsliga och oväntade förändringar var inte så vanliga, snarare rörde sig förändring om en serie stegvisa processer. I de flesta av dessa processer kunde dock en tidpunkt för den iakttagna förändringen preciseras av såväl terapeuterna som av barnens föräldrar. Inte sällan handlade det om nya känslouttryck, sätt att leka, relatera, verbalisera eller introduktion av nya teman. Förändring kunde ibland kopplas till gradvis uppbyggnad av den terapeutiska alliansen, separation eller rambrott. Ofta följde en ny intersubjektiv kvalitet. Det gick också att följa hur barnets aktuella situation i förhållande till föräldrarna påverkade arbetet i terapi. Carlberg pekar på att också leken och dess karaktär var en viktig förutsättning för förändring. Fördjupade studier av terapeutens delaktighet i denna lek liksom av dynamiken kring Moments of meeting i Sterns mening är angelägna, liksom att utforska den koppling mellan terapivärlden och den yttre realiteten som uppstår när samma terapeut i vissa sessioner träffar barn och föräldrar samtidigt, vilket numera är ganska vanligt i Sverige.

Trowell, Rhode och Joffe redovisar en prospektiv, randomiserad studie där tidsbegränsad individualterapi och familjeterapi jämfördes vad gällde behandling av ett sjuttioårigt unga med svår depression enligt Kiddie-SADS. Häftet av dem led också av dystymi.

Tre fjärdedelar var inte längre deprimerade vid terapins slut. Andelen förbättrade visade sig ha ökat vid sexmånaders-uppföljningen och inga återfall noterades.

Man fann inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna - ovanligt goda resultat som skulle förtjäna replikationsstudier!

Dessa antologier kompletterar varandra och ger en bred översikt över "the state of the art" vad avser psykoanalytisk barn- och ungdomspsykoterapi. Här återfinns både korttids- och långtidsterapier, en bred flora av frågeställningar, tillvägagångssätt och forskningsinstrument. Forskningen är övervägande baserad på patienter ur den kliniska vardagen och resultaten borde vara intressanta även för behandlare inom andra psykoterapeutiska skolor och inom psykiatri.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Håll koll på grannarna!

Psykiateren heter vår tidskrifts norska motsvarighet. Den utkommer - precis som Svensk Psykiatri - med 4 nummer år, och finns både i pappersform och på nätet. Du kan följa vad som händer i den norska psykiatrien genom att gå in på www.norskpsykiatriskforening.no och klicka på länken Psykiateren i övre vänstra hörnet.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
20 november**

PsykosR

Nationellt kvalitetsregister för psykosvård

Nu är det dags att vi tar ett stort kliv framåt!

Vi kan ge bättre vård och stöd till personer med schizofreni och liknande tillstånd om vi använder all den kunskap och erfarenhet vi har tillsammans.

Psykosjukdomar och framför allt schizofreni orsakar ofta stort lidande för både patienter och närstående. De står för en betydande del av våra sjukvårdskostnader i och med att insjuknandet ofta sker i tidig ålder och många får en kronisk sjukdom. Förutom de psykiatriska problemen har många en nedsatt kroppslig hälsan, svag ekonomi och svårigheter att få vara delaktiga i samhället. Det vill vi ändra på.

Vi vill använda nationella riktlinjer, SBU-rapporter, SPF:s kliniska riktlinjer och lokala vårdprogram som stöd i ett systematiskt förbättringsarbete. Vi vill engagera de enheter som bedriver psykosvård och deras vårdgrannar i kommunen. Kvalitetsregistret för psykosvård kan vi använda för att se hur det går och jämföra med varandra.

Gå in på vår hemsida där finns information, övningar för att träna skattningar, länkar till spännande aktiviteter. Hör av er om ni har något spännande på gång så sprider vi er information.

www.kcp.se

Formas psykoterapeutens identitet av den utbildning han går i - eller blir man den man tänkte bli?

Hur utvärderar man en utbildning? Hur utvärderar man utvecklingen från adept till färdigutbildad? Vilka variabler kan vara intressanta att titta på i ett sådant sammanhang? Jan Carlsson har just gjort en doktorsavhandling med försök att undersöka dessa processer i en psykoterapeututbildning (Becoming a psychodynamic psychotherapist, Karolinska Institutet 2011). Den undersöker bland annat attityder kring psykoterapeutisk identitet hos en årskurs som gått Psykoterapiinstitutets utbildning till leg psykoterapeut och slutsatserna från denna undersökning är märkliga.

Sammanfattningsvis kan man säga att de personer som gått utbildningen genomgått stora förändringar vad gäller tankar om sätt att arbeta, under den tid som utbildningen pågick. Den uppfattning som handledarna delgav studenterna kom de också att omfatta – så länge utbildningen pågick. Studenterna har fått svara på frågor om terapeutisk attityd även under åren efter att de erhållit psykoterapeutexamen och det visar sig att nästan alla de förändringar som dök upp under utbildningens gång försvann med examen och när handledningen upphörde. De attityder och de sätt som terapeuterna då kom att omfatta liknade i stort den bild som de hade innan de började utbildningen.

Sammanfattningen ovan är väldigt komprimerad, det är min bild av delar av slutsatserna i avhandlingen, alltså att Pl:s utbildning har en konformistisk klang som gör studenterna likriktade med sina handledare så länge utbildningen pågår, och att det som händer efter utbildningens slut är att man slänger av sig "oket" från de dogmer som råder inom utbildningshuset och då istället skapar sig sin egen terapeutidentitet, friare från metod och mer eklektisk i sin attityd. Det är en pessimistisk bild av utbildningens "fostrande" möjligheter som målas upp.

Jag har själv utbildat mig vid ett annat utbildningsinstitut men känner igen det som beskrivs, en idé om hur terapeuten skall vara och en följsamhet till systemet som förväntas från ledning och som adepterna antar. De svårigheter som beskrivits i avhandlingen och som tydligen inte endast fanns vid Pl kanhända är inbyggda i lärlingssystemet. Även under utbildningen till läkare är man så illa tvungen att anpassa sig till rådande system, det överläkaren kräver att man ska tycka, det tycker man oavsett sin egen egentliga uppfattning för att det ska bli en bekvämare placering. Kunskaperna om de olika specialiteterna får man ändå, den egna läkarrollen kommer an på så många andra saker än hurdan handledningen i det enskilda fallet är.

Kanske är de slutsatser Jan Carlsson kommit till allmängiltiga, en utbildning måste kanske vara konform för att studenten skall lära sig centrala aspekter, trots att dessa inte inlemmas i de egna föreställningarna. Kanske är en väldigt styrande utbildning viktig för identitetsskapandet på samma sätt som den familj man vuxit upp i är det, man tar avstamp i familjesystemet, tar avstånd från vissa saker även om man har identifierat sig med dem under delar av ens liv. När det blir aktuellt, kommer antagligen de olika handledarnas röster låta sig påminnas, precis som vi ibland beter oss som våra föräldrar just på de sätt som vi lovat oss att aldrig göra.

Identiteten är ändå vår egen, läkarens, psykiaterns, psykoterapeutens, människans.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Här finns utrymme för platsannonser
Kontakta oss gärna om Du vill ha in en liten annons
annonser@svenskpsykiatri.se



**Monter
A 12:30**

Svenska Psykiatriska Föreningens program på Medicinska Riksstämman 2011

”Nyheter inom behandling av psykisk sjukdom”.

Älvsjömässan 30 nov - 2 dec

Årets psykiatriska program på Medicinska Riksstämman fokuserar på den snabba utvecklingen inom psykiatri. Under eftermiddagen den 1 december har Svenska Psykiatriska Föreningen bjudit in svenska och internationella föreläsare på temat

Samtliga tre dagar erbjuder fördjupande halv- och heldagskurser. Flera av kurserna riktar sig uttalat till nyblivna ST-läkare i psykiatri, AT-läkare och läkare verksamma i primärvården. Alla kurser är IPULS granskade och kan tillgodoräknas i ST-utbildning. För mer information och anmälan till kurser se kommande sidor.

Flera allmänna symposier beslutade av Svenska Läkaresällskapet i år har också ett psykiatriskt fokus och presenteras i programmet på kommande sidor.

Kom och besök vår monter A 12:30 där möter Du SPF (Svenska Psykiatriska Föreningen) tillsammans med KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister), SFBUP (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri), SLUP (Sveriges läkare under utbildning i psykiatri) och SRPF (Svenska Rättspsykiatriska Föreningen).





Professor Lars Farde

(inbjuden av SPF)

Verksam vid Karolinska Institutet. Världsrenommerad PET-forskare och en av Sveriges främsta forskare inom psykiatri och schizofreni. Genomförde den första kvantitativa studien av receptorbindning i den mänskliga hjärnan in vivo. Professor Farde kommer att tala om "Nyheter inom behandling av schizofreni".



Professor Erik Hollnagel

(inbjuden av SPF)

Professor i industriell säkerhet vid École des Mines de Paris. Har sedan 1971 arbetat inom universitet och industrin med fokus på säkerhet, inom bla. kärnkraft, flyg, dataprogrammering, sjukvård och trafik. Författare till mer än 250 originalartiklar och 15 böcker. Professor Hollnagel deltar som inbjuden av SPF i det allmänna symposiet "Suicid som patientsäkerhetsproblem".



Professor Terrence Ketter

(inbjuden av SPF)

Chef för Stanford Bipolar Clinic och delansvarig i den välkända STEP-BD studien. Medlem i redaktionen för flertalet vetenskapliga tidskrifter, bland annat *Bipolar Disorders*, *The Journal of Affective Disorders*, och *The Journal of Psychiatric Research*. Författare till mer än 300 originalartiklar och till den nyutkomna boken *Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder*. Professor Ketter kommer att tala om "Advances in treatment of bipolar disorder" samt hålla en särskild mastercourse med titeln "Bipolär sjukdom - diagnostik och behandling".



Professor David Nutt

(inbjuden av Servier)

Chef för avdelningen i neuropsykofarmakologi vid institutionen för experimentell medicin, Imperial College i London. Tidigare ordförande i European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) och rådgivare till brittiska regeringen. Författare av mer än 400 originalartiklar och 26 böcker. Professor Nutt kommer att tala på symposiet "Advances in Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders and Depression".

**Monter
A 12:30**


Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
STOCKHOLM 2011

30 NOV - 02 DEC 2011
Stockholmsmässan, Älvsjö

Svenska Psykiatriska Föreningens program på Medicinska Riksstämman 2011

Översiktligt program

Onsdag 30 nov				
Kurs	Depression - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri	Carl Sellgren	9.00-12.00	K14
Kurs	En introduktion till ACT (Acceptance and Commitment Therapy)	Niklas Törneke	9.00-12.00	K22
Allmänt symposium	Kan man äta sig lugn och glad? Kostens betydelse vid barnpsykiatriska tillstånd.	Moderator: Henrik Pelling	14.30-16.00	A3
Torsdag 1 dec (Psykiatridagen)				
Kurs	Ångest - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri	Sergej Andreewitch	9.00-12.00	M13
Kurs	Känslans neuroanatomi	Predrag Petrovic	9.00-12.00	K15
Läkemedelssymposium med lunch (Servier)*	Advances in Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders and Depression	Moderator: Christer Allgulander Föreläsare: David Nutt, Lars Häggström	12.15-13.15	A3
Föreläsning	Placebo - en neurovetenskaplig förklaring	Predrag Petrovic	13.15-14.00	A3
Föreläsning – Distingerad föreläsare	Advances in Treatment of Bipolar Disorder	Terrence Ketter	14.00-14.45	A3
Allmänt symposium	ADHD och autismspektrumtillstånd - Nya utmaningar	Moderator: Susanne Bejerot Föreläsare: Eleonore Rydén, Bo Söderpalm	14.45-15.45	A3
Föreläsning – Distingerad föreläsare	Nyheter inom behandling av schizofreni	Lars Farde	15.45-16.30	A3
Allmänt symposium	Oroande okunskap om förebyggande insatser mot barnsexövergrepp	Moderator: Bo Runeson	08.30-10.00	A3
Allmänt symposium	Kan diagnostiken av psykiatriska sjukdomar förändras av nya diagnoskriterier: DSM-5 på gott och ont	Moderator: Jan Håkansson	10.30-12.00	A3
Allmänt symposium	En human och säker narkomanvård	Moderator: Sven Andréasson	14.30-16.00	K1
Allmänt symposium	Internetförmiddad kognitiv Beteendeterapi ökar tillgänglighet för effektiv psykologisk behandling av psykiatriska och somatiska tillstånd	Moderator: Nils Lindefors	16.30-18.00	A3
Svenska Läkaresällskapets fest (för mer information se: www.sls.se/Riksstamman/Programmet/Socialt)				
Fre 2 dec				
Kurs	KBT: teori, praktik och evidensläge	Ola Jameson, Elin Wesslander	9.00-16.00	K14
Kurs	Master Course: Bipolär sjukdom - diagnostik och behandling	Terrence Ketter	9.00-16.00	K15
Allmänt symposium	Suicidprevention som patientsäkerhetsproblem	Moderator: Jan Beskow Särskilt inbjuden föreläsare av SPF: Erik Hollnagel	08.30-10.00	A3
Allmänt symposium	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni	Moderator: Lena Flyckt	10.30-12.00	A3

*Sponsrat evenemang där SPF godkänt innehållet. För lunchsmörgås och dryck anmäl senast 29 november på www.svenskpsykiatri.se/riksstamman_2011.html

Särskilt inbjudna föreläsare och kursansvariga

Sergej Andreewitch

Specialist i psykiatri och tidigare chef för specialmottagningen för Ångestsyndrom vid Karolinska Sjukhuset Solna. Medverkat i framtagandet av det Regionala Vårdprogrammet för Ångestsjukdomar för Stockholms läns landsting. Sedan många år aktiv i olika utbildningsinsatser för psykiater, allmänläkare och ST-läkare. Ger kursen "Ångest - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri" (för mer information se nedan).

Susanne Bejerot

Specialist i psykiatri och docent med omfattande erfarenhet från klinisk verksamhet och forskning kring neuropsykiatriska tillstånd. Medgrundare till patientföreningen Ananke och författare till Tvångssyndrom/OCD - Nycklar på bordet. Kommer att moderera symposiet "ADHD och autismspektrumtillstånd - Nya utmaningar".

Lars Häggström (inbjuden av Servier)

Specialist psykiatri, flerårig erfarenhet av behandling av affektiva sjukdomar och undervisning kring dessa tillstånd. Tidigare chefsöverläkare för psykiatri i södra Halland. Kommer att tala på symposiet "Advances in Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders and Depression".

Ola Jameson

Legitimerad psykolog med inriktning KBT. Har bland annat arbetat med stressrelaterade problem, PTSD, ledarskapsutveckling/chefscoaching, parterapi, handledning samt organisationsutveckling i både privat och offentlig verksamhet. Kommer tillsammans med Elin Wesslander ge kursen "KBT: teori, praktik och evidensläge" (för mer information se nedan).

Predrag Petrovic

Senior forskare på institutionen för neurovetenskap på Karolinska Institutet med halvtids VR-tjänst och klinisk halvtidstjänst som ST-läkare på Psykiatri Nordväst i Stockholm. Disputerade 2002 med postdoc på University College of London under 2005 -2007 inom kognitiv neurovetenskap. Kommer dels att tala om "Placebo - en neurovetenskaplig förklaring" och ge kursen "Känslans neuroanatomi" (för mer information se nedan).

Eleonore Rydén

Specialist i psykiatri och disputerad på avhandlingen Attention Deficity Hyperactivity Disorder (ADHD) in Bipolar Disorder. Verksam vid Affektivt Centrum, Norra Stockholms psykiatri. Kommer att föreläsa på symposiet "ADHD och autismspektrumtillstånd - Nya utmaningar".

Carl Sellgren

Specialist i psykiatri och kliniskt verksam överläkare på Affektivt Centrum, Norra Stockholms psykiatri. Forskar kring patofysiologin vid bipolärt syndrom. Ger kursen "Depression - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri" (för mer information se nedan).

Bo Söderpalm

Specialist i psykiatri och professor vid institutionen för fysiologi och neurovetenskap, Göteborgs Universitet. Ansvarig för flertalet prekliniska och kliniska studier av alkoholism och besläktade tillstånd. Kommer att föreläsa på symposiet "ADHD och autismspektrumtillstånd - Nya utmaningar".

**Monter
A 12:30**



30 NOV - 02 DEC 2011
Stockholmsmässan, Älvsjö

Niklas Törneke

Specialist i psykiatri och legitimerad psykoterapeut, sedan tio år privatpraktiserande i Kalmar Läns Landsting. Aktiv såväl i Sverige som internationellt med utbildningar i Acceptance and Commitment Therapy. Författare till Beteendets ABC - en introduktion till en behavioristisk psykoterapi och Relational Frame Theory - teori och klinisk tillämpning. Båda böckerna har översatts till flera olika språk. Ger kursen "En introduktion till ACT (Acceptance and Commitment Therapy)" (för mer information se nedan).

Elin Wesslander

Legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut med inriktning KBT. Har i stor utsträckning arbetat med barn, ungdomar och familjer men även vuxna och par inom psykiatri och privat. Stor erfarenhet av ångestbehandlingar samt arbete vid neuropsykiatriska funktionshinder. Kommer tillsammans med Ola Jameson ge kursen "KBT: teori, praktik och evidensläge" (för mer information se nedan).

Kurser

Fördjupande halv- och heldagskurser i föreläsningsform. Flera av kurserna riktar sig uttalat till nyblivna ST-läkare i psykiatri, AT-läkare och läkare verksamma i primärvården. Alla kurser är IPULS granskade och kan tillgodoräknas i ST-utbildning. Anmälan sker på www.svenskpsykiatri.se/riksstamman_2011.html. Observera att antalet platser är begränsade och att "först-till-kvarn" tillämpas. Kurserna är avgiftsbelagda.

Depression - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri

Ämne: Behandling och diagnostik av depression i primärvård och psykiatri

Primär målgrupp: Läkare verksamma i primärvård, AT-läkare och nya ST-läkare inom psykiatri

Föreläsare: Carl Sellgren

Tid: 30 november klockan 9.00 – 12.00

Beskrivning: Kursen syftar till att ge ökad och praktiskt tillämpbar kunskap kring depressionsdiagnostik och behandling. Aktuell kunskap kring biologiska mekanismer kommer diskuteras i relation till nuvarande diagnossystem och behandlingsalternativ. Ambitionen är att ge ökad kunskap kring subdiagnostik och farmakologiska verkningsmekanismer i syfte att kunna optimera behandlingsresultatet i kliniken. Kursen ges i föreläsningsform med utrymme för diskussion kring egna kliniska fall. Tonvikten kommer således ligga på konkreta åtgärder avseende diagnostik och behandling samt att försöka sätta dessa i relation till kunskap om biomarkörer och verkningsmekanismer.

Kostnad: 495 kr (inklusive moms)

En introduktion till ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

Ämne: En översikt av den nya terapiformen ACT, som fått allt större genomslag de senaste åren.

Primär målgrupp: Alla med intresse

Föreläsare: Niklas Törneke

Tid: 30 november klockan 9.00 – 12.00

Beskrivning: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en modell för psykologisk behandling som ingår i det bredare spektrat av KBT. ACT är en integrativ terapimodell där man kan spåra influenser från olika behandlingstraditioner. Den utgår från en tydlig teoretisk grund i klassisk inlärningspsykologi och modern grundforskning kring mänskligt språk och kognition. Kursen avser att ge en såväl teoretisk som klinisk introduktion till ACT. En modell kommer presenteras för hur man ser på psykologiska problem (inklusive psykopatologi) och vilka kliniska strategier man använder för att hjälpa patienten.

Kostnad: 495 kr (inklusive moms)

**Monter
A 12:30**


Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
STOCKHOLM 2011

30 NOV - 02 DEC 2011
Stockholmsmässan, Älvsjö

Ångest - diagnostik och behandling i primärvård och psykiatri

Ämne: Behandling och diagnostik av ångest i primärvård och psykiatri

Primär målgrupp: Läkare verksamma i primärvård, AT-läkare och nya ST-läkare inom psykiatri

Föreläsare: Sergej Andréewitch

Tid: 1 december klockan 9.00 – 12.00

Beskrivning: Ångestsjukdomar är vanliga, underdiagnosticerade, underbehandlade och ofta svårt funktionsnedsättande men med rätt behandling är prognosen god. Kursdeltagarna får en orientering om de olika ångestsyndromen, hur man skiljer dem åt och hur man skärper diagnostiken med hjälp av intervju och skattningsskalor. Aktuella, evidensbaserade farmakologiska och psykologiska behandlingsprinciper går igenom. Målsättningen är att den förmedlade kunskapen omedelbart ska kunna omsättas i praktik, alla deltagare får ett USB-minne med relevanta diagnosinstrument, skattningsskalor och vårdprogram.

Kostnad: 495 kr (inklusive moms)

Känslans neuroanatomi

Ämne: En översikt av neuroanatomi och kognitiv neuropsykiatri vid psykisk sjukdom.

Primär målgrupp: Alla med intresse

Föreläsare: Predrag Petrovic

Tid: 1 december klockan 9.00 – 12.00

Beskrivning: Kombinationen av modern hjärnabbildningsteknik, basal neurovetenskap och kognitiva-psykologiska modeller för hur hjärnan bearbetar information har de senaste decennierna påtagligt ökat förståelsen för psykiatrisk sjukdom. Detta forskningsområde kallas för kognitiv neuropsykiatri och är på stark framfart i omvärlden. Här ges en inblick i hur kognitiv neuropsykiatri ser på flera psykiatriska tillstånd där hjärnans emotionella system är inblandat inklusive olika ångesttillstånd, depression och emotionell instabilitet.

Kostnad: 495 kr (inklusive moms)

KBT: teori, praktik och evidensläge

Ämne: En översikt av kognitiv beteendeterapi (KBT) med presentation av konkreta metoder att använda i klinisk verksamhet

Primär målgrupp: Läkare verksamma i primärvård, AT-läkare, nya ST-läkare inom psykiatri och alla andra med intresse

Föreläsare: Ola Jameson och Elin Wesslander

Tid: 2 december klockan 9.00 – 16.00

Beskrivning: Vad är kognitiv beteendeterapi (KBT) och hur kan det användas så att det hjälper dig och dina patienter? Under denna heldag får du kunskap om vad KBT verkligen är, när det bör rekommenderas och hur det kan användas på din klinik för att underlätta arbetet för dig och för att hjälpa dina patienter. Under dagen kommer vi också att beröra ämnet beteendeanalys i organisationer och hur dessa principer kan användas för organisations- och grupputveckling samt för ledarskapsutbildning inom sjukvården. Utbildningen riktar sig främst till läkare inom allmänmedicin, AT-läkare och nyblivna ST-läkare i psykiatri men är öppen även för andra grupper. Dagen hålls av leg psykolog och leg psykoterapeut med gedigen utbildning och erfarenhet av arbete med KBT och av att utbilda i ämnet.

Kostnad: 995 kr (inklusive moms)

**Monter
A 12:30**


Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
STOCKHOLM 2011

30 NOV - 02 DEC 2011
Stockholmsmässan, Älvsjö

Mastercourse: Diagnostik och behandling av bipolär sjukdom

Ämne: Excellens i diagnostik och behandling av bipolär sjukdom med en översikt av de senaste behandlingsmöjligheterna.

Primär målgrupp: Specialister och ST-läkare i psykiatri (kursen ges på engelska)

Föreläsare: Terrence Ketter

Tid: 2 december klockan 9.00 – 16.00

Educational Objectives: At the conclusion of this session, the participant should be able to: 1) Assess patients with diverse presentations of bipolar disorders; 2) Demonstrate knowledge of evidence-based state-of-the-art pharmacotherapy for patients with bipolar disorders across all phases of the illness; and 3) Diagnostic and therapeutic implications of bipolar disorder occurring in children and adolescents, pregnant women, and older adults.

Description: Assessment and treatment of bipolar disorders is rapidly evolving. The development of DSM-5 is raising important diagnostic issues related to bipolar disorder, including using dimensional as well as categorical approaches as well as classification of: mood and behavioral problems in children and adolescents, mixed symptoms and depression accompanied by anxiety symptoms in adults, and premenstrual dysphoria in women. There is also currently an increasing appreciation for the need for evidence-based, personalized care. This course includes presentations of diagnostic advances as well as NNT and NNH analyses of approved pharmacotherapies for various phases (acute mania, acute depression, and maintenance) of bipolar disorder, to facilitate assessments of not only diagnoses but also of risks and benefits of treatments in individual patients. In addition, there are presentations regarding the substantive specific differences in the assessment and treatment of bipolar disorder in children and adolescents, women, and older adults. Taken together, the information in this course should facilitate clinicians' efforts to perform more accurate assessments and to translate the latest advances in research into evidence-based personalized state-of-the-art care for patients with bipolar disorder.

Kostnad: 1995 kr (inklusive moms)

Inträde och anmälan till Medicinska Riksstämman 2011

Inträde till Medicinska Riksstämman är gratis för medlemmar i Svenska Läkaresällskapet som betalat sin medlemsavgift senast 30 september 2011. För övriga kostar inträde alla tre dagar 5 000:-, onsdag/torsdag 2 750:-/dag, fredag 2 250:-.

Anmälan till kurser sker på www.svenskpsykiatri.se/riksstamman_2011.html. Kurserna är avgiftsbelagda (se under respektive kurs) och antalet platser på kurserna är begränsade. Först-till-kvarn kommer att tillämpas. Kurserna är öppna för intresserade oavsett medlemskap i SLS eller SPF, men sökande till kurser kommer att prioriteras i följande ordning:

1. Medlemmar i Svenska Läkaresällskapet (SLS)
2. Medlemmar i Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF)
3. Övriga

Antagning till kurs berättigar till entré till kurslokalen och till utställningen men ej till deltagande i det övriga vetenskapliga programmet.

**Monter
A 12:30**



30 NOV - 02 DEC 2011
Stockholmsmässan, Älvsjö

Transmedica är specialist i rekrytering av psykiatriker
-och bidrar till att öka kvaliteten av psykiatribehandlingen i Skandinavien



Fördelar med att arbeta från Transmedica:

- Anpassa vikariatet i förhållande till dina behov som specialistläkare
- Fördelaktiga ersättningsvillkor
- Attraktivt bonusupplägg
- Möjlighet att anställas på expertanställning i Danmark med låg skatt som följd
- Anställning i Norge, Danmark och Sverige
- Hjälp med revisor och deklaration

För mer information se: www.transmedica.dk

Transmedica är ett danskägt bolag med 20 års erfarenhet att leverera läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal till hälso- och sjukvården i Skandinavien.

Transmedica A/S, Vesterbrogade 6D, 6,
København V, +45 33 33 76 13



TRANSMEDICA

VI HJÆLPER DIG MED AT HJÆLPE ANDRE

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, företrädesvis från Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet, men även från andra instanser som t.ex. Socialdepartementet. Remisserna kan röra sådant som sjukskrivningsrekommendationer, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatriens och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

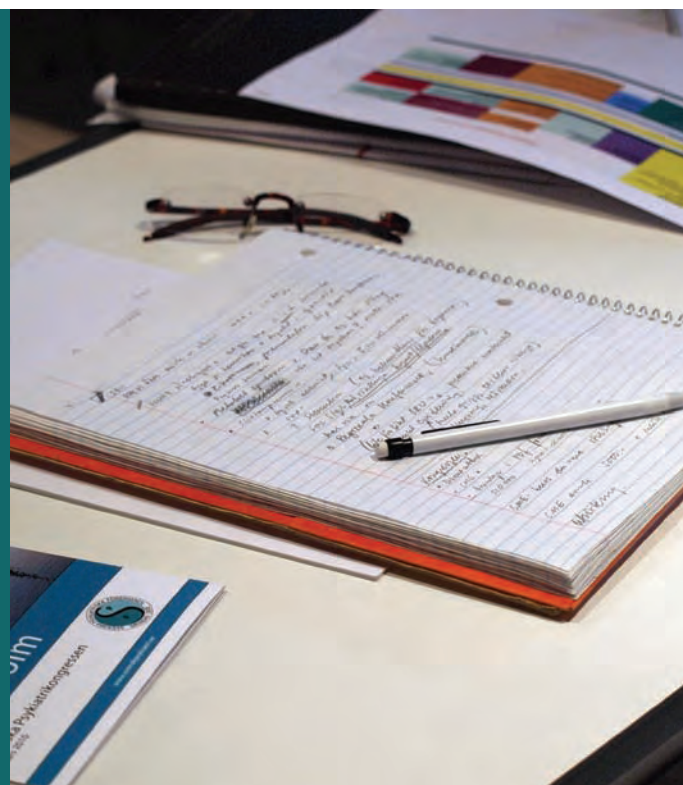


Foto: Carol Schultheis

Forskarskolor i psykiatri

För att stärka psykiatrin som kunskapsgenererande specialitet behövs klinisk forskning av hög kvalitet. Den akademiska psykiatrin i Sverige genomgår för närvarande en omfattande generationsväxling och det finns ett behov av att öka underlaget för nyrekrytering till högre forskar- och lärartjänster. Det finns också ett behov av att öka andelen forskarutbildade kliniker inom vårdgrenen.

År 2005 startade den första forskarskolan i klinisk psykiatri vid Karolinska Institutet och sedan 2010 har vi ytterligare två, nationella forskarskolor inom psykiatri i Sverige.

Forskarskolan i Stockholm

Vid Karolinska Institutet (KI) har integrerad, tvärvetenskaplig forskarutbildning inom psykiatriområdet bedrivits sedan lång tid. Psykiatri har på senare år varit föremål för strategiska satsningar inom såväl KI som Stockholms läns landsting (SLL). Redan 2005 inrättades en klinisk forskarskola i psykiatri som hittills examinerat 45 studerande. Ytterligare 15 studerande börjar KI/SLL:s forskarskola under hösten 2011. Detta innebär att om två år har 60 kliniskt verksamma personer inom Stockholms psykiatri genomgått forskarskolan. Satsningen torde ha få tidigare motsvarigheter i svensk akademisk psykiatri. Av de studerande som genomgått forskarskolan har hittills åtta disputerat, nio studerande har passerat halvtidskontroll och de flesta har registrerat sig som doktorand. Söktrycket för KI/SLL:s forskarskola har varit högt – antagningen baseras på sökandens meriter och projektets vetenskapliga kvalitet. Utbildningen sker i fyra femveckors kursperioder under två år. Under kursperioderna finns inte utrymme för parallell klinisk verksamhet, och klinikerna får ett visst lönebidrag.

Karolinska Institutet och Uppsala Universitet

Karolinska Institutet och Uppsala Universitet erbjuder från och med hösten år 2010 för första gången en nationell forskarskola i klinisk psykiatri, finansierad av Vetenskapsrådet. Målsättningen för båda forskarskolorna är att erbjuda en forskarutbildning av hög internationell kvalitet. Kursplanen för båda forskarskolorna innehåller utbildning i framför allt kvantitativ forskningsmetodik för kliniskt aktiva doktorander motsvarande 30 högskolepoäng under två år, uppdelat på fyra block om fem veckor. Exempel på kursmoment är biostatistik, epidemiologisk metodik, kvalitativa metoder samt specifika metodkurser (hjärnabbildning, psykiatrisk genetik, psykoterafiforskningsmetoder mm). Efter utbildningen skall deltagaren kunna formulera vetenskapliga hypoteser, utforma kliniska, experimentella och observationella studier, skriva etik- och anslagsansökningar, genomföra datainsamling,

analysera data, tolka resultat, skriva vetenskapliga rapporter och kritiskt granska andras publikationer. En tredjedel av de femton antagna som hunnit halvvägs i Nationella forskarskolan kommer från andra orter än Stockholm/Uppsala. Förutom den strukturerade utbildningsplanen är nätverksbyggande en viktig del av forskarskolan, inte minst för dem som kommer från forskningsmiljöer utanför större akademiska centra.

Styrguppen för båda ovan beskrivna forskarskolor består av: Johan Franck, Lisa Ekselius, Nitya Jayaram Lindström, Jussi Jokinen (studierektor), Lena Lewin, Fotios Papadopoulos, Bo Runeson samt Cecilia Dhejne som studentrepresentant.

Göteborgs och Lunds universitet

Vetenskapsrådet gav 2010 anslag också till Göteborg och Lund för en 3 terminers nationell forskarskola om 20 högskolepoäng, tänkt att upprepas i 3 cykler. Undervisningen ges växelvis i Göteborg och Lund. Blocken berör psykiatris historia, att studera olika psykiska fenomen och deras samband med omgivningsfaktorer och biokemi, att kritiskt utvärdera gamla och pröva nya behandlingsmetoder och att undersöka sjukdomarnas förekomst och förlopp i epidemiologiska studier och med hjälp av de unika register som finns i Sverige.

Mot slutet av 2011 har första kullen om cirka 20 forskarstudenter gått färdigt sina kurser. Nästa omgång startar januari 2012 med sitt första block av sex. Blocken berör psykiatris historia, vetenskapsteori och teoretiska grunder för nosologi, psykiatriska mätmetoder och tillämpad statistik, hur man skriver bra ansökningar om forskningsanslag och till forskningsetiknämnder (human- och djurförsök), psykiatrisk epidemiologi och registerstudier, randomiserade kontrollerade studier, kvalitativ forskningsmetodik, metoder inom psykoterafiforskning, hälsoekonomi, beslutsanalys och medicinsk management, avbildande tekniker inom neuroområdet, neuropsykologisk och neurofysiologisk metodik för studier av mänskliga hjärnfunktioner, beteendevetenskaplig neuropsykiatri, molekylärgenetiska studier inom psykiatrin samt psykiatrisk genetik och epigenetik.

Dessutom genomförs 10 endagsseminarier i Göteborg eller Lund: Affektiva sjukdomstillstånd och suicidalitet, psykosociala aspekter inom psykiatrisk forskning, psykotiska sjukdomstillstånd, psykiatriska tillstånd med tidig debut, substansberoende, ångesttillstånd, personlighetsstörningar, kognitiva sjukdomstillstånd samt ätstörningar.

Det är vår förhoppning att denna förstärkning av svensk forskarutbildning inom psykiatri kan öka synligheten av psykiatrisk forskning, både nationellt och internationellt. Bredden i kurserna är i högsta grad användbar för att driva bra forskningsprojekt inom både vårdvetenskap och psykiatri, både patientnära och translationella.

Jussi Jokinen

Med.dr. Överläkare. Rådsforskare

Studierektor för forskarskolan i klinisk psykiatri

Institution för klinisk neurovetenskap/psykiatri, Karolinska Institutet

Klinisk affiliering: Psykiatri Nordväst, Stockholms läns sjukvårdsområde



Hans Ågren

Professor

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi

Sektionen för psykiatri

Göteborgs universitet



Varför forskar Du lilla vän?

Fortsättning från sidan 59

Blicken far som en hetsig hyena över Laborator Gunnar A R Lundqvist sakliga beskrivning av den tidens behandlingsmöjligheter vid olika former av psykisk sjukdom. Medikamenter, terapier, kirurgi... Och där!

INSULINKOMABEHANDLING.

Jo, visst var det så. Du känner till det sedan tidigare, lite anekdotiskt sådär, som koppning och lobotomering. Man injicerade de psykotiska patienterna med noga avvägda doser insulin, detta mirakelmedel, denna BRYGD av vitalitet! så att den psykossjuka lugnt och stilla skulle glida in i ett behagligt komatöst tillstånd, vilket så småningom skulle upphäva psykosen. Ja, det kunde ju ta några dygn. In och ur koma. Och så vidare lugnt och stilla kanske det inte alltid var, så därför kunde man, om patienten ifråga "uppvisade tecken på stark ångest" i samband med behandlingen, ge lite extra lugnande. Men herregud, vad gjorde väl det jämfört med en psykos? Nej hugaligen.

Inte minst eftersom "riskerna vid insulinkomabehandling är obetydliga (...)"

Frånsett då the fine print, där det diskret anges att den allvarligaste komplikationen förstås är det irreversibla komat, men det inträder bara i sällsynta fall.

Nämen vilken TUR! Puh.

Jovialiske Torsten är den optimala patienten för denna terapi, hans pykniska kroppshydda ingår tydligen i en harmonisk allians med denna sällsamma Smack N Bam-behandling. Han är väl helt enkelt inte lika lätt att ta kål på.

Ja, vi gjorde så då. För inte allt för länge sedan, bara ungefär en genomsnittlig medelålders människas livstid. Mycket har hänt på denna förhållandevis korta tid. Idag har vi genmanipulerade grönsaker, Twitter och Zyprexa.

Du ler lite för dig själv.

Ursyftet visste förstås vad hon gjorde, när hon satte boken i din hand. Frågan känns inte längre särskilt svår att besvara.

Varför forskar du, lilla vän?

Hanna Edberg

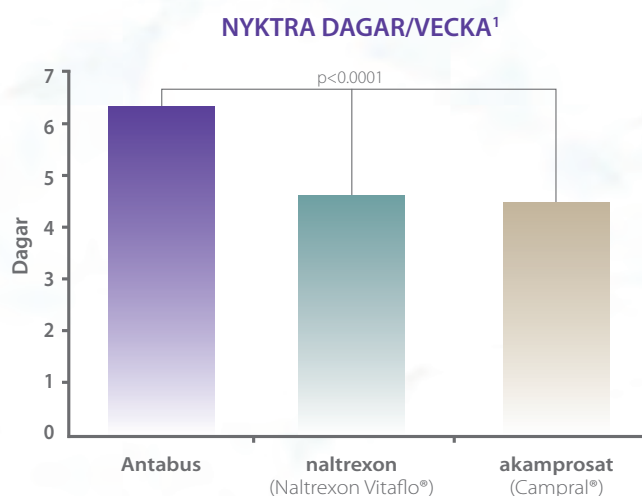
ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



Tror du att Antabus® blivit omodernt? Då är det dags att tänka om!

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosats på att uppnå nykterhet.



Föreslå att din nästa patient som är beroende av alkohol påbörjar behandling med Antabus. Då kan du ge honom eller henne en möjlighet till ett nyktert liv.

Antabus® (disulfiram); Rx; F; Brustabletter 200 mg, 100 st och 400mg, 50 st. Indikation: Alkoholism och alkoholmissbruk. Varning: Antabus® får aldrig ges utan patientens vetskap. Antabus® kan i sällsynta fall ge upphov till allvarliga leverskador. Kontraindikationer är inkompenenserad hjärtsjukdom, manifesta psykos, allvarlig organisk leverskada, tidigare leverpåverkan vid behandling med Antabus® och aktuell leversjukdom. Informationen baseras på produktresumé daterad 2008-11-06. För dosering och aktuellt pris se FASS.se

¹ Laaksonen et al, Alcohol and Alcoholism, oktober 2007

Var går gränsen?



Bland de drygt 1400 seminarierna under Almedalsveckan var debatten mellan konstnären Anna Odell och psykiatern David Eberhard ett av de mest välbesökta arrangemangen.

Debatten ägde rum på Gotlands Konstmuseum och modererades av Johan Pousette. Förutom debattörerna deltog även Stina Oscarsson (Radioteatern) och Bengt Berg (Kulturutskottet).

Redan en kvart före debattstart var lokalen överfull och besvikna besökare fick vända i dörren. Somliga försökte ta sig in på alternativa sätt genom lokalens fönster.

Det har nu gått två år sedan Anna Odell simulerade akut psykos och fördes med polis till Länsakuten i Stockholm. Efter att ha inkommit handfängslad av polis lades hon i bälte och erhöll tvångsmedicinering, då hon bedömdes agiterad. Följande morgon berättade hon för rondande överläkare om sitt tilltag och skrevs omedelbart ut från avdelningen.

Händelsen fick som bekant enorm uppmärksamhet i media. Odell har efter detta färdigställt projektet "Okänd kvinna", som också visades i Visby. Debattens vågor har gått höga, både i psykiatri och i konstvärlden. Trots det stundtals höga tonläget och de många inläggen under dessa år, var det först nu som Odell och Eberhard möttes in vivo för att offentligt samtala med varandra.

Anna Odell berättade om intentionen med sitt konstverk, om strävan att bli av med den offerroll hon upplevt sig bära sedan tidigare insjuknande i psykos. Hon ville också belysa och utforska maktstrukturer i vården. Däremot sade hon sig inte vilja bli en psykiatridebattör, utan endast med hjälp av videotekniken skildra förloppet vid ingripande och inläggning på sjukhus.

David Eberhard framförde kritik inte minst mot själva konstverket, som han menade på inget vis skildrar det som Odell vill visa. Han menade att verket egentligen bara illustrerar en sjukvård som fungerar som den ska: En agiterad patient får

rätt omhändertagande och vård. När sjukdom utesluts får hon omedelbart lämna avdelningen.

Är det då rätt att konstnärer likt journalister "wallraffar" inom sjukvården? Hade debatten blivit lika animerad om en journalist utfört samma handling – i undersökande syfte? Somliga menar att sjukvårdens arbete är dolt för insyn, då arbetet sker under sekretess, vilket därför legitimerar tillvägagångssättet.

Odell uttryckte förundran över Eberhards och Länsakutens starka reaktion efteråt. "Om allt är i sin ordning, finns det väl inte så mycket att bli upprörd över?" Inlägget ledde till applåder. Odell menade att Eberhard själv förefaller lättkränkt, något han till och med skrivit en bok om. Ännu mer applåder.

Debatten, som var schemalagd till 60 minuter, drog över med ytterligare en timme, och präglades stundom av svårigheter att hitta en riktning.

Ett något riktningsslöst moderatorskap bidrog till att debatten stundom dominerades av smågnabb mellan de båda kontrahenterna.

Å ena sidan debatterades själva konstbegreppet. Å andra sidan väcktes frågor om maktbefogenheter och behov av insyn.

Vad är egentligen konst, och vilka friheter kan en konstnär ta sig? Somliga menade att konstens roll främst är att väcka reflektion och debatt, en nödvändighet i ett demokratiskt samhälle. Detta legitimerar på så vis en del överträdelser. Eberhard förde fram argument om att konst gärna får vara begriplig; ett påstående som ledde till många höjda ögonbryn.

Psykiatri måste börja prata med sin patienter

Maktbegreppet var ofta i fokus. Psykiatri framställdes dessvärre i många inlägg som en kall och brutal institution, där lite förändrats genom åren. En äldre psykiaterkollega i publiken menade att det nu väl äntligen är dags att vi i psykiatri

”börjar prata” med våra patienter! Ännu mer applåder. En kvinna föreslog att spännbälten helt bör utrangeras ur behandlingsarsenalen, något man redan ska ha gjort på Island.

Odell menade att psykiatri medvetet feldokumenterar orsak bakom tvångsåtgärder, att man hittar på orsaker som aldrig inträffat. En företrädare för en större patientorganisation slog flera gånger fast att majoriteten av tvångsåtgärder aldrig rapporteras, vare sig i journalföring eller till Socialstyrelsen.

Denna välbesökta debatt lämnade mig med tudelade känslor.

Å ena sidan är diskussionen om själva konceptbegreppet intressant, och var gränsen bör gå för konstnären handlingsfrihet. Denna gräns är på inget sätt självklar. Och visst ligger det något i att sjukvårdens verksamhet är svår att granska för utomstående.

Videoinstallationen väcker dessutom många reflektioner; inte minst hur många personer som går förbi den ”sjuka” kvinnan på bron utan att stanna upp och fråga hur hon mår.



Å andra sidan var det frustrerande och smärtsamt att höra hur psykiatri gång efter annan beskrivs som en institution, blind för sin egen maktfullkomlighet, snarare än den sjukvårdande verksamhet vi själva upplever oss delaktiga i, alltid med syfte att lindra patientens lidande.

Oavsett vad man tycker om Anna Odells agerande kring sitt projekt, har hon verkligen varit framgångsrik med att nå sitt mål – nämligen reflektion och debatt.



Foto och text: Hans-Peter Mofors
Överläkare. Psykiatri Nordväst,
Stockholm





NCP 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
5. - 8. June 2012

Welcome to NCP 2012 in Tromsø

Understanding minds and crossing borders
Centennial Nordic Congress of Psychiatry

Preannouncement

The 30th Nordic Congress of Psychiatry will be held in Tromsø, Norway 5 – 8 June 2012. It is organised by the Norwegian Psychiatric Association and the Norwegian Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all the Psychiatric Associations in Northern Europe. There will be a separate program for candidates in psychiatric specialisation (LIS).

The scientific program will have a broad scope. Particular attention will be given to the influence of living conditions, social support and cultural diversities upon the prevalence of psychiatric disorders, stigma and anti-stigma, genetic and epigenetic research, mental health services in primary care, clinical communication and self care. Emphasis will also be placed upon the newest developments within the central psychiatric treatment modalities including psychopharmacology and psychotherapy.

We will use the opportunity to celebrate the centennial collaboration between the Nordic countries and to include new members of the family.

The conference venue will be in the centre of the town with short distances to all congress and cultural activities.
The program will be announced spring 2011.

www.ncp2012.org

Varför forskar du, lilla vän?

"Du! Ja, just du."

Det är Ursyftet som talar. Rösterna är djupa, klara, de sjunger lite om konsonanterna.

"Forskar du, lilla vän?"

Ursyftet ställer förstås inte några onödiga frågor, hon kallas väl inte Ursyftet för intet.

Du ser generat upp.

"Tjaa... jo, ja det gör jag ju."

"Jaha. Och varför det??" Ursyftets pockande fråga lägger sig som ett band kring ditt huvud inte helt olik en tvättakta spänningshuvudvärk.

Tankarna seglar kappsegling genom dina mer välfungerande lobar. Spridda formuleringar du hört, sagt, snappat upp, skrivit, tänkt...

För att det är så roligt och stimulerande...

För att jag måste...

För att jag gillar utmaningar...

För att jag vill ha en titel till...

För att det är häftigt med ny kunskap...

För att jag vill ha ett eget rum på jobbet...

För att jag älskar att labba...

För att handledaren är så himla snygg...

Ursyftet skrockar lågt. Inte nog med att hon är ett Ursyfte, dessutom är hon en tankeläsare av sällan skådat slag och just nu följer hon din tankeseglats med ohejdad förtjusning.

Du säcker ihop lite och känner dig en gnutta bortgjord. Vadå, som om du inte skulle veta? Hrmpf.

"Seså, upp med hakan nu. Och gå hem och läs den här." Ursyftet sträcker fram en liten mossgrön bok. Omslaget är av grovt tyg, den är en gnutta fransig i kanten. Du skäms fortfarande lite, så du tar emot boken, låter den snabbt och nästan omärkligt slinka ned i väskan och fladdrar snabbt hemåt.

Nyfikenheten gör sitt redan innan du hunnit hem. Du känner dig som Bastian, den unge pojken i Den Oändliga Historien när du lyfter upp boken och betraktar framsidan.

"PSYKIATRI OCH MENTALHYGIEN".

Ordet får dig att hoppa till. "Mentalhygien".

En sekunds snabb sekvens spelas upp framför dina ögon. En välmanikyrad kvinna i yngre medelåldern, 50-talsklädsel, blomligt förkläde, som klappar en liten pojke på huvudet och säger: "Så då Fritz, har du borstat tänderna och skött din mentalhygien?" Ridå.

Nåja.



Du följer Ursyftets uppmaning (du vågar inte annat, det händer att du går emot hennes eller Ändamålet Helgar Medlens rekommendationer, och varenda gång ångrar du dig så gruvligt) och låter boken slå följe med dig de kommande dagarna.

Boken är författad av LABORATOR Gunnar A R Lundqvist (du vet inte vad en laborator är så du får slå upp det. Gör det ni också.) som vid tiden för dådet var överläkare vid Karolinska sjukhuset och som ingick i det vetenskapliga rådet i psykiatri. Inte illa. Boken gavs ut 1965. Nittonhundrasextiofem. Det är 46 år sedan. Är det mycket eller lite? 46 år. Vad säger ni, alla 46-åringar därute? Känner ni er gamla?

Hur det nu än är med den saken så fanns det skillnader i vad som var psykiatrisk praxis, vilket Laborator Gunnar A R Lundqvist låter dig erfara då du följer honom genom beskrivningen av psykiatrin anno 1965.

Du läser inte utan fascination de tämligen detaljerade beskrivningarna av hur man klassificerade psyket utifrån kroppskonstitution. Den psykiska konstitutionen. Det är hart när omöjligt att inte visualisera de olika personligheterna.

Där är Greta, lång, tanig och mager, lite krum rygg, blek hy. Torr och lakonisk. Greta är leptosom, eller ectomorf om man så vill. Hon är sluten och reserverad och tycker inte om att kompromissa. Och så sover hon förmodligen dåligt. Stackars Greta. Ful är hon också.

Och så vi har Torsten, rödlätt, kort och satt, med en imponerande kalaskula och ett bullrande skratt. Gemytlig och fryntlig, Torsten har ett psyke som en öppen bok. Och han har stora kroppshålor. Vad det nu kan tänkas ha för evolutionär förklaring. Torsten, läser du, tillhör den pykniska kroppstypen. Endomorf, stora kroppshålor, inälvsdominerad. Det kan inte vara lätt att vara inälvsdominerad. Men inget oroar Torsten, som den glättige pratmakare han är skrattar han bara muntert åt inälvssnacket och tar sig ytterligare ett wienerbröd. Mums!

Du märker att dina tankar far iväg. Men vänta nu, vad ville hon, Ursyftet?

Fundersamt bläddrar du vidare. Sidorna är blekt gula, med understrykningar här och var. Frasigt papper.

Men så plötsligt hettar det till, dina pupiller vidgas, du känner hur pulsen stiger.

Fortsätter sidan 54

Det tveksamma bruket av evidens inom psykiatri

I vetenskapliga sammanhang är "evidens" det som enligt överenskomna antaganden och procedurregler ger empiriskt stöd åt ett påstående. Påståendet kan gälla till exempel verkan av ett läkemedel eller någon annan form av behandling.

Årligen publiceras ett par miljoner vetenskapliga texter inom medicinens kliniska forskning och det blir allt svårare för den enskilde läkaren att hålla sig à jour med utvecklingen. Evidensbaserad medicin lanserades vid början av 90-talet som beteckning för en datorstödd teknologi som syftar till att ge överblick över medicinens samlade kliniska kunskapsmängd.

Hur evidensbaserad medicin är tänkt att fungera kliniskt har beskrivits av David Sackett och hans medarbetare.¹ Idealt skall den läkare som stödjer sig på evidensbaserad kunskap veta hur väl underbyggd den åtgärd är som han överväger att vidta. Tillämpningen av kunskaperna skall i sin tur äga rum mot en bakgrund av gott kliniskt omdöme, iöppetsamråd med patienten samt med respekt för dennes önskemål. Det får förmodas att använt på detta vis bidrar evidenstänkandet till bättre kliniska resultat och möjligen också minskade vårdkostnader. Men genom att det också rör sig om en teknologi för klinisk styrning – det vill säga ett maktmedel för politiker och administratörer – får evidenstänkandet en verkan även utanför sina ursprungliga tillämpningsområden forskning och medicinsk praktik. Som det verkar är riktlinjeteknologin på väg att ändra de övergripande förutsättningarna för all sjukvård, inte bara den psykiatriska.

Ur strikt vetenskapligt perspektiv medför den evidensbaserade medicinen inte så mycket nytt. Även om metoderna hela tiden utvecklas och förfinas har empiriskt stringent läkemedelsprövning och klinisk forskning funnits sedan decennier tillbaka. Det nya består i sättet att organisera och tillämpa den vetenskapliga kunskapen och det sättet heter numera oftast *kliniska riktlinjer*. I princip bygger sådana riktlinjer på vad Socialstyrelsen beskrivit som "tillstånd- och åtgärds kombinationer", det vill säga uppsättningar av avgränsade diagnoser tillsammans med anvisningar för deras behandling, ofta rangordnade i stora kunskapsöversikter efter vad en expertgrupp ansett vara graden av evidens för olika åtgärder. Ett aktuellt exempel är de nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom som Socialstyrelsen publicerade våren 2010.²

För psykiatriens del består riktlinjeteknologins praktiska bas av tre hörnstenar, varav den första är *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM –*, den andra den randomiserade kontrollerade studien och den tredje den evidensbaserade kunskapen.

Den avgörande komponenten här är DSM-systemet, vars

kriteriebaserade system för klassifikation av psykiatriska sjukdomar undviker resonemang i termer av kunskap eller antaganden om underliggande fysiologiska eller psykologiska orsaker och enbart noterar observerbara symptom.³

Som det är utformat ligger det nära till hands att i daglig praktik uppfatta att DSM-systemet urskiljer faktiskt existerande sjukdomar. Förmodligen av just det skälet fick systemet stor betydelse för praktiskt taget all psykiatrisk verksamhet i de länder där det tagits emot.⁴ I och med det förefaller själva diagnostiken ha blivit som en bas för psykiatri, både som disciplin och som verksamhet.

Inte minst viktigt var att systemet skapade nya förutsättningar för klinisk forskning på det psykiatriska området. Förtroendet för diagnosernas giltighet och reliabilitet gjorde det nämligen möjligt att man föreställer sig vetenskapligt kunna utvärdera och rangordna olika behandlingar med en precision som tidigare inte varit möjlig.

Förhoppningen om att kunna grunda en diagnostik på enbart observerbara symptom har dock visat sig vila på bräcklig grund.⁵ Samtidigt som den psykiatriska disciplinen har försvurit sig åt uppfattningen att endast biomedicinska förklaringsmodeller har vetenskapligt värde är kunskapen om sambanden ännu så begränsad att man med dagens vetande inte förmår redogöra för hur stora delar av området psykisk ohälsa och sjukdom skulle vara relaterade till neurobiologisk dysfunktionalitet.

DSM-systemet klarar inte att på ett tillförlitligt vis skilja mellan funktionsstörningar, sjukdom och livsproblem av olika schatteringar. Utan verklig kunskap eller trovärdiga hypoteser blir det svårare än nödvändigt att skilja mellan likartade symptombilder, som med andra förklaringsmodeller eller språk för det psykiska lidandet skulle kunna visa sig ha helt skilda underliggande "orsaker", vare sig man tänker sig att dessa är psykologiska och/eller fysiologiska. Dessutom riskerar generaliseringar utifrån undersökningar som bygger på DSM att bli betydligt svagare än vad som vanligtvis erkänns.⁶ Ytterligare en följd är att åtskillig psykiatrisk verksamhet äger rum med klenare insikter i patientens belägenhet än vad som hade varit nödvändigt. Förståelsen för den individuella patienten riskerar att bli begränsad och bemötandet och behandlingen stereotyp.

Riktlinjeteknologins andra hörnsten är alltså den randomiserade kontrollerade prövningen – *RCT*. Tidigt utvecklades det till en närapå oemotsägbär grundsats inom evidensrörelsen att den enda riktigt godtagbara evidensnivån erhålls genom blinda eller dubbelblinda *RCT*-studier.

Den kunskap som kommer ur *RCT*-prövningar har kommit

att gälla som en standard efter vilken all annan kunskap blir värderad. Mot bakgrund av RCT-standardens matematiskt-statistiska dimensioner går det sedan att konstruera en stege där olika utvärderingsmetoder inordnas utifrån deras grad av evidensstyrka.

Att RCT/metastudier upphöjts till standard har beklagats av många. RCT-modellen producerar kunskap som i princip endast är giltig under de närmast laboratoriemässiga förhållanden som rådde vid den specifika undersökningen. Det är inte alls givet att de resultat man får har så mycket meningsfullt att säga rörande behandlingens värde under kliniska förhållanden.⁷ Inom psykiatri är det inte minst viktigt att framhålla att vid RCT-studier väljs homogena grupper av försökspersoner som enligt DSMs kriterier uppvisar endast ett, väl avgränsat symptom, medan i psykiatriens kliniska verklighet mer komplexa symptombilder – ofta med en personlighetsstörning som bas – snarare är regel än undantag.

Människor och deras problem är alldeles för individuella för att fångas i så grovmaskiga system som DSM. Vidare gäller kunskapen från RCT/metastudier för statistiskt genomsnittliga patienter och inte faktiska personer med en unik livshistoria, unika omständigheter och i en unik behandlingssituation.

Samtidigt som DSM-systemet bildar en klen grund för vetenskapliga slutsatser ställs orimligt höga krav på metodologisk stringens. Man kan misstänka att det starka fasthållandet vid RCT-idealet sker i hopp om att skänka legitimitet åt DSM-systemets nosologiska tunnelseende.⁸ Men diagnostikens brister kan aldrig uppvägas av RCT-studiens vetenskapliga precision. Snarare torde den vetenskapliga exaktheten potentiellt det diagnostiska systemets svagheter, vilket i psykiatriens fall gör riktlinjeteknologins tredje hörnsten, den evidensbaserade kunskapen – som ju är produkten av de två första – långt mindre tillförlitlig än vad man vanligen vill medge.⁹

Sjukdomskategorin är så till den grad avgörande för hela det vårdande systemet att de kanske väsentligaste delarna av en läkares kommunikation med omvärlden rörande patienten – med andra vårdgivare, försäkringskassan, rehabilitering och socialtjänst – cirklar kring just denna fråga. Alla instanser efterfrågar bevis på att just *det* föreligger, som enligt medicinsk praxis är förutsättningen för att en åtgärd skall anses motiverad, det vill säga *sjukdom*.

Föreställningen att DSM identifierar verklig sjukdom fungerar i det sammanhanget som ett sammanhållande ideologiskt kitt mellan den evidensbaserade riktlinjeteknologins tre hörnstenar. Genom att förefalla kunna erbjuda fasta sjukdomskategorier "utlovar" DSM jämförbarhet mellan populationer, vårdgivare och behandlingsalternativ under den ytterligare förutsättningen att undersökningarna utförs med den precision som RCT-idealet förutsätter.

Men när DSMs smala band av kunskap behandlas som om det vore sammanfattningen av dagens hela tillgängliga vetande osynliggörs verklighetens komplexitet.

Däriigenom försvinner också en mer sökande, frågande

diskussion och det blir lätt att bortse från att psykiatriska problem kanske måste förstås och förklaras utifrån olika utgångspunkter och att merparten kanske inte ens har sjukdomskaraktär utan är livsproblem. Inom till exempel psykoterapiforskning arbetar man påfallande ofta som om DSMs diagnoser obestridligen betecknar tydligt avgränsade sjukdomar. På så vis blir DSM-kategorierna en standard mot vilken andra försök att förstå, förklara och möjligtvis klassificera faller platt.

Det är en självklarhet att modern sjukvård förutsätter tekniker och teknologier som vilar på vetenskaplig kunskapsgrund. Minst lika omistlig är läkekonsten.

När det gäller det slag av mänskliga relationer som sjukvården förmedlar ligger det så att säga i sakens natur att läkekonsten måste komma före vetenskapen. Bruket av medicinsk teknologi blir mänskligt rimligt först när den ligger inbäddad i ett etiskt hölje av det slaget. Men läkekonstens utövande förutsätter att det finns tid att lyssna, förstå och etablera en relation till den som söker hjälp. Ekonomiska inskränkningar gör dock att alltför ofta saknas denna resurs.

Utöver tillgång till tid behöver psykiatern också en teori eller lära om livet. Och det är förvisso sant att många psykiatrer lägger ner tid och engagemang på att fördjupa sin läkekonst. Genom studier och reflektion skaffar man sig en personlig uppfattning och förståelse för hur livet kan gå fel och bli till ett lidande. Men så länge den enskilde sjuksläkaren saknar stöd från sin disciplin för behovet att uppfatta detta lidande som uttryck för något annat eller mer än en form av neurofysiologisk anomali – "sjukdomar i hjärnan", som man gärna säger – förblir hans försök till förståelse ofta isolerat.

Här lurar en kanske avgörande svaghet hos psykiatrien. Att neurovetenskapen har lite att säga om det som ligger utanför dess begränsade kunskapsområde skulle i sig inte vara särskilt problematiskt om det inte vore så att den psykiatriska disciplinen med enstaka undantag så gott den förmått har undvikit systematiska försök att tolka och förstå den mänskliga tillvaron. Det slaget av kunskap motsvarar inte de naturvetenskapliga kriterier man satt upp för det vetande man vill stödja sig emot. Följdenligt känner den psykiatriska vetenskapen till väldigt lite rörande hur och varför ett liv kan brista. Och tråkigt nog får psykiatriens patienter många gånger nöja sig med tämligen idiosynkratiska uppfattningar som basen för läkarens bemötande och lyssnande.

Den evidensbaserade riktlinjeteknologin verkar konserverande när tanken får svårt att göra sig gällande att den större delen av psykiatriens patienter möjligen inte alls lider av sjukdomar utan av livsproblem. I praktiken leder den mot att man skall sluta lita på sitt omdöme och avstå från att tolka sin och patientens verklighet.

I en tid då riktlinjer hotar att ta över allt fler beslut inom vården

kan det ökande avståndet till läkekonsten innebära en veritabel katastrof för psykiatrin, som till sitt väsen är beroende av den.

Hade inte Socialstyrelsen behandlat DSM-kategorierna som färdigt vetande utan som *förslag till kunskap* hade riktlinjerna säkerligen sett annorlunda ut. Eftersom den lider av så uppenbara kunskapsluckor vad gäller människans lidandestillstånd kan man fråga sig huruvida psykiatrin alls är ett fält där evidensbaserade metoder hör hemma. Och det är tveksamt ifall den biomedicinska modellen erbjuder de bästa utgångspunkterna för förståelse och behandling.

Förmodligen skulle man uppnå ett avsevärt bättre förhållande mellan vetenskaplighet och precision i hur man talar om psykiatrins patienter genom ett tolkande sätt att närma sig psykiskt lidande parat med utvärderingsmodeller som valts för att passa till de undersökta behandlingsmetodernas specifika egenskaper snarare än till abstrakta krav på vetenskaplig exakthet. Å andra sidan skulle den verklighet man då har att förhålla sig till framstå i sin mångfaldighet och bli svårare att schematisera. Troligtvis skulle den vunna kunskapen dessutom bli betydligt svårare att tillämpa som riktlinjeteknologi.

I sitt rätta sammanhang må vetenskaplig evidens ha ett oöverträffat bevisvärde när det gäller att säkra en god medicinsk behandling. Men den evidensbaserade medicinen har snart omvandlats från att främst ha varit en medicinsk angelägenhet till att också bli ett förvaltningsinstrument. Komplexitet och mångfald skall helst kunna reduceras till en förenklad men normativ kunskap – allt på bekostnad av den tolkande förståelsen av den unika situationen eller patienten. Genom sina förenklade "tillstånds- och åtgärds kombinationer" kan evidensbaserade kliniska riktlinjer skänka en upplevelse av att förstå och äga insyn i en verksamhet med dess resultat och kostnader. Riktlinjer underlättar också olika former av kontroll genom att de erbjuder en normativ bas mot vilken man kan bygga upp handlingsprogram och kvalitetsregister, samt granska avvikelser och bedöma anmälningar. Men ett övermod uppstår lätt när politiker och administratörer invaggas i tron att de har kontroll med stöd av en abstrakt kunskap som de på grund av brist på egen erfarenhet och kunnande själva ofta saknar kompetens att bedöma.

Nären medicinskt teknologi förvandlas till förvaltningsinstrument vet man oftast endast att bota uppkomna dilemman med mer av samma, vilket får till följd att vården blir ytterligare **teknologiserad**. Så försvinner långsamt läkekonstens dyrköpta etiska kapital, som kan visa sig vara svårt att återskapa.¹⁰

Förvaltningsväsendet är i sin dagliga gärning sällan intresserat av de svåra frågorna, de komplicerade sambanden eller värderesonemangen. Används evidensordet ideologiskt och som maktmedel i byråkratisk styrning riskerar det att bränna sitt förtroendekapital och bli obrukbart. Åtminstone inom psykiatrin är det uppenbart att evidensordet saknar den auktoritet man ofta tilldelar det och med tanke på de många och uppenbara komplikationerna med riktlinjeteknologi finns

det starka skäl att förhålla sig avvaktande till den.

Jurgen Reeder

Leg. psykolog, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker

Docent i pedagogik

Senast utgivna bok "Det tystade samtalet. Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet", 2010

Noter och referenser:

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Deadline för bidrag till nästa nummer:
20 november

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

INGÅR NU I
HÖGKOSTNADS-
SKYDDET
med begränsning*

* 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.

återfallsprevention ^{1**}

Vecka 24

Behandlingsvar ^{1*}

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid ¹

Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 441,00 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1144,00 SEK (AUP). Valdoxan 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.

Senaste översyn av produktresumén 01/2011. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, januari 2011, www.fass.se

* Responsfrekvensen var statistiskt signifikant högre för Valdoxan jämfört med placebo.

** Upprätthållande av den antidepressiva effekten visades i en återfallspreventionsstudie. Patienter som svarat på en 8/10-veckors akut öppen behandling med 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen randomiserades till antingen Valdoxan 25-50 mg en gång dagligen eller placebo i ytterligare 6 månader. En statistiskt signifikant (p=0,0001) fördel för 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen jämfört med placebo visades i det primära effektmåttet, prevention av återfall i depression, mätt som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.



Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

www.valdoxan.com

En resa genom den svenska psykiatrins historia

Del 4

80-talet – framtidstrons och förhoppningarnas decennium! Sektoriseringen skulle genomföras, mentalsjukhusen stängas, öppenvårdsmottagningarna utlokaliseras från institutionerna, samarbete skulle utvecklas med den somatiska långvården, hemtjänsten, primärvården, socialtjänsten och inte minst med de anhöriga. För klinikens del var kanske den största förändringen att patienter med vårdintyg inte längre måste skickas till Beckomberga utan kunde vårdas på kliniken.

Motståndet som kom av sig

I slutet av 70-talet ökade andelen förvirrade äldre personer som togs emot på akutmottagningen. Svårigheten med placeringen av dem tog stora resurser i anspråk, somliga patienter blev liggande på akutmottagningen både två och tre veckor. För att komma tillrätta med situationen föreslog klinikledningen att ett psykogeriatriskt team skulle inrättas, för att få möjlighet att observera och utreda förvirringstillstånden. Den blivande Kungsholmssektorn - Kungsholmens, S:t Görans och Essinge församlingar – föreslogs som upptagningsområde. Av befolkningens c:a 42 000 personer var 38,1 % över 65 år, vilket kunde jämföras med landet i sin helhet, där 16,1 % var över 65 år. Efter långa förhandlingar fick kliniken i augusti 1979 resurser för ett dylikt arbetsteam, omfattande 9 personer, varav 3 halvtider, i första hand för tre år. Teamet fick tillgång till 5 platser på en av klinikens avdelningar, ett 4-bäddrum och ett enkelrum, vilket ungefär motsvarade könsfördelningen hos patienterna. Attityden hos personalen var genomgående negativ till att arbeta med äldre förvirrade patienter. "Det vet man väl, att det enda som behövs är fler långvårdsplatser".

I teamet var dock alla välmotiverade och entusiastiska. Vilket i sanning kunde behövas! De första månaderna var stämningen på avdelningen ganska så aggressiv. Den beskrevs av den unga kuratorn som "att när man kom ut från hissen studsade man tillbaka igen". Men vartefter tiden gick och man såg att alla inte var varaktigt dementa utan kunde tillfriskna och skrivas hem, blev stämningen allt mer positiv.

Teamet ansvarade också för alla förvirrade patienter på akutmottagningen och för hembesöksverksamheten. I slutrapporten (1) framhålls "att samarbetet med andra vårdinstanser förbättrats, att teamet minskat antalet intagningar på psykiatriskt sjukhus med c:a 90 % samt att äldre förvirrade patienter kan utredas och behandlas under en

kort sjukhusvistelse så att de i stor utsträckning kan återgå till sina hem och långvarig institutionsvård därför kan undvikas". Projektiden förlängdes inte, men utredningsmetoder och kunskaper spreds, inte minst genom team-medlemmarnas föreläsningsverksamhet.

Nya utmaningar

Jämsides med arbetet att leda det geropsykiatriska teamet fortsatte förstås mitt avhandlingsarbete. Redan 1977 kom en kort sammanfattning av undersökningen (2). Efter bortfalls-undersökningen gjorde jag en kompletterande mortalitetsundersökning. Under slutet av 70-talet och fram till disputationen innehade jag en avdelningsläkartjänst på kliniken, periodvis kunde jag vara tjänstledig och helt ägna mig åt avhandlingen. Men hur skulle livet se ut efter disputationen? Utvecklingsarbete fortgick ständigt på kliniken, nu skulle den nya öppenvårdsmottagningen startat på Serafen. Den slutna vården på det anrika sjukhuset var nerlagd och omfattande reparationer hade gjort om huset till lämpliga lokaler för bl.a. primärvård, Kungsholmssektorns öppenvårdsmottagning samt försektornsfinsk-ochspanskspråkiga öppenvårdsmottagningar. Jag sökte och fick den biträdande överläkartjänsten. En verklig utmaning – mottagningen skulle öppna den 3 oktober 1983 och min disputation skulle äga rum den 30 september! Men min avhandling var färdigskriven och godkänd för "spikning". Så istället för att bita på naglarna ägnade jag augusti och september åt att med personalen inreda mottagningen och planera verksamheten. Den stora dagen kom, visst var det nervöst! Men opponenter, professor Carl Gerhard Gottfries, genomförde det hela elegant, och min avhandling (4) blev godkänd.

Och på kvällen var det middag på Läkaresällskapet för professorerna Wetterberg och Gottfries, mina två handledare Rolf Lindelius och Inna Salum, för familjen, släkt, vänner och övriga medarbetare.

Särskilt en medarbetare vill jag nämna, Rolfs hustru Birgit. Datorerna var ännu inte i allmänt bruk, jag hade förmånen att under mina år på S:t Görans ständigt ha en sekreterare till min hjälp. Birgit organiserade mina undersökningar i slutet av 70-talet och min avhandling – den skev hon – om och om igen! Min avhandling var den tredje på S:t Görans under 1983, ytterligare fyra kollegor disputerade samma år. Ett svårslaget rekord!

Sedan blev det måndag och vardag igen. Att fördela remisser till medarbetarna på öppenvården var i början inget bekymmer, men vartefter tiden gick ökade svårigheterna. Kurator och psykolog tog alla neuros-terapier och var snart fullbokade, jag och avdelningsläkaren tog alla tyngre fall, bl.a. de äldre och de ätstörda patienterna och naturligtvis intygsskrivning och medicinföreskrivning. Mitt arbete bestod dessutom av sammanträden om aktuella patienter med primärvården och med de sociala myndigheterna, av hembesök och – förstås – fortsatt föreläsningsverksamhet för studenterna i geropsykiatri och ätstörningar.

Roten till det onda

Under åren på S:t Göran hade jag bl.a. gått i gruppterapi, fick grupphandledning på neuros- och borderlinepatienter under 12 terminer och hösten 1983 fick jag min steg 1-kompetens. Under tiden hade jag ett antal patienter i terapi under handledning. Det var min intention att jag på Serafen skulle komma igång med ett forskningsprojekt om ätstörningar. Under 70-talet var en förhärskande uppfattning att roten till psykisk ohälsa var mödrarna. En framstående lärare, jag nämner inget namn, uttryckte sin uppfattning sålunda: "dessas förbannade mödrar".

Litteraturstudier och mina mångåriga kontakter med ätstörda och andra mer eller mindre psykiskt störda patienter gjorde att jag insåg, att det finns inte bara en sanning. I Lund och Uppsala fanns slutenvårdsavdelningar för ätstörda patienter, där fokuserade man framför allt på maten. Själv ansåg jag, tillsammans med Hilde Brush i USA och Elsa Brita Nordlund, att "anorexi handlar inte om mat, det handlar om känslor". Tyvärr stupade forskningsprojektet på finansieringsfrågan och jag fick fortsätta att kämpa på så gott det gick. Men antalet ätstörda patienter ökade och nu fick vi i Stockholm en patientförening, Anorexiakontakt. Den startades av Madeleine Mesterton och föreningen, numera Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt, blev från början ett nav i arbetet med dessa patienter. Madeleine var dess ordförande i 25 år. Hon och jag träffades i samband med en TV-inspelning 1984, och det blev inledningen till ett mångårigt samarbete och en lång vänskap.

Men ännu väntade fler utmaningar – tillbaka till Beckomberga, nu som överläkare!

Familejeliv

Barnen växte upp och började ge sig ut i världen på egen hand. Pojkarna tog studenten och gjorde sin värnplikt. Efter att ha arbetat ihop en reskassa reste den äldste åtta månader i Australien och Sydostasien. Han kom hem lagom för att följa med och föreviga när jag "spikade" min avhandling! Den andre sonen arbetade på kibbutz några månader, kom hem för att övervara disputationen, därefter seglade han till Väst-Indien och var borta ett halvår. Det fanns inte mobiltelefoner på den

tiden, vi var glada för ett telefonsamtal någon gång och ibland ett vykort!

Den yngsta gick fortfarande på gymnasiet, hon dansade, red, sprang fort, hoppade högt och långt. Hon var med på många träningsläger i Sverige och runt om i Europa. Hon tog studenten i Bromma gymnasium 1984.



Karin Enzell, Carl Gerhard Gottfries, Lennart Wetterberg. Dagen efter disputationen gjorde jag sällskap med professorerna till Serafen för att inspektera mottagningen och skåla för framtiden

Foto och text: Karin Enzell
Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater,
ätstörningspsykiater
Stockholm
karin.enzell@hotmail.com

Referenser:
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



GRUNDAT
1974

Vasagatan 16
411 24 Göteborg

GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUT

Anordnar följande utbildningar

i **Stockholm** med start hösten 2011:

**Grundläggande utbildning i
psykoanalytisk teori och praktik
(motsvarande Steg I)**

i **Göteborg** med start våren 2012:

**Psykosocial handledar-
och gruppleddarutbildning**

För mer information se www.gpsi.se eller ring 031-711 97 51

Ett potpurri från en heldag om framtidens läkarutbildning

Läkaresällskapet Utbildningsdelegation och Läkarförbundets Utbildnings- och Forskningsdelegation anordnade den 24 augusti en heldag på Läkaresällskapet i Stockholm om framtidens läkarutbildning. Syftet med mötet var att diskutera den framtida svenska läkarutbildningen utifrån såväl våra nationella behov som internationella strävanden efter harmonisering. I mötet deltog ett 40-50 tal representanter från olika organisationer och myndigheter som IPULS, specialistföreningar, Högskoleverket, Socialstyrelsen, Sylf och kandidatföreningar.

Efter detta lämnade hon ordet till **Stefan Lindgren** (ordförande i SLS Utbildningsdelegation).

Presentationen handlade om "The Global Role of the Doctor in Health Care". Här tog han upp ett flertal viktiga frågor i nationellt och internationellt perspektiv. Rika länder rekryterar läkare från länder där det råder läkarbrist. Har vi läkarbrist i internationellt perspektiv? Vi i Sverige borde kanske utbilda flera läkare som kan resa ut i världen och arbeta där istället. Inom EU finns riktlinjer för medicinsk grundutbildning som ska vara minst 6 års studier eller 5 500 timmars teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller under tillsyn av universitet. Skall vi anpassa oss till det? Vi har ansvar gentemot våra studenter att ge dem en examen som är gångbar utomlands. Sex år är en lång tid och hur ska vi använda den i så fall på bästa möjliga sätt? Givna lärandemål (learning outcomes) och att för övrigt vara flexibla vad gäller inläring togs upp. Viktigt också att man utgår från samhällets och patienternas behov när man bestämmer om lärandemålen och hur utbildningen ska se ut. Sedan togs frågan upp hur grundutbildning borde se ut i relation till vidare- och fortbildning. Anser man att det är under grundutbildningen man skaffar kompetensen som sedan tillämpas under det kommande yrket eller är det mera rimligt att tänka att vi utbildar oss under hela vårt yrkesliv?

Dagen börjades med **Heidi Stensmyrens** (vice ordförande i Sveriges läkarförbund) inledning. Hon hälsade alla välkomna och tog upp betydelsen av förbundets och sällskapets gemensamma arbete i utbildningsfrågor. Det togs upp att läkarutbildning har flera olika huvudmän och att översyn är på gång vad gäller läkarutbildning fram till legitimation.

Där kommer CPD-kursernas betydelse fram. Det är kanske via dem som vi kan påverka. Han nämnde också att grundutbildningen borde fokusera bl.a. på första linjens sjukvård, teamarbete och ansvar för samhällsutveckling. Betydelsen av andra kompetensområden än medicin som kommunikation, ledarskap och forskning poängterades. Det är viktigt att utbildande organisationer skall utvecklas och inte bara individen.

Nästa föreläsare var **Dr Michael Ross** från universitetet i Edinburgh. Han presenterade "The Tuning Project" - Learning Outcomes for Undergraduate Medical Education in Europe. Han redogjorde initialt för Bologna-processens tre-periodsmodell för läkarutbildning: Bachelor (första perioden), Master (andra perioden) och Doctor (tredje perioden). De hade bl.a. kartlagt lärandemål gällande grundutbildning och hur olika läkare, studenter och hälsovårdsarbetare i olika länder skattade relevansen och vikten av dem. Han tog också upp fördelar och nackdelar med definierade lärandemål. I slutet berättade han att det redan har gjorts mycket jobb för att försöka definiera läkarutbildningens lärandemål. Han nämnde bl.a. "The Scottish Doctor - Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland" (www.scottishdoctor.org) och undrade om det kunde vara dags för "The Swedish Doctor". Här är också några andra länkar att djupdyka i om man så vill www.tuning.medicine.com och www.medicine2.com.

Den sista föreläsare var juristen **Helena Scarabin** från Socialstyrelsen som presenterade dagens gällande regelverk för att få legitimation i Sverige.

Sammanfattningsvis var dagen stimulerande med flera centrala frågor som t.ex.:

Hur ska vår grundutbildning till legitimation se ut?

Ska den anpassas till EU's riktlinjer med något längre grundutbildning med efterföljande legitimation?

Ska vi ha AT-liknande tjänstgöring efter legitimationen?

Ska vi ställa tydligare riktlinjer för legitimation? Tydliga lärandemål?

Låta samhällets och patienternas behov styra mera än ämnesspecifika områden för sig?

Hur vi ska harmonisera vår utbildning till andra länders krav?

Många stora och viktiga frågor väcktes och det kommer att behövas mycket arbete runt dessa innan vi har kommit på bra lösningar.

Elina Sarasalo

**Samordnande studierektor inom psykiatri,
Centrum för Psykiatrforskning Stockholm**

Utbildningsutskottet, Svenska Psykiatriska Föreningen

SUICIDPREVENTION I VÄST



Suicidprevention ur kognitivt perspektiv

23-25 nov 2011, 6-7 mars samt 15 nov 2012

Kursledare Jan Beskow

Sista anmälningssdag 28 oktober 2012

www.adsapiens.se ▪ info@adSapiens.se



Vetenskaplig evidens och psykoterapi

Anna kommer till psykiater på remiss från husläkaren efter att SSRI bara haft marginell effekt. Anna, som är 39 år och mor till 2 barn på väg in i tonåren, sökte sin husläkare för drygt 6 veckor sedan. Hon hade en tid börjat vakna tidigt med en tyngd i bröstet, orolig och med brist på energi. Hennes oförmåga att koncentrera sig på arbetet gjorde det svårare att få saker ur händerna och hon märkte ett motstånd mot att gå till kafferummet och möta sina arbetskamrater.

Dagen innan hon sökte sin husläkare hade hon på bussen hem plötsligt fått hjärtklappning, yrsel och en känsla av att hon skulle svimma. Anna berättar att hon varit med om en liknande period i samband med skilsmässan för 4 år sedan. Den gången var symptomen mildare och hade gått över av sig själva på några månader. Nu är hon av sin husläkare halvtids sjukskriven men tycker inte att hon egentligen klarar av att arbeta ens halvtid. Hennes symptom är kvar och sömnen helt beroende av hypnotika. Hennes SSRI-behandling har medfört att den sexuella lusten är helt borta, vilket är ett problem i den relativt nya kärleksrelation hon befinner sig i sedan några månader.

Att indikation för psykoterapi föreligger i Annas fall förefaller självklart. En i stort sett enig psykoterapiforskarvärld har visat att systematisk psykoterapi, utförd av en utbildad psykoterapeut är åtminstone lika effektivt som farmaka för patienter med Annas problem. För alla ångestsyndrom, milda och medelsvåra depressioner och för flertalet personlighetsstörningar är psykoterapi inte sällan det bästa alternativet. (När det gäller personlighetsstörningar är det den enda kurativa behandling vi känner till.) Idag kommer dessutom allt fler efterlängtnade rapporter om god effekt av psykoterapi som tilläggsbehandling vid psykosjukdom.

Frågan är nu vilken av alla de hundratals beskrivna psykoterapier som finns vi skall rekommendera Anna. Här blir det mer problematiskt eftersom flertalet studier visar att effekten av terapier från olika etablerade psykoterapiskolor är i stort sett lika god. Det har ibland tolkats som att det inte är de specifika interventionerna från de olika skolorna som är kurativa utan istället de generella faktorer som finns i alla psykoterapeutiska samtal. Kvaliteten på relationen mellan patient och terapeut, terapeutens följsamhet till sin metod, terapeutens kompetens och patientens förväntan är exempel på sådana faktorer. Det finns en handfull studier som visar att den effekt den enskilde terapeuten har för utfallet är mycket större än den psykoterapeutiska metoden. Det har också visat sig att forskarens "skolhemvist" är korrelerat till utfall, om forskaren t.ex. är psykodynamiskt skolad går det ofta "bättre" för den psykodynamiska armen i studien (1).

Låt oss titta närmare på 3 konfliktområden som psykoterapiforskningen brottas med idag. Den första frågan gäller om det är den terapeutiska alliansen eller den terapeutiska metoden som bidrar till ett gott terapiutfall.

Den andra frågan gäller patientens respektive terapeutens bidrag.

Argument för och emot den randomiserade kontrollerade studien (RCT) är det tredje konfliktområdet.

Alliansen eller metoden?

Den terapeutiska alliansen, dvs. kvalitén på den relation som uppstår i terapisalet, betraktas av många såväl kliniker som forskare som mycket viktig. Vissa hävdar att detta kanske är den viktigaste faktorn för en lyckad psykoterapi. Det vanligaste sättet att mäta alliansen är att patient och terapeut fyller i ett frågeformulär direkt efter ett terapisalet. Ibland låter man också en oberoende bedömare skatta alliansen utifrån en videoinspelning. Ett vanligt upplägg är att man skattar efter 3e och 5e samtalet och sedan med vissa mellanrum genom hela terapin. Patienten får då svara på frågor om hur de uppfattar sin terapeut. Är hon/han intresserad av att hjälpa, följer terapeuten det patienten berättar, blir patienten hjälpt osv. Det visar sig nästan alltid att om patienten tidigt i terapin skattar alliansen som god går det bättre och patienten blir mer hjälpt av behandlingen. De skattningar som görs av terapeuten eller den oberoende bedömare visar inte samma tydliga samband med utfallet. I en stor metaanalys av alliansdata från 79 olika studier visade sig alliansen ha ett klart samband med utfallet men sambandet var statistiskt inte särskilt starkt ($r=.22$) (2). Det betyder att även om alliansen spelar roll förklarar den inte så mycket av den variation som finns i utfallet. I en annan studie fann forskarna att symptomförbättring tidigt i terapin predicerade god allians i samtal 5. Här blir då plötsligt alliansen ett utfall av terapin och inte en faktor som är avgörande för utfallet (3).

Frågan om alliansen spelar olika stor roll i olika typer av terapier behöver också undersökas. Preliminära resultat talar för att alliansen spelar större roll i interpersonella och psykodynamiska terapier jämfört med KBT.

Hur förhåller det sig med den terapeutiska metodens bidrag till terapiutfall?

De flesta moderna psykoterapier är idag manualiserade, dvs det finns en skriven manual som beskriver både den teoretiska bakgrunden och hur terapin faktiskt skall bedrivas kliniskt. Detta gör det möjligt för oberoende bedömare att från videobandade terapisamtal avgöra hur följsamt den aktuella terapeuten arbetar med sin terapimetod. Den implicita tanken är förstås att ju större följsamhet desto bättre för patienten. Psykoterapiforskningen har levererat motsägelsefulla resultat avseende följsamhetens betydelse för utfall och för några år sen undersöktes frågan om förhållandet mellan följsamhet och utfall kanske inte är lineärt. Man fann i en studie (4) att förhållandet var "kurvilineärt" dvs att ingen följsamhet alls eller en rigorös trohet till manualen resulterade i mindre framgångsrika behandlingar. De terapeuter som hade en mer lagom följsamhet lyckades bättre. Terapeutens lyhörda anpassning till den unika patientens situation och behov kanske ibland leder till att vissa aspekter av metoden behöver modifieras. Saker kan komma upp som gör att terapeuten måste improvisera. Vi behöver alltså också väga in terapeutens skicklighet i att använda sin metod för att fullt ut kunna förstå vilken betydelse själva terapimetoden har för utfallet. Ett terapisamtal innehåller ofta mycket som ligger utanför manualen. Hur mäter man t.ex. betydelsen av att terapeuten formulerar sina interventioner med ett varmt, stödjande och accepterande tonfall?

Låt oss återvända till förhållandet mellan allians och metod. I samma studie fann man att det fanns ett komplext samband (4). Det visade sig att i psykoterapier där alliansen skattades som god hade följsamheten till metoden ringa betydelse. Var däremot alliansen mindre bra hade följsamheten till metoden en större betydelse. Här blev det ovan beskrivna förhållandet tydligt, dvs att ingen följsamhet eller rigorös följsamhet till metoden gav sämre resultat än "lagom" följsamhet.

Vi kan sammanfatta denna diskussion med att både kvalitén på den terapeutiska relationen och den terapeutiska metoden har stor betydelse för behandlingen. Mycket talar också för att deras inbördes samverkan är av stor vikt. Återstår att undersöka vilka faktorer i relationen och vilka specifika interventioner i de olika psykoterapimetoderna som är kurativt verksamma.

Patienten eller terapeuten?

Den andra av våra konfliktområden gäller frågan om patientfaktorer eller terapeutfaktorer är mer avgörande för utfallet i en psykoterapi.

Det finns förstås närmast ett obegränsat antal egenskaper hos en patient som kan ha betydelse för en behandling och flera sådan har identifierats och undersökts vad gäller betydelse för psykoterapieffekt. Låt oss börja med demografiska faktorer. Här får vi inte några klara besked.

Ålder t.ex., det finns data som tyder på att lite äldre deprimerade stannar kvar i behandlingen längre och har därmed också större utbyte.

När det gäller kön får vi inte heller klart besked, kanske delvis för att det är ont om studier som designats för att undersöka denna aspekt. Data kommer så att säga "på köpet" i studier där både kvinnor och män finns bland patienterna. Socioekonomisk situation verkar inte heller klart relaterat till utfall. Resultaten är blandade och hjälper oss inte i vår önskan om hjälp att göra behandlingsrekommendationer (5).

Diagnosen och symptomens svårighetsdrag har undersökts en hel del och här kan forskningen ge oss en del konsistenta och kanske också förväntade resultat. Att patienter med lättare och medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och en del personlighetsstörningar får god hjälp av psykoterapi har vi lärt inte minst av Socialstyrelsen. Det visar sig att ju mer omfattande svårighetsgraden av symptomen är desto svårare är det också att hjälpa patienter med psykoterapi. Psykoterapierna blir längre och inte lika framgångsrika speciellt om det också föreligger en mer omfattande försämring av patientens funktion. Comorbiditet är en annan viktig faktor som också är vanlig i vardagspsykiatri. Att en deprimerad patient som också har en personlighetsstörning är svårare att behandla har vi alla erfarenhet av från vår klinik. Denna erfarenhet bekräftas också entydigt av psykoterapiforskarna. Vilken typ av personlighetsstörning en patient lider av spelar också stor roll. Patienter med schizotypal- eller antisocial personlighetsstörning är mycket svårare att hjälpa än patienter med beroende- eller histrionisk personlighetsstörning. För bara ett par decennier sedan räknades också "borderlinepatienterna" till dem som vi inte hade någon kurativ behandling för, men utvecklingen av psykoterapi har ändrat på det.

Många andra patientfaktorer har definierats och undersökts av forskare. Patientens *förväntan* verkar påverka längden på terapin mer än utfall. Betydelsen av patientens beredskap att förändras, patientens jag-styrka, det svåröversatta "psychological mindedness", kvalitén på patientens relationer, anknytningsmönster och patientens erfarenhet av trauma är också faktorer som forskare undersöker. Många av dessa faktorer påverkar patientens förmåga att gå in i en tillräckligt god arbetsrelation med sin terapeut. Vilket för oss till frågan om hur terapeuten påverkar utfallet av terapin.

Intresset för att undersöka terapeutens betydelse för utfall av psykoterapi har varit relativt litet och verkar ha minskat under senare år.

Ev. har detta att göra med att randomiserade kontrollerade studier (RCT) används alltmer och att dessa förväntas undersöka specifika effekter av själva psykoterapimetoden. I en RCT menar man sig ha kontroll av övriga faktorer. Troligen spelar det också in att det kan vara känsligt att undersöka terapeuten, hon eller han känner inte sällan ett motstånd mot att bli "granskad". I de (få) studier som finns är resultaten ofta motsägelsefulla och genomgående är effektstorleken liten.

Terapeutens ålder, kön och etnicitet verkar ha mycket liten betydelse. Inte ens utbildning, erfarenhet eller "skoltillhörighet" har någon större betydelse för utfallet.

Det finns några studier publicerade där enskilda terapeuters behandlingsresultat kunnat följas i flera terapier. I en av dessa kunde forskarna följa 22 psykoterapeuter genom flera terapier med olika patienter. Samtliga terapeuter var välutbildade och erfarna. Det visade sig att terapeuternas förmåga att hjälpa sina patienter varierade stort. Två av dem hade t.o.m. negativa resultat, dvs. deras patienter blev försämrade av terapin. Hos andra blev 80 % av patienterna klart förbättrade (6). I en stor svensk studie följde man upp närmare 200 psykoterapeuter och fann att dessa skiljde sig avseende effekten av deras behandlingsinsatser (7). De allra flesta hjälpte sina patienter väl, 31 % hade t.o.m. genomgående mycket god effekt av sitt arbete med patienterna. Men hos 4 % av terapeuterna försämrades patienterna under tiden i terapi. Förmodligen skulle vi få liknande resultat för behandlare i alla möjliga sjuk- och hälsovårdssammanhang. Sammanfattningsvis har terapeuten stor betydelse för utfallet, beräkningar av effektstorleken visar att terapeuten betyder mycket mer för utfallet än t.ex. vilken terapiform som används. Här behövs mycket mer forskning som kan vägleda oss inte minst när det gäller att anta studenter till psykoterapiutbildningar.

Den gyllene standardmetoden?

RCT är psykoterapiforskningens svar på dubbelblind-studien som vi känner från utprövning av farmakaterapi. Om RCT är den gyllene standardmetoden för att få tillförlitliga data eller inte är ännu ett av de konfliktområden som psykoterapiforskare brottas med.

Genom att vi först definierar vår patientgrupp och våra behandlingsmetoder mycket tydligt och sen slumpar patienterna till de olika behandlingsalternativen tänker vi oss att resultaten blir generaliserbara. Vi tänker oss att vi på detta sätt undersöker själva behandlingen och att övriga faktorer är kontrollerade. Vi kan med detta upplägg också använda oss av kraftfulla statistiska metoder. Mycket tilltalande, särskilt för oss inom den medicinska professionen, vana som vi är med "dubbelblind-tänkandet". SBU:s gradering av evidensvärdet hos olika studier bär tydligt vittnesbörd om detta.

Posternak har visat att effekten av antidepressiv medicinering

undersökt i dubbelblind-formatet signifikant påverkas av hur många gånger patienterna får träffa ansvarig läkare under studiens gång (8). Sex samtal dvs ett samtal i veckan ger klart bättre effekt av såväl aktiv substans som placebo jämfört med 5 eller 4 samtal under samma tid. Det verkar som att det finns faktorer som inte ens det dubbelblinda kan kontrollera. Den kritik som riktas mot RCT inom psykoterapiforskningen handlar bl.a. om att det finns så många faktorer som man inte kan kontrollera.

I de flesta studier finns flera terapeuter. Hon eller han slumpas inte i dessa studier trots att vi vet att terapeutfaktorn finns. Ett annat problem är att de patienter som selekteras in i dessa studier skiljer sig från de patienter vi möter på vår klinik. Våra patienter har ofta flera diagnoser, sociala problem och andra komplicerande omständigheter som studiepatienter saknar. Det påminner om skillnaden mellan laboratoriet och verkligheten.

En RCT kostar mycket pengar och tar massor av tid att genomföra. Enormt mycket kreativ intellektuell energi går åt för att göra dessa jämförande studier. Med anledning av det stora värde RCT tillskrivs är det RCT-projekt som får anslag från psykoterapiforskningens sparsamma ekonomiska källor. Tävlingen mellan olika metoder uppmuntras. Tyvärr får andra viktiga frågor inte den uppmärksamhet av forskarna som skulle behövas, t.ex. för att besvara frågor som vilka psykoterapins kurativa faktorer är, hur vi skall koppla ihop psykoterapi med patient och terapeut. Kanske t.o.m. att en patient kan behöva en kombination av olika psykoterapeutiska metoder, en integrerad modell.

Så, vad skall vi säga till Anna?

Det vi med stöd i vår vetenskapliga evidens kan rekommendera är psykoterapi. Forskarna ger oss inte något säkert förstahandsalternativ. För Annas problem har såväl en korttids KBT som en korttids psykodynamisk terapi gott "evidensstöd". Det blir vår uppgift att i samtal med Anna hjälpa henne att välja mellan dessa behandlingar. Samtalet är och förblir läkarens viktigaste instrument.

**Alexander Wilczek leg läk, med dr
Enhetschef Prima Vuxenpsykiatri Lidingö**

Referenser finns på
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Att vara psykiater på smärtklinik



Året är 2004 och Lena Philipsson vinner Melodifestivalen med låten "Det gör ont". Jämte mig i soffan sitter min dotter som säger:

- Men det förstår du väl mamma, det fattar du väl varför hon har ont? Åh, vad korkad du är!

På min andra sida sitter min son som konstaterar:

- Men vad gapar hon för? Varför har hon ont? Hon har ju inte ramlat och slagit sig.

Precis så är det att vara psykiater på en smärtklinik; det som är så fullständigt självklart för mig är så fullständigt obegripligt för mina somatiskt inriktade kollegor.

Åren 2005 till 2010 arbetade jag på en av landets större smärtkliniker.

Förutom arbetet med cancerpatienter och ineliggande patienter finns en stor grupp polikliniska patienter vars smärtor inte kan förklaras med vare sig nociceptiva (vävnadsskade) eller neuropatiska (nervskade) mekanismer utan betecknas som oklara. På remissen finns diagnoser som till exempel kronisk lumbago, whiplash, fibromyalgi, generaliserad smärta, myalgi och myofasciella smärtor. Det gemensamma för denna grupp är att tillståndet inte är strukturellt baserade sjukdomar utan nedsatt funktion.

Om man undersöker exempelvis gruppen lumbago (1) och fibromyalgi (2) och gör en psykiatrisk diagnostik, visar det sig att en stor andel uppvisar depression, ångestsyndrom, personlighetsstörning, sociala problem, dvs. det föreligger en betydande psykiatrisk co-morbiditet.

Sambandet mellan smärta och depression är välbekant. Olika undersökningar (3) bekräftar att över hälften av tillfrågade deprimerade patienter svarar ja på frågan om de har smärtor i kroppen. Smärtor som är alltifrån ryggsmärta, huvudvärk, generella smärtor, nackvärk och bäckensmärta.

I gruppen med långvarig smärta visar olika undersökningar att en betydande del, mellan 30-60 % uppfyller kriterierna för egentlig depression (4,5). Hela 2/3 delar uppvisar depressiva symptom (6).

Men vad söker patienterna för? Jo, i 70% av fallen för kroppsliga besvär och däribland smärta.

Av ångestsyndromen kan man särskilt framhålla GAD. Bland kriterierna finns även muskelspänning, som ger – smärta. 30 % av GAD- patienterna uppger smärtor, och GAD är dubbelt så vanligt bland smärtpatienter som hos den övriga befolkningen (8). Likaså här söker 70 % av patienterna för kroppsliga besvär (9).

Beroendeproblematik är vanligt bland smärtpatienter. Opiater har en dubbel effekt då de både stimulerar lust-och belöningscentrum och dämpar olustupplevelser och beroendet leder ofta till återfall.

Ofta utvecklar smärtpatienter ett undvikandebeteende för allt som förvärrar smärtan. Patienten blir alltmer fysiskt inaktiv och får med tiden en försämrad funktion. På så sätt uppstår ett somatoformt smärtsyndrom. I Psykiatrisk tidskrift nr 2 2010 har jag utvecklat detta närmare. De somatoforma syndromen kännetecknas av att patienten uppvisar symptom som om man har en somatisk sjukdom, men man hittar ingen somatisk sjukdom **och** patienter beter sig som om han/hon hade en somatisk sjukdom.

Redan 1976 visade Fordyce att smärtpatienter uppvisar beteenden som vila, minskade aktiviteter, intag av värktabletter samt fokusering på smärtupplevelse. Många uppvisar rörelserädsla eller kinesiofobi (10).

Cirka 30 % av alla sjukskrivningar beror på långvarig smärta och smärtrelaterade samhällskostnader i Sverige uppgår till ca 300 miljarder kr/år. I denna grupp är det således vanligt att identifiera olika psykiatriska tillstånd. Somatoforma tillstånd diagnosticeras alltför sällan, en diagnos där vårdkostnaden är 15 ggr högre där patienterna uppsöker somatisk vård frekvent.

Här har psykiatrierkåren en mission att fylla på somatiska avdelningar, i primärvård och på smärtkliniker.

Fler konsultationspsykiatriker skulle förutom minskade vårdkostnader medföra vinster för den enskilda individen, där vården många gånger motverkar sitt syfte.

För om vi skulle undersöka det psykiatriska i denna patientgrupp lika självklart som vi undersöker somatiken kanske man skulle säga som min dotter:

Det här är ju inte alls oklart utan alldeles självklart!

Pia Östryd

Specialist i psykiatri och smärtlindring

Ordförande i Föreningen för konsultationspsykiatri

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

En Pudel!



Det händer att saker blir fel
och att saker förändras
Datum kan kastas omkring,
konferenser ställs in
och bokstäver byter plats
Det händer alla och det har
säkert hänt i den här tidskriften

Nu kan dina Cipralex® (escitalopram) patienter få internetbaserad KBT-behandling utan extra kostnad!

Cipralex® är ett modernt antidepressivt läkemedel som både är kostnadseffektivt och har dokumenterat god effekt.¹

Som stöd till läkemedelsbehandlingen kan du nu erbjuda dina Cipralexpatienter en internetbaserad KBT-behandling helt utan extra kostnad. Behandlingsprogrammet heter Deprexis®, är validerat och har dokumenterad effekt på vuxna patienter med lindrig till medelsvår depression.² Programmet är utformat av experter på KBT, det anpassar behandlingen efter varje individ och är mycket enkelt att använda. Socialstyrelsen rekommenderar internetbaserad KBT-behandling vid depression.³

- Behandlingen anpassas efter varje individ
- Behandling på tid och plats som passar patienten
- Texter, bilder, ljudfiler och övningar som aktivtiverar och motiverar

Cipralex är därför ett bra val för patienten, doktorn och samhället.

NYHET!

Att bli sig själv igen
– med effektiv behandling



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) ATC-kod: NGA, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2010-10-25. 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 läkemedel mot depression, 200812.

2) Med Internet Res 2009, Meyer et al, vol 11, vol 11, iss.2, e15, p.1.

3) Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom, febr 2010, Socialstyrelsen

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

Lundbeck  **Cipralex®**
escitalopram
Tillbaka till livet

I stundens allvar

Många känner sig kallade att tänka kring desorgliga händelserna i Norge. Ibland med mer eller mindre oklara ärenden. Kanske också jag. Det vet man först i efterhand – givetvis. Vill dock kommentera det för våra kårer, psykologer och psykiater, inte så smickrande ofoget att diagnostisera vitt och brett. Som nu då i fallet Breivik. Där de ibland bara utför den löjligt heroiska uppgiften att byta ut ett ord mot ett annat. Som om det tillför något. Som om det är någon djupare sanning förborgad i den specifika glosan.

Från att vara en kallt beräknande bödel kallar man honom psykopat.

Från att vara hatisk kallar man honom personlighetsstörd.

Från att vara grandios och självrättfärdig kallar man honom narcissistisk.

Och så vidare.

Ju klurigare begrepp man använder desto mer verkar man avhändiga sig ansvaret att tänka. Har man bara tillgång till ett

korsordslexikon så kan man göra det hela geschwint för sig. Inom vilket annat område som helst hade folk reagerat. Att t.ex. kalla en fotbollsspelare en bra försvarsspelare då han ständigt tar bollen från anfallarna är inte att kunskapsmässigt tillföra något nytt. Det är en plattityd och irriterande innehållslöst. Dock när det gäller det mänskliga psyket kan ibland kejsaren vara utan kläder duktigt länge utan att skämmas och häva ur sig de mest pinsamma självklarheter. Pannan i djupa veck minsann.

I denna situation, med tanke på komplexiteten och händelsens massiva dignitet, bör också andra frågor ha företräde än diagnostikfrågan. Det är till att förminska en historisk händelse att reducera den till en individualpsykologisk fråga. Sedan i ett annat läge, kan det givetvis vara påkallat att tillföra något till helhetsbilden av händelsen i form av en psykologisk analys av Breivik.

Man bör då utföra en diagnostik på ett anständigt sätt, därmed måste man påminna sig att en meningsfull diagnostik förutsätter tillgång till en persons subjektiva livsvärld och dessutom mer eller mindre en vilja att lämna ut sig och bli förstådd. I detta fall är ingen av dessa villkor uppfyllda. Han vill givetvis inte se sina handlingar som ett resultat av ett privat bristande psyke, och kommer därför inte inom de närmaste åren, om än någonsin, vilja tala öppenhjärtigt om sig själv med någon annan.

Min tveksamhet till förståsigpåarnas diagnostiska utlåtanden är också påverkat av de ständiga polemiska kursändringarna kring diagnostik. Givetvis ett underbetyg åt hela kunskapsområdet när allt plötsligt kan ändras. Känns lite oseriöst när allt man tidigare tänkt inte är något värt, ett tag var allt moderns fel a la Alice Miller. Sedan är allt personlighetsstörningar. Sedan är det familjesystemet, och nu senast är allt neuropsykiatriskt och bipolärt. Diagnostiken urartar till att bli knappologi eller blir en ersättning för ett kvalificerat tänkande kring människors psykologi.

Generellt tar diagnostiken upp alldeles för mycket plats, många gånger förs de bästa diskussionerna utan någon hänvisning till psykiatrisk diagnostik. Men det är mer ett underbetyg åt det teorilösa vetandet - där man tror att empirin utan stöd av teori på ett nästan religiöst sätt uppenbarar sanningen - än diagnostiken i sig. Tanken kring diagnostik, dia gnosis, genom vetandet, att tänkandet passerar genom redan hyfsat säkerställda intellektuella kategorier, får man ändå ha respekt inför. Att man tvingas förhålla sig till alla som tidigare beskrivit olika tillstånd. Dock säger många, se bland annat Sten Espmarks memoarer, jag själv har inte tillräcklig överblick för att ha en egen åsikt, att diagnostiken stadigt blivit sämre de

sista decennierna. I många andra vetenskaper är det ett ideal att reducera antalet kunskapskategorier och utveckla dem, istället för att lansera nya kategorier, som dessutom överlappar med de befintliga.

Man bör också påminna sig att det ytterst är en ideologisk fråga på vilken nivå man väljer att förstå och förklara händelser och mänskligt beteende. Detta är helt avgörande för konsekvenserna vad gäller händelserna i Norge. Hur man således formulerar problemet påverkar svaret som sedan ges på problemet. Detta måste betänkas. Och man kan göra mer på en samhällelig och politisk nivå än man kan göra på individnivå. Detta är uppenbart, vilket många i Norge helt klart förstått. Inte minst Jens Stoltenberg. I det sammanhanget blir det futtigt att i otid öppna sin lilla individualpsykologiska differentialdiagnostiska låda.

Kanske mitt ärende, som jag sa inledningsvis, är oklart. Måhända är det så. Antagligen slår jag in redan öppna dörrar. Nu är min reaktion kanske inte beroende så mycket på att det förekommit excesser i fallet Breivik, de facto har det varit förvånansvärt nyanserat, många experter har tydligt visat en ovilja till förenkling och en återhållsamhet i stundens allvar.

Jag har helt enkelt fel. Uppenbarligen handlar detta i själva verket om min egen upptagenhet kring diagnostikens ständigt ökande komplexitet. Kort sagt, jag vantrivs i diagnostiken. Den stora gruppen psykologer och psykiater är synnerligen begåvade och omdömesgilla personer. Min reaktion är således överdriven.

Så är det definitivt.

Anders Almingefeldt
Leg psykolog, leg psykoterapeut
Alingsås



Ny satsning på barn och ungas psykiska hälsa



I närmare tre år har fjorton geografiska områden arbetat intensivt med att synkronisera sina insatser till barn och unga som har - eller riskerar att få - psykisk ohälsa. I juni 2011 träffade Sveriges Kommuner och Landsting och Regeringen (Socialdepartementet) en överenskommelse om att arbetet ska fortsätta - med ny kraft och nya pengar - i ytterligare tre år. Denna gång fokuseras arbetet på de utvecklingsområden som har identifierats.

Bygger på tidigare Modellområdesprojekt

De fjorton områden som varit föregångare med synkroniseringsarbetet under de första tre åren (i Modellområdesprojektet) valdes ut för att tillsammans bilda ett tvärsnitt av Sverige. Arbetet har omfattat såväl kommunala som landstingsverksamheter i ett visst geografiskt område med stöd från ett centralt projektkansli i Stockholm. Utvecklingsarbetet i de olika områdena har handlat mycket om samverkan allmänt, men också mycket om enskilda områden som skolfrånvaro, tidig upptäckt av barn med problem i förskolan, barn med omfattande problematik, anmälningar till socialtjänsten, avgränsningar mellan BUP och första linjen, socioekonomiska beräkningar. Mer om de erfarenheter som gjorts och verktyg, samt filmer av alla seminarier finns på projektets hemsida www.skl.se/psynk.

Utmaningar

Vissa återkommande svårigheter liksom nödvändiga förutsättningar har också identifierats. Tydligast är kanske vikten av ett gemensamt beslutande organ där både kommun och landsting finns representerat med flera verksamheter; skola, socialtjänst, primärvård och specialistvård. Vi ser också en nationell utmaning i att hitta strukturer för en "första linjens insatser" för barn och unga som behöver hjälp med lindriga tillstånd av psykisk ohälsa. Det är dessa, och andra, tydliga, gemensamma, utvecklingsområden som står i fokus de kommande tre åren.

Ny trappstegsmodell

En lite ny projektmodell kommer att provas där man inte bara kan kvalificera sig till högre nivåer genom att säga vad man vill göra utan att det viktigaste blir vad man har gjort. Hela utvecklingsarbetet är konstruerat som en trappstegsmodell vilket innebär att alla kan delta på någon nivå. För att tillhöra de som är med i det intensiva utvecklingsarbetet krävs att man redan gjort en del arbete hemma. Stöd till att göra det som krävs finns på grundnivån.

Frågor av relevans för många kommuner och landsting

De projekt som drivs ska vara potentiellt intressanta för andra kommuner och landsting att ta del av.

Nyskapande vad gäller miljö och/eller situationer

För att komma ifråga måste ansökan avse aktiviteter som inte enbart innebär att man kopierar en befintlig metod/verksamhet/organisationsstruktur som utvecklats och testats i andra kommuner/landsting. Det krävs att det finns ett nytänkande antingen i tillämpningen, dvs. hur man implementerar och utvärderar effekten, eller vad gäller vilken verksamhet och målgrupp som man riktar sig till.

Arbetet kan starta snabbt och resultat presenteras under de kommande åren

Ambitionen att arbeta med det sökta projektet måste ha ett tydligt politiskt stöd och det ska finnas en plan för hur arbetet omgående ska kunna initieras.

Mått med vilka projektets resultat kontinuerligt kan mätas måste vara framtagna och möjligheten att verkligen ta in dessa mått vara säkerställd. Till detta hör att en god nulägesbeskrivning behöver finnas för att effekten av projektet ska kunna utvärderas.

De kunskaper som genereras ska kunna komma alla övriga i riket till del

Allt arbete som bedrivs behöver dokumenteras på ett sådant sätt att det är enkelt att sprida erfarenheter och resultat. I detta ingår alltså inte bara de rena resultaten utan även erfarenheter som görs under processens gång.

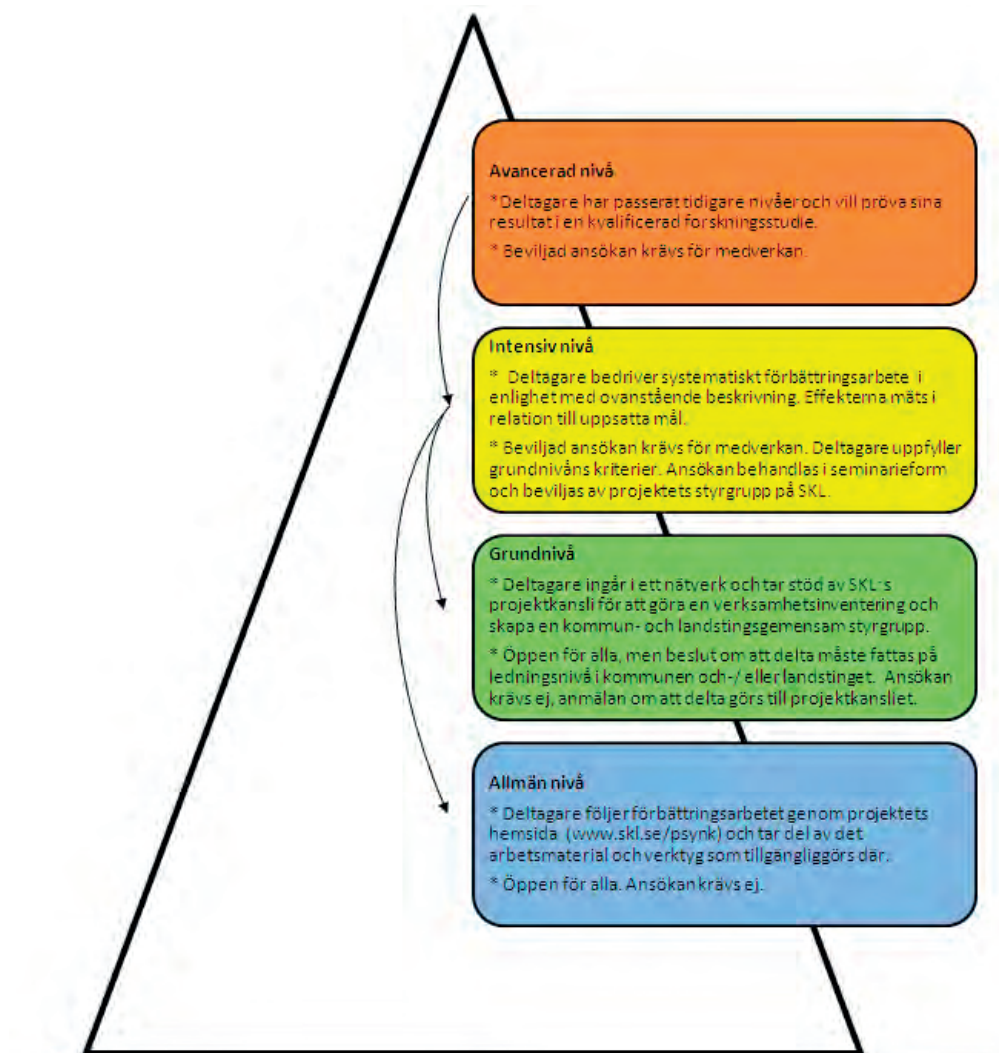
Tillräckligt bra för att generera ny kunskap

När goda resultat tycks uppnås är nästa steg att försöka att studera effekten på ett kontrollerat sätt, dvs. att vetenskapligt pröva projektet. Det betyder att redan på *intensiv nivå* måste det finnas mätbara mål och en god dokumentation.

En plan för dokumentation där mål och mätningar framgår ska följaktligen finnas från projektets start. Inte minst för att underlätta denna kontinuerliga dokumentation och kunskapsspridning förutsätts under projektets gång ett nära samarbete med projektkansliet på SKL samt med andra kommuner och landsting. Infrastruktur och kontakt med aktuella forskare görs gemensamt för flera olika sökande som är intresserade av ett gemensamt tema.

Tanken med trappstegsmodellen är att alla ska kunna få något, att de som vill jobba snabbt med utveckling ska få chans till det och att utvärderingen av resultaten görs så bra att det går att dra slutsatser som håller vetenskapligt. Den första ansökningsperioden för det nya projektet pågick i september 2011 men det kommer att bli nya möjligheter att ansöka och ansluta efter jul. Läs mer på http://modellomraden.skl.se/om_projektet/nytt-projekt-utvecklingsomraden.

Ing-Marie Wieselgren
Projektsansvarig och psykiatriexpert
Sveriges Kommuner och Landsting



Konsekvenserna
var värst
av allt.

Nu slipper
hon dem.

Zyprexa – förhindrar återfall vid bipolär sjukdom och hjälper patienter förbli i remission.

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, 2009-12-21. 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.



Hur används nya läkemedel vid en psykiatrisk klinik?

"Så kan psykiatrins kris lösas" är rubriken i Svenska Dagbladets "Brännpunkt" 25 augusti 2011. En arbetsgrupp tillsatt av Kungl. Vetenskapsakademien konstaterar att svensk psykiatrisk forskning internationellt har hamnat på efterkälken. Gruppens reformförslag i fem punkter avser att åter göra psykiatrisk forskning attraktiv och konkurrenskraftig.

Förslagen gäller akademisk forskning. Men hur kan forskning stimuleras vid ett centralsjukhus som inte har närmare kontakter med akademien? Då får vi mer tala om de senare bokstäverna i FoUU, dvs. inte Forskning med stort F utan snarare Utveckling och Uppföljning.

Lokal utveckling och uppföljning – ett exempel

Under 1980-talet dominerade ju för behandling av ångest och depression de tricykliska antidepressiva, TCA, med ofta god effekt och ofta besvärande biverkningar. Från 1989 lanserades i rask följd nya psykofarmaka, SSRI och andra.

Hur användes dessa nya läkemedel? Vi började 1991-92 göra systematiska uppföljningar för att besvara frågan. För varje intention att förskriva ett av de nya läkemedlen skulle ett frågeformulär ifyllas.

Upplägget var enklast möjliga. Basala bakgrundsfakta registrerades. Vad var orsak till valet av läkemedel – dålig verkan eller biverkan av tidigare läkemedel?

Ur journalerna hämtades efter minst tre månader uppgifter om behandlingen och resultatet. Fortsatte behandlingen? Om den var avbruten, vad var orsaken: dålig effekt och/eller biverkningar? Effekten skattades i tre steg: Ingen/tveksam, måttlig, god.

1992 följde vi på detta sätt användningen av de två nya läkemedlen Aurorix och Tolvon, 1994 kom turen till Fevarin och Seroxat. 1995 jämfördes alla nya antidepressiva som grupp mot TCA. Det blev en kongressposter och tre publicerade artiklar (1-3).

Sådana studier kan givetvis inte jämföras med formella läkemedelsprövningar. Men de har stort värde för kliniken interna kvalitetsutveckling. De aktiverar läkargruppen i kliniska uppföljningar och kan stimulera forskningsintresset.

Nya läkemedel är dyra; studierna kan också visa vad vi får ut av merkostnaden.

Detta var före datajournalernas tid. Datainsamling fick göras manuellt, och det var ganska så arbetskrävande. Nu borde liknande uppföljningar kunna göras rutinmässigt. Alla behövliga uppgifter ska redan finnas i datajournalen, det krävs bara att de ordnas på ett vettigt sätt så att de lätt kan tas fram. Sammanställning och utvärdering tar ju sedan sin tid.

Att vi inte gjort fler studier beror på ändrade arbetsförhållanden. Inom veckans arbetsschema finns numera inte tid för klinisk uppföljning och utveckling.

Jag tycker följande slutkläm i artikeln 1995 (3) fortfarande är aktuell, även gällande enstaka nya läkemedel. Min förhoppning om kommande välsignelser genom datajournaler har tyvärr inte uppfyllts:

"When several new drugs are introduced during a short period, it will take a long time for each individual psychiatrist to gather enough personal experience with all the new drugs. At least initially, the physician has to consult colleagues, the literature, and information from the manufacturers. In this situation is it obviously important for both psychiatrists and physicians in training to share experiences with and knowledge about new drugs. ---

In the future, when computer-based records are more used in psychiatry, similar studies will probably be a routine method for quality assurance in psychiatric clinics. It will then also be possible to program warning signals for when quality indicators are not met. One such signal may be a high rate of treatment dropouts. This would simplify early detection of problems and help to ensure a better quality of pharmacological treatment of mood disorders."

Nils-Olof Jacobson
Specialistläkare

Psykiatriska kliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad
nils-olof.jakobsson@skane.se

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Om svensk psykiatri i Tomsk

Mötet för yngre psykiater (YP) i Riga i våras, där SPF var en huvudintressent, har fört med sig diverse oförutsedda aktiviteter. Dr Nataliya Shadorovna i Tomsk övertalade t ex sin chef, professor Valentin Semke, att låta mig delta i **"30 years Jubilee Conference, Mental Health Research Institute, Siberian Branch RAMSci, Tomsk, 5-6 Sept 2011"**, vilket för övrigt visade sig sammanfalla med hans 75-årsdag (och även min, vilket jag inte nämnde). Denna inbjudan kunde jag inte motstå och jag valde att tala om "The Role of Inpatient Care in Modern Swedish Psychiatry" och även något om trender i svensk öppenvård psykiatri. Transkulturell psykiatri med fokus på utsatta minoriteter/urbefolkning i Sibirien har varit en huvudgren för professor Semke och hans medarbetare. Jag ville lyfta fram den kulturella förändring som krävs för att man skall komma bort från tanken att det är en behandling i sig att vila på annan plats, t ex på ett mentalsjukhus (en "asyl"). Denna tanke får ju i hög grad anses vara knuten till stigmatisering av psykiatrisk sjuklighet och verksamhet. I stället bör man tydliggöra varför en bra slutenvård verkligen behövs samt att den måste vara intimt knuten till en bra öppenvård och till tjänster ute i samhället.

Det var svårt för mig att få grepp om innehållet i övriga presentationer trots översättning till engelska "i örat" genom en YP. Overheadbilderna förstod jag kanske till 30 %. Man redovisade ett mycket stort antal publikationer, avhandlingar och böcker utgivna under institutets 30 år, men förstås nästan bara på ryska. Professor Semke var mycket intresserad av samarbete, bland annat rörande minoriteters psykosociala situation. Jag har lite idéer för detta men är tacksam för tips!

Vi bjöds på rejäla luncher och en livlig supé med dancing. Talen var legio. Känslan i dessa var varm, entusiastisk och uppskattande - innehållet så vitt jag förstår inte alltid evidensbaserat.

Tomsk grundades 1604. Staden har 500 000 innevånare varav en femtedel är studenter. Den påminner mig om Göteborg men med ännu fler pampiga byggnader och många mycket vackra, oftast rätt bedagade 2-3 vånings trähus, kanske 100 år gamla.

Resan var lång, totalt 18-20 timmar i vardera riktningen, men Ryssland är stort – det tar ytterligare 6 timmar till Vladivostok. Det kändes lyxigt att vara ensam utländsk gäst, ena dagen dock tillsammans med en professor från Berlin. Det fanns ett tydligt intresse och möjligheter till samarbete. Det var ett lyft att prata med lokala YPs om vad som är möjligt att göra i psykiatrin.

Foto och text: Jerker Hanson
Psykiater, Stockholm
jerker.hanson@telia.com





Forskning om komplementära behandlingsmetoder

Får jag bota med fel metod? Botar relationen eller metoden?

I Svensk Psykiatri nr 3 2010 (1) skrev jag om erfarenheter av en meridianbaserad psykoterapi, EFT (*Emotional Freedom Techniques*). EFT har som beskrivs i artikeln likheter med den gamla metoden systematisk desensibilisering, med skillnaden att avslappningen åstadkommes genom stimulering av akupunkter under en viss mental inställning. EFT används för många olika problem, mest kanske fobier och PTSD.

Jag tänker på fyra kvinnliga patienter med fobier:

58 år, fobi för kattungar mm. En session med EFT år 2000. Snabbt förbättrad, snart besvärsfri, bestående vid uppföljning 2010. (En mångårig köldurtikaria försvann också efter en session EFT år 2000, besvärsfri även den stränga vintern 2009-10.)

28 år, spindelfobi. En session 2010-01. Fobifri vid uppföljning 2010-07 och fortfarande 2011-05 då hon sökte för depression.

41 år, fobi för åska. En session 2010-03. Besvärsfri vid uppföljning 2010-11 och fortfarande 2011-07, var då "förvånad att hennes mångåriga fobi för åska försvunnit helt efter EFT."

26 år, getingfobi. En session 2011-05. Mycket förbättrad vid uppföljning 2011-07: inga problem utomhus, kan hantera dem även inomhus.

Patienterna hade vid behandlingen haft kontakt med mig varierande tid för andra problem, och fobierna kom i fokus under resans gång. Efter fobibehandlingen fortsatte kontakten för andra problem. Fobierna var dock inga bagateller. De hade funnits i flera år (i två fall sedan barndomen), vållade patienterna avsevärda besvär och inskränkte deras rörelsefrihet.

Behandlingen tog omkring 45 minuter. Patienterna upplevde direkt lindring av oro och spänning vid kontakt med sitt fobiska stimulus, som representerades av att tänka på det eller se bilder. Patienterna fick instruktioner för fortsatta övningar hemma, som de utförde i varierande grad.

EFT har ansetts vara en "ovetenskaplig" metod, vilket innebär att sjukvårdspersonal bara får lov att använda den om patienten direkt begär det.

Detta förutsätter att patienten känner till metoden tillräckligt väl för att kunna begära att bli behandlad med den. Kanske begick jag en svår förbrytelse genom att bota fobin med icke godkänd metod? Jag förklarade givetvis för patienterna att EFT var ett alternativ bland flera och beskrev metoden, och alla var ju villiga att pröva.

Som beskrivet i artikeln (1) finns dock ett trettiofem studier som visar effekt av EFT. Senast har EFT vid behandling av PTSD visat praktiskt taget lika god effekt som den etablerade metoden EMDR (2). Därmed kanske EFT nu är "rumsren"?

Kunde det inte vara ett spännande ämne för ett forskningsprojekt, att systematiskt pröva en sådan terapi i ett större material av olika fobier?

Problemen är bl.a. att behandlaren självklart måste kunna metoden och ha erfarenhet av verkliga behandlingar innan en studie påbörjas. De flesta svenska EFT-terapeuter arbetar privat, utanför sjukvården. Det kan då vara svårt att finna en handledare som behärskar eller ens känner till EFT.

Det finns ingen officiellt godkänd utbildning, den får man alltså utforma själv. Den basala proceduren är dock mycket enkel; patienterna kunde ju lära sig grunderna under en session. Det finns mängder av utbildningsmaterial på nätet och även kurser på olika håll.

Behandlaren behöver vara engagerad i EFT, alltså inte bara administrera proceduren opersonligt och mekaniskt utan också behärska "*the art of delivery*". Det kräver inlevelse, flexibilitet och gärna humor.

En kollega menade att resultaten med EFT inte berodde på metoden utan på att jag hade god relation till patienterna. Relationen hade dock ingen lindrande verkan på deras fobi förrän jag använde den specifika metoden. Det förefaller mig inte heller troligt att köldurtikaria skulle försvinna bara genom god patientrelation. Kollegan kanske menade att jag skulle ha fått samma resultat av vilket hokuspokus som helst. Det motsägs av att jag i ett fall först prövade en annan känd fobimetod (NLP) utan större effekt.

Det finns också många fallbeskrivningar där lekmän lärt sig EFT genom material från nätet och med framgång använt metoden för egenvård, ibland också kunnat hjälpa anhöriga. Effekt av självadministrerad EFT har också visats i studier, däribland en svensk (3).

Om någon kollega eller psykolog känner för ett terapeutiskt forskningsäventyr lite utanför de vanliga fällorna, så vill jag föreslå en studie i EFT!

Nils-Olof Jacobson
Specialistläkare
Psykiatriska kliniken, Centralsjukhuset Kristianstad
nils-olof.jakobsson@skane.se

Referenser

1. Nils-Olof Jacobson: Vilsegången eller pionjär? Att använda komplementära metoder i psykiatin. *Tidskrift för Svensk Psykiatri* nr 3, september 2010, 65-66.
2. Thanos Karatzias et al: A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Post-traumatic Stress Disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (2011), 199(6), 372-378.
3. Brattberg G. Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in Individuals with Fibromyalgia. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, (2008), Aug-Sep, 30-35.



Gå på föreläsning i soffan!

Psykisk hälsa barn och unga – synkronisering av alla insatser - skola socialtjänst och hälso- och sjukvård.....

För er som vill använda de erfarenheter och det material vi fått fram under Modellområdesprojektet finns här en enkel "kokbok" som hjälper att göra ert egen Psykroniseringsarbete.

Vi filmar våra seminarier och möten så ni kan ta del av allt som görs.

Web TV



www.skl.se/psynk



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**

10 frågor till.....

Denna gång möter Du **Lars Joelsson**
Nyttillträdd ordförande i Svenska Föreningen för
Barn- och ungdomspsykiatri

Född:
1948.

Bor

Har bott 26 år i Gällivare men nu har jag flyttat tillbaka hem till Kämpersvik i Norra Bohuslän, ett litet samhälle vid havet, strax söder om Grebbestad och norr om Fjällbacka.

Familj

Gift med Anette och har två döttrar och en son och två barnbarn.

Arbetar

Chefsöverläkare inom BUP NU sjukvården, överläkare på mottagningarna i Strömstad och Lysekil.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Jobbar med vår samhällsförenings hemsida, åker långfärdsskridskor, seglar och vandrar i fjällen och fiskar hummer.

Favoritmat

Stekt färsk makrill som jag själv fiskat.

Senast lästa bok

Båten av Nam Lee.

Vad gör Dig lycklig?

Att jag känner mig frisk och att vara morfar.

Vilka förebilder har Du?

Pappa. Ju äldre jag blir ju mer lik blir jag honom och det känns bra. Gunnar Windahl. Han fick mig att upptäcka en ny tankevärld när jag som blivande distriktsläkare randade mig inom psykiatri.

Vilka är SFBUPs största utmaningar under de närmsta åren?

Att arbeta för att vi läkare har en bra arbetssituation och att vi kan locka unga läkare till barnpsykiatri.

Att vi som förening kan fortsätta att ordna bra mötesplatser.



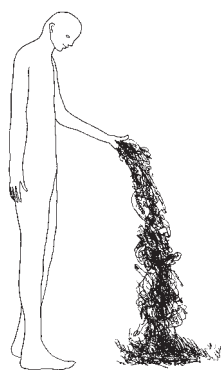
Att medverka till att de svårast sjuka får en bra och snabb hjälp på BUP.

Att verka för att införa mer evidensbaserade behandlingar.

Att vi i styrelsen kan förbättra dialogen med medlemmarna, t.ex. genom denna tidning och hemsidan.

Stina Djurberg
SP Redaktion

Om din kollega fortfarande är djupt deprimerad, vilken behandling tror du på härnäst?



Oavsett vem du skulle vilja hjälpa är behandlingsresultaten ofta nedslående: Alltför många med depression svarar inte tillräckligt bra på första linjens behandling. Du funderar och funderar. Vad kan fungera? Vad är klokast?

Seroquel Depot (quetiapin) är ett nytt behandlingsalternativ vid depression som är indicerat för tilläggsbehandling av depressiva episoder hos patienter som inte svarar tillräckligt bra på anti-depressiv läkemedelsbehandling i monoterapi. Som tilläggsbehandling förbättrar Seroquel Depot MADRS från vecka 1 och hjälper fler patienter att nå remission.

Med erfarenhet och kunskap kan du, varje gång du möter en ny patient, väga de olika alternativen mot varandra och därigenom finna bästa möjliga behandling.

Hur väljer du härnäst?



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

Vart är BUP på väg?

Del 2

I den första delen om vart BUP är på väg fokuserades på "den första linjens psykiatri" och utmynnade i frågan Vad är barnpsykiatri?

När det gäller "första linjens psykiatri" ökar min oro. SKL hade ett stort symposium om detta 23 mars. Det finns att beskåda på video på deras hemsida <http://modellomraden.skl.se>.

I mina ögon skrämmande ty det blir än klarare att ingen vet hur detta med första linjens psykiatri ska lösas. Man var överens om att vårdcentralerna inte kan detta, men i Västra Götaland där BUP erbjöd gratis utbildning hade personal från VC inte ens tid att gå på utbildning! I Jönköping fanns mycket resurser. Men BVC ville ej ta barn över 6 år och Ungdomsmottagningen ville inte ta barn under 12! Detta som BUP alltid klarat även om vi inte hunnit tillräckligt snabbt pga. av resursbrist. Men istället för att ge mer resurser till BUP ska med nya resurser en ny organisation byggas med personal som inte har kompetens och inte ens hinner skaffa sig den kompetensen. I sanning en nedbrytande förändring.

Idag tas allt mer av BUP:s resurser upp av ADHD. Är det adekvat?

ADHD eller ADPG?

En mamma skrev på texttelefon "Min son har DAMP eller ADPG". Jag förstod förstås vad hon menade men tycker ADPG är högst relevant "Annan Diagnos På Grund av" dvs. differentialdiagnostik som tycks bli alltmer frånvarande när det gäller ADHD.

Nästan alla föräldrar och lärare och även många inom BUP frågar alltid efter eller tänker direkt att det är ADHD om ett barn har problem och då måste det utredas vilket tar mycket av BUP:s resurser, upp till 40-50 % på vissa ställen. Men på andra håll i världen och även i Sverige (sic) är det inte alltid BUP som tar hand om ADHD. Vadan denna skillnad i synen på vad som är barnpsykiatri, och hur fördelas då resurserna?

ADHD "pandemi"?

Ökningen av ADHD-diagnoser är av "pandemiska" dimensioner. Jo, säger många, vi har ju missat dessa barn förut och vi har ännu inte kommit upp i den 5 % prevalens som ADHD anses ha. Självklart missade vi en del tidigare men det gör man idag också men jag har inte sett någon studie på detta. Men man kanske inte kan räkna från prevalens för alla kanske inte har behov av diagnos och behandling.

Eller feldiagnos?

Eller om man ändå har missade diagnoser utifrån prevalens som grundförklaring är det en större grupp som vi definitivt fortsätter att missa. Prevalensen för grova sexuella övergrepp är 7-14 % för flickor och 3-6 % för pojkar dvs. 5-10% för hela barnpopulationen (1). Och om vi ändå räknar lågt att bara hälften av dessa får problem som PTSD och behöver BUP:s insatser så är de lika många som ADHD. Men varför ser vi inte dessa barn (2)? Eller ser vi en del av dem men med fel diagnos? Jag har sett flera exempel på barn som har varit med om allvarliga trauman och uppfyller diagnoskriterier för PTSD som ändå fått endast ADHD-diagnos och centralstimulantia.

Det finns också mycket stora skillnader i frekvens av ADHD på olika mottagningar som sannolikt talar för många feldiagnoser och min hypotes är att det framförallt är en stor överdiagnostik.

ADHD - neuropsykiatri?

Men om diagnoserna är korrekta vad beror ADHD på och vad ska vi göra åt denna "pandemi"?

Dr Tomas Ljungberg, nu professor i Eskilstuna, har en bred biologisk och psykiatrisk kompetens. Redan 2001, i ett material till Socialstyrelsen, påtalade han efter genomgång av forskningen att det saknas vetenskaplig grund för att förklara ADHD med neuropsykiatri, då det minst lika ofta förklarades av psykosociala orsaker. Han blev då inte kallad till flera möten och Socialstyrelsen har gett ut sin officiella linje utan att ta hänsyn till dr Ljungbergs granskning.

ADHD i ett nytt ljus – stress-sårbarhet

2008 kom dr Ljungbergs bok "AD/HD i nytt ljus" (3) med ytterligare genomgång av den nyare forskningen och med samma slutsats. Ljungberg som också är hjärnforskare med dopaminsystem som specialitet visar att forskningen inte visat att hjärnskador eller dopaminobalans är orsaken till ADHD (utom möjligen i en mindre subgrupp hyperkinetic disorder), vilket läkemedelsföretagen och även flera läkare ändå fortsätter att hävda. Vidare visar han att ärftligheten inte alls är så stor, 0,8-0,9, om hänsyn tas till viktiga felkällor, utan 0,4-0,6 dvs. i nivå med hur personlighetsegenskaper ärvs. Vidare påminner han om att samma typ av tvillingstudier visar hög ärftlighet för tuberkulos. Men där vet vi att det är en bakterie och hygienförhållanden som är orsaken. Så ärftlighetssiffrorna vid Tbc måste ha med motståndskraft att göra.

Så förmodligen är det samma för ADHD, dvs. barn har olika medfödd motståndskraft eller sårbarhet men problemen uppkommer oftast inte utan yttre orsaker i familj, skola eller samhälle. En helt ny studie på över 10000 barn visar att de som är yngst i en förskoleklass, (födda i augusti) har 70 % högre frekvens (8,5 %) ADHD än de äldsta (födda i september året innan), med 5 % (4). Om vi inte ska tro att födelsemånaden och astrologi är orsak är det väl sannolikt att detta talar för en mognadsproblematik och inte sjukdom och att vi då måste forma skolan på ett annat sätt (5)! Mer forskning behövs. Men till detta ges sällan pengar (6), inte ens från FAS (7) som ska satsa på att kartlägga barns psykiska hälsa i ett tvärvetenskapligt perspektiv.

Ingen debatt här heller

Det är även här, liksom i frågan om första linjens psykiatri (8), mycket oroande att dr Ljungbergs genomgång av all forskning kring ADHD, som visar att det saknas vetenskapligt underlag för neuropsykologisk förklaring, utan det även här är en stress-sårbarhetsmodell som stämmer bäst med alla data, helt förbigås med tystnad. Förutom en positiv recension i Läkartidningen av en barnneurolog (9) som var med att starta upp hjälp just för dessa barn. Och personangrepp från föreningen Attention (10). Detta känns inte betryggande om vi menar allvar med att vi ska basera vår verksamhet på vetenskaplig evidens (11).

och utan debatt ingen vetenskap

Vetenskap bygger på grundprinciperna öppenhet, kritisk granskning och dialog och avhållsamhet från proklamerande av hypoteser som sanningar, och ett gradvis växande och även förändrande av den syn som uppfattas bäst överensstämmer med alla fakta.

Så min oro och mina frågor kvarstår:

Vad är barnpsykiatri? Vad är ADHD? Hur ska vi nå och hjälpa fler barn utsatta för sexuella övergrepp? Vad ska BUP arbeta med och med vilken organisation? Vad styr BUP idag - politisk ideologi eller psykiatrisk kunskap? Och vill vi ha det så?

Jan Pilotti

Ungdomspsykiater

Universitetssjukhuset i Örebro

Ytterligare exempel på hur administration tar över kliniskt förnuft. I instruktioner om mätning av vårdgarantin och hur avvikelser ska registreras för ej

uppfyllt vårdgaranti står i ett dokument från SKL

som "Medicinskt orsakad väntan": "Patienten har fått läkemedel insatt. Det är nödvändigt att invänta den antidepressiva effekten (som ofta tar 3-4 veckor) innan psykologisk behandling kan inledas på egen eller annan enhet". Helt i strid med EU:s läkemedelsverk som godkänt Fluoxetin för barn från

8 år med förbehåll att först pröva terapi 4-6 gånger och sen bara i kombination med terapi

)<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2006/FontexProzac-fluoxetin-godkanns-for-behandling-av-depression-hos-barn-och-ungdomar/>)

Frågade Ing-Marie Wieselgren på SKL om detta, hon menade att detta bara var ett exempel. Men ett olyckligt sådant och det borde gå lätt att ändra. Bra men vad kommer sådana exempel från. Hon angav att det var administratörer som skrivit dokumentet men med utgångspunkt från förslag från professionella! I så fall beklämmande att man inte känner till vad som är evidensbaserad läkemedelsanvändning och ett tydligt uttryck för en förenklad biologisk syn som inte är för ungdomars bästa.

Referenser:

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Hur gör man? Bra psykiatri i svåra förhållanden

Min önskan när jag sökte Cullbergstipendiet var att hitta en plats där man erbjuder bra psykiatri trots svåra omständigheter. Hur gör man? Varför lyckas man? Valet föll på Australien, med enorma avstånd och stora kulturella skillnader som en del av utmaningarna.

Mottagande klinik var forskningscentret Centre for Rural & Remote Mental Health i Orange, ca 3,5 timmes körning västerut från Sydney. Det grundades 2001 som ett samarbetsprojekt mellan Universitetet i Newcastle, NSW Health och Great Western Area Health Service, GWAHS. Bakgrunden var ett behov av ökad kunskap om mental hälsa i glesbygd, hur man gör vården mer jämlik, och löser svårigheter att rekrytera personal och de praktiska problem som stora avstånd innebär. Verksamheten innefattar forskning, utbildning och klinik. För att ge mig en helhetsbild gjordes min placering som ett samarbete mellan dem och Bloomfield Hospital, ett av få kvarvarande renodlade mentalsjukhus i Australien. Det är ett otroligt vackert sjukhus, med små tegelbyggnader på 1-2 våningar utspridda i ett stort parkområde. Men ett nytt sjukhus håller på att färdigställas. Där kommer psykiatri och somatik att finnas under samma tak.

Min tanke var att försöka förstå hur man arbetar med de förutsättningar man har. Bara att förstå problemet var till viss del komplicerat. Sjukhuset i Orange var under lång tid den enda plats som erbjöd slutenvård i Great Western Area, ett område som sträcker sig väst om Sydney, ända ut i "the Outback" och är lika stort som Sverige! Befolkningen är cirka 300 000 personer. På senare år har det utvecklats möjligheter till ineliggande vård även på några ytterligare platser i området, men tillgången till psykiatriker är fortsatt ytterst begränsad. Verksamheten är uppbyggd kring Mental Health Teams, som vanligen består av sjuksköterskor. Rekrytering är ett stort problem inom alla yrkeskategorier. Till Orange går det möjligen att locka personal, mer isolerat blir det ibland

omöjligt. Läkarsituationen löser man till stor del genom att flyga in läkare från Sydney, inte helt olikt det svenska hyrläkarsystemet. De som är baserade i Orange åker också ut till omkringliggande städer. Det är vanligt att en stad på ca 10 000 invånare har tillgång till psykiater en dag varannan vecka.

Aboriginer – en utsatt grupp

Bland aboriginer och Torres Strait Islanders i åldersgruppen upp till 34 år är suicidtalerna tre gånger så höga som för icke urbefolkning. För kvinnor är suicidtalerna fem gånger så höga i motsvarande åldersgrupp. I högre åldrar försvinner skillnaden, och i den högsta åldersgruppen kvinnor är det färre suicid bland aboriginer.

Svårigheterna när man försöker förändra detta är många. Det finns en stark misstro mot det vita samhället, baserad på tidigare erfarenhet. Det finns också mer än 500 olika stammar av aboriginer i Australien, språken och kulturen är olika. Det skapar svårigheter att ta fram en plan som passar alla. Områden med hög andel aboriginbefolkning är glesbefolkade och det är ytterst svårt att få välutbildad personal dit. Under många år pågick en omflyttning av aboriginer till de mindre bördiga delarna av landet. Många bor fortfarande kvar i sådana områden. Fattigdomen är stor, arbetslösheten hög och utbildningsnivån låg. Det finns stora problem med alkohol och droger.

Även statistik är svårt. Det är inte självklart att byarna vill medverka i undersökningar. Under åren har en rad olika forskningsprojekt gjorts om "aboriginal issues", men mycket lite har lett till några konkreta förändringar för folket och man är i dag tämligen misstänksam när nästa universitetsstudent kommer för att samla material till sin magisterexamen.

Med denna bakgrund är det lätt att förstå att det inte finns någon snabb och enkel lösning på det dåliga måendet och de höga självmordstalen bland Australiens ursprungsbefolkning. Jag diskuterade bland annat frågan med Donna Stanley, tidigare Aboriginal Mental Health Worker (AMHW) på en rad små orter i Australiens outback, nu projektanställd samordnare för att utbilda aboriginer i Mental Health First Aid (MHFA). Hon är trots allt hoppfull.

- Man måste tänka positivt, säger hon, och pekar på de framsteg som trots allt görs och att det är en kort tidsrymd vi pratar om.
- Vi fick ju nyss rösträtt, i slutet av 60-talet! Det var inte heller förrän då som man slutade omplacera aboriginernas barn. Tänk dig själv, generation efter generation som vuxit upp på institution. Misshandel, övergrepp, avsaknad av en vuxen att knyta an till
- det tar tid att reparera de skadorna.

Arbetet med MHFA tycker hon är viktigt. Ett stort bekymmer i dag är att aboriginer sällan söker hjälp för psykiska problem. I glesbefolkade områden finns i bästa fall AMHW som kan fånga upp en psykisk sjukdom på ett hyggligt tidigt stadium. När jag frågar om situationen i Orange så berättar Donna Stanley att man byggt upp ett system med trainees. Det finns fyra sådana just nu, men de är ute på olika placeringar för att öka sin kunskap om psykiatri. Så någon AMHW för patienterna att vända sig till finns inte.

- Aboriginerna är 7,6 % av befolkningen i GWAHS område, men i snitt 21 % av de ineliggande patienterna. De kommer ofta till psykiatri via den somatiska akuten eller polisen, dvs. när de kommit långt i sin sjukdom.

En av hennes huvuduppgifter nu är att utbilda aboriginer i

MHFA. Tanken med programmet är att skapa tidig upptäckt av psykisk sjukdom, samt att förmedla kunskap om hur den psykiskt sjuka kan bemötas och hur vägen till vård ser ut. Utbildningen är anpassad för allmänheten och kräver inga förkunskaper. I Australien finns en särskild version av programmet framtagen för Aboriginer och Torres Strait Islanders. Donna Stanley utbildar instruktörer, som efter en femdagarskurs kan ge den grundläggande två dagar långa utbildningen i MHFA.

På psykiatrikongressen i Göteborg fick jag veta att MHFA genomförs på försök i Sverige just nu, se www.mhfa.se!

Bönderna

Sedan 2007 finns ett Draught Mental Health Program, som i början av 2010 blev omdöpt till Rural Advertisy Mental Health Project (RAMHP). Bakgrunden är att man sedan 2000-talets början haft en svår torka i Australien, med tunga ekonomiska konsekvenser för lantbrukarna.

- I Australien är lantbrukarna förberedda på torka. Det ingår i förutsättningarna, berättar Craig Hart, projektledare för RAMHP.

- Problemet den här gången var att den aldrig tog slut. Ett par års torka är normalt sett inget problem, men nu fortsatte den i 8-10 år, den längsta registrerade torrperioden vi har haft.

För ca ett år sedan kom regnen tillbaka, och det har nu regnat i ca ett år. För vissa samhällen innebär detta att torkan ersatts av översvämningar! Konsekvenserna har drabbat lantbrukarna mycket hårt. Suicidtalerna bland lantbrukare var redan dessförinnan klart över riksgenomsnittet bland männen. Hos kvinnor finns inte motsvarande skillnad.

2006 beslutade regeringen att man måste göra något för att förbättra den psykiska hälsan hos dem som drabbats av torkan.

Draught Mental Health Assistance Project blev svaret, och hörnstenarna har varit utbildning, samhällsutveckling och minskad stigmatisering av psykiskt sjuka. Viktiga punkter har också varit arbete mot missbruk och samarbete med distriktsläkare. Prioriterade grupper har varit aboriginer, ungdomar, kvinnor och äldre lantbrukare.

- Vi vill bygga förutsättningarna underifrån. Om vårt projekt inte längre får finansiering så ska samhället kunna fortsätta arbetet på egen hand, förklarar Craig Hart. Ett exempel på detta är att man satsat på att höja kunskapen om psykisk sjukdom hos personalen på distriktsläkarstationerna.

- Vi stödjer också lokala strategier. Under torkan kunde vi t.ex. anordna en mässa eller ett möte med ämnen som berör lantbrukare, allt för att få dem att för en dag kunna tänka på annat än torkan. I samband med evenemanget gav vi information om psykisk hälsa.



Stigmatiseringen har varit ett stort problem. Anordnar man en informationsdag om psykisk hälsa så kommer ingen. Men genom att finnas i lantbrukarnas vardag är chansen större att nå ut med informationen. Ett annarsätt har varit att ha så kallade "pitstops":

- Man sätter upp ett antal stationer i ett rum där invånarna får komma och göra en hälsokontroll. Vid ett bord får de blodtrycket kontrollerat, vid ett annat blodsockret, vid ett bord kontroll för hudcancer, och så vid ett bord information om mental hälsa... Då fungerar det, säger Craig Hart, som ändå tycker att öppenheten kring psykiska sjukdomar blivit större de senaste åren.
- I dag har vi lantbrukare som ställer sig upp inför 400 byinvånare och berättar om sin depression! Det skulle inte ha hänt när projektet började.

Generellt är dock projektet svårutvärderat. Ett problem hittills har varit att finansiering varit för 12 månader i taget, då är det svårt att få till en vettig utvärdering. Nu hoppas man på en femårsfinansiering, och då är planen att arbeta mer aktivt med utvärdering.

- Men rent anekdotiskt, från vad människor berättar för oss, så upplever jag att vi spelat en stor roll för att öka kunskapen om mental hälsa och minska stigmatiseringen, säger Craig Hart.

En studie av ungdomars mående under torkan bekräftar ytterligare det Craig Hart säger. Under de första åren klarar sig ungdomarna bra. 2004 kunde man inte påvisa någon försämring i psykisk hälsa. När studien upprepades 2007 hade situationen förändrats. Ungdomarna bekräftade torrperiodens påverkan på deras egna psykiska mående, familjens funktionsnivå och samhället i stort. Ångestnivån var högre än tre år tidigare.

Alkohol/droger

En övervägande majoritet av de patienter jag träffade hade ett pågående missbruk av alkohol, hasch/marijuana eller amfetamin/speed. I behandlingen av psykiska problem upplever jag att man sätter mindre fokus på missbruket än vi gör i Sverige, jag anar/tolkar det som en uppgivenhet, man upplever inte missbruket som någonting man kan påverka. T.ex. frågar jag en person inom psykiatri om de har någon särskild behandling för dubbeldiagnoser. Svaret blir en bekymmersrynka, en suck och:

- Du vet, alla patienter med de här diagnoserna har ett missbruk. Det är inte meningsfullt att försöka bryta ut en särskild grupp och kalla dem "dubbeldiagnos".

Kulturen kring alkohol i Australien skiljer sig på många punkter från Sverige. Dt finns spritbutiker i "varje gathörn". En stad på 10 000 personer kan ha 5-6 spritbutiker.

På en helgutflykt till turiststaden Katoomba noterade vi att alla affärer stängde redan klockan sex. Det var en varm, fin sommarkväll, men även fiken med uteserveringar stängde igen. Staden ödelades – men spritbutikerna var ett undantag, de hade öppet till kl 22 på fredagar och lördagar!

Gränsen för rattonykterhet i NSW är 0,5 promille. Även här finns en stor attitydskillnad jämfört med Sverige. När vi ständigt uppmanas att låta bilen stå dagen efter vi druckit, har australiensarna i stället informationsskyltar i barerna om hur många standarddrinkar en genomsnittlig man/kvinna kan dricka och fortfarande vara körbar.

Det satsas på information

Farm-Link är ett exempel, ett samarbetsprojekt mellan sjukvården i New South Wales och NSW Farmer's Association, med syfte att förbättra det psykiska måendet bland lantbrukare samt minska självmordstalen. Men hur gör man för att hjälpa den som inte söker vård? I programmet har man involverat rådgivare, agronomer, boskapsuppköpare, bankmän – ja, en rad yrkesgrupper som har en naturlig kontaktyta mot områdets lantbrukare. Genom att utbilda dem i mental hälsa, (genom Mental Health First Aid) är målsättningen att de ska fånga upp förändringar i mående och beteende hos lantbrukare och kunna hjälpa dem att söka vård. Programmet har också tagit fram självhjälpsmaterial och försöker finnas på plats på boskapsmarknader, jordbruksmässor och liknande. Projektet täcker dock bara ett litet område av GWAHS.

Mental Health Emergency Care – Rural Access program (MHEC-RAP)

Stora avstånd och brist på utbildad personal gör det omöjligt för glesbygdssjukhusen att erbjuda patienter avancerad



psykiatrisk bedömning. Från 1990 till 2005 tredubblades antalet patienter som i stället inremitterades till akutpsykiatri i Bloomfield. Många av dessa kom med ambulans eller polis. Transporterna är extremt resurskrävande, från många delar i området har man 5-10 timmars körning till Orange. Ibland blev bedömningen att patienten inte behövde inläggande

vård och denne befann sig då många timmar hemifrån, kanske utan pengar och möjlighet att ta sig hem igen.

Med utbyggnad av vårdplatser runt om i regionen har man löst en liten del av problemet, men av naturliga skäl har ett samhälle med endast en psykiater ingen dygnet runt-jour. Dessa onödiga transporter har skapat friktion mellan polisen och psykiatri, onödigt lidande hos patienterna samt enorma transportkostnader.

I ett försök att minska dessa resor startades 2008 MHEC-RAP, ett projekt med psykiatriska bedömningar via videokonferens. Sedan tidigare fanns en dygnet runt-bemannad telefonrådgivning i Orange. Den kompletterades nu med ytterligare utrustning, I dag fungerar systemet så att 17 somatiska akutmottagningar i området har försetts med videokonferensutrustning. När en psykiatrisk frågeställning som behandlande läkare själv inte behärskar dyker upp, ringer han till telefonrådgivningen. Rådgivningssköterskan gör därefter en triagering. Hon kan sedan välja att gå vidare och göra en konsultation med patienten via videokonferens. Om det finns behov kan patienten sättas upp för konsultation med psykiater.

En utvärdering 2009 visade goda resultat för MHEC-RAP. Av de patienter som blev aktuella för videokonferens, där majoriteten tidigare skulle ha skickats till Orange för undersökning, blev nu i stället resultatet:

46 % gick hem med en lokal vårdplan.

28 % blev inlagda på det lokala sjukhuset.

7 % sattes upp för fortsatt psykiatrisk bedömning på kontorstid.

19 % transporterades till psykiatrisk klinik.

Bemanningen på MHEC-RAP är cirka 10 MHW (främst sjuksköterskor) samt två psykiater på deltid.

Men hur kan psykiatri fungera i så här glesbefolkade områden..?

Få psykiater, långa avstånd, svårrekryterat... Jag återkommer gång på gång till frågan vad det är som gör att systemet fungerar.

Fördelningen inneliggande vård/öppenvård skiljer sig klart åt mellan Sverige och GWA. Vårdplatserna här är betydligt fler och det finns riktiga "långvårdsavdelningar" med vårdtider på flera år i snitt för de svårast sjuka.

Annorlunda arbetssätt. Jag diskuterade med en av de sex psykologer som arbetar på sjukhuset (totalt motsvarande fyra heltidstjänster). Han beskrev hur de gör en hel del utredningar på inneliggande patienter. Det är också ganska vanligt att man påbörjar en behandling med en patient som är inneliggande, för att sedan fortsätta den via videokonferens när patienten skrivits ut. Enligt psykologen har det i studier visat sig ge lika goda resultat som konsultationer ansikte mot ansikte. Dock blir resultaten kraftigt sämre om man inte först etablerar en "IRL-relation". Enligt kollegor är "alla" psykologer i Australien KBT-utbildade, vilket möjligen är en överdrift men speglar den

totala dominansen för KBT i landet.

Hög grad av självständigt arbete hos MHW. Tillgången till psykiater kan vara en dag/vecka till en dag/månad, däremellan stöd via telefon. Den generella bemanningen gör det svårt att hinna träffa alltför många patienter regelbundet. I stället har man ett tätt samarbete med primärvård, mödravård etc. Det är inte ovanligt att själva vården av t.ex. nybliven mamma med depression får vara kvar hos mödravården, och MHW har en konsultfunktion.

God tillgång på privatpraktiserande psykologer.

Många av de uppgifter som tidigare utfördes av sjukvården görs nu av *ideella organisationer*. Dit hör t.ex. en hel del rehabilitering, sociala aktiviteter, arbetsbedömning/träning etc.

Något som jag funderar över är att mycket tycks drivas i projektform i Australien. Det finns ett projekt i ett område för att minska alkoholkonsumtionen bland aboriginer, i ett annat område satsar man på att stötta bönder under torkan, något projekt arbetar med utsatta ungdomar... Detta ger både stora möjligheter att sätta fokus på problemområden, samtidigt som jag bedömer att det rimligen kan ge problem med kontinuitet, känslighet för opinion etc.

Jag har, under min tre veckor långa placering, fått förmånen att diskutera dessa svåra frågor med forskarkollegor, se vardagen i akutverksamheten, följa med kollegor ut till några av de områden som finns på körbart avstånd och, på både ett teoretiskt och mycket handfast, kliniskt plan se hur man kan arbeta för att främja den psykiska hälsan i ett svårhanterat område som GWA. Med mig hem har jag ett antal konkreta idéer, en ny förståelse för hur olika lösningen för ett och samma problem kan se ut och massor av inspiration!

Stort tack till Johan Cullberg och stipendienämnden som gjorde min resa möjlig!

Text och foto: Anna Svensson

ST-läkare

Gävleborg



Finns fri vilja?

**En person som lärt känna
självet, som refererar till sig
själv som jag, är oundvikligen
fångad av friheten**

Roger Scruton

Är allting i livet förutbestämt eller finns det en fri vilja bland människorna? Frågan om den fria viljan har ofta ställts som en motsatsfråga, d.v.s. *antingen* determinism *eller* fri vilja. Andra har menat att determinism och fri vilja samexisterar på något sätt. Immanuel Kant ansåg att existensen av moraliska krav på människorna (*det moraliska imperativet*) inte skulle kunna finnas utan förekomst av en fri vilja.

En uppfattning om den fria viljan har varit att vår klara upplevelse av att ha en fri vilja skulle vara ett *epifenomen*, d.v.s. ett fenomen som uppstått som en biprodukt av hjärnans processer, men utan betydelse för dessa processer - en tydlig deterministisk ståndpunkt. Filosofen Lars Bergström beskriver tron på handlingsfrihet som *funktionell*: "Och det är kanske därför vi har den. Trots att den är felaktig." ¹

Den florentinske diplomaten och maktanalytikern Niccolo Machiavelli invände för 500 år sedan mot den då rådande uppfattningen att "de yttre händelserna i en människas liv bestäms av ödet och av Gud och att människorna med all sin klokhet inte kan ändra något", och tillägger strax: "för att vår fria vilja inte alldeles skall utsläckas anser jag, att det visserligen kan vara sant att ödet till hälften bestämmer våra handlingar, men att det också låter oss besluta över ungefärligen den andra hälften." ²

Mångtusenårig tankeverksamhet för att antingen befästa ett deterministiskt perspektiv eller för att bygga upp argument för en fri vilja, beror kanske på att det ännu inte har kunnat visas hur en fri vilja skulle kunna operera i hjärnan.

Dualismens betydelsefulla tidevarv

Själen och dess förmågor har i långa tider betraktats som *immateriella* och de har antagits tillhöra en annan (metafysisk) värld utanför vår egen fysiska verklighet, s.k. *dualism*. Enligt denna uppfattning skulle det innebära en orimlig *reduktion* om vår egen hjärnas nervceller och dess komplexa förbindelser skulle vara tillräckliga för att förklara våra själsliga förmågor.

Denna uppfattning är levande även i aktuell kulturdebatt. I en recension av Åsa Nilssonnes bok om hjärna och mindfulness skriver recensenten: "Och hur kan Nilssonne vifta bort det filosofiska problemet med skillnaden mellan våra nervceller och vår upplevelse av oss själva genom att säga att vår själ är lika med våra hjärnaktiviteter? Vem är det i så fall som är medveten om tankarna och känslorna?" ³

Dualistiskt tänkande personer söker lösa mysteriet med människans medvetande och själ genom att skjuta frågan vidare till en okänd substans eller dimension (ett slags homunculus), eller ut ur huvudet (till rum-tid eller en annan okänd värld), i strid med förnuft, erfarenhet och växande kunskaper om hjärnans komplexa neurobiologiska byggnad och funktioner.

René Descartes biföll på sin tid en dualistisk syn på själen som icke-materiell och odödlig: "Härav förstod jag att jag var en substans, vars hela väsen består i att tänka och som för att finnas till ej behöver någon plats och ej heller är beroende av något materiellt. På så sätt är detta jag, det vill säga själen, genom vilken jag är vad jag är, helt skild från kroppen..." ⁴ (enligt Antonio Damasio kanske skrivet för att undvika kyrkans bannstråle vid denna tidpunkt⁵). Den cartesianska dualismen visar som synes god hälsa också i vår tid. Många finner det ännu svårsmält att de komplexa systemen i hjärnan skulle vara kunna vara tillräckliga för att ge upphov till självmedvetande och andra själsliga förmågor. Som människor betraktar vi oss gärna som något mer än vår hjärna och kropp.

Beteende- och språkfilosofin under 1900-talet – själen som svart låda

Om dualistiska föreställningar förlagt själens existens utanför människan har de senaste århundradenas fysiska och kemiska upptäckter kommit att bidra till en periods tveksamhet till dess existens ö.h.t. i mitten av 1900-talet. Sådant som inte kunde påvisas med objektiva mätmetoder, t.ex. känslor, tankar och medvetande, väckte inte intresse inom delar av humaniora. Sökandet efter människans inre hamnade en kort tid i malpåse; själsliga processer sågs som oåtkomliga 'svarta lådor'.

Beteenden hos människor kunde däremot iakttas och undersökas med objektiva metoder. Behavioristiska psykologer (John B. Watson, Ivan Pavlov, Fredric Skinner) och filosofer (logiska empirister som Rudolf Carnap, Carl Hempel och Ludwig Wittgenstein) sökte bana väg för en 'objektiv' människosyn, där inlevelse och tolkning av människors *inre* värld betraktades som omöjligt eller nonsens.

En av dem som sökte bidra till kunskap om människan utan att behöva hänvisa till något *inre* hörde språkfilosofen Gilbert Ryle, som i sin bok *The Concept of Mind* menar att vi låter oss vilseledas att tro att det finns ett subjektivt själsliv genom språkets grammatiska former.

Den mest kände språkfilosofen, Ludwig Wittgenstein, sökte visa att det inte finns något *privat* språk – i meningen uttryck för en inre subjektiv värld – utan endast för beteenden, t.ex. smärtbeteende. Även Wittgenstein talade om en svart låda som han kallade 'skalbagge' (Kafkainspirerad?). Han menade att ingen kan veta *någonting* om vad den andre har i sin låda.

6

Wittgenstein kan ha varit övertygad om denna oförmåga till inlevelse i en annan människas värld genom egna svårigheter med vad som numera kallas Theory of Mind. 7

Vore Wittgensteins teorier valida skulle förstås verksamheter som psykiatri, psykoterapi och psykoanalys vara fåfängligheter.

Epigenetik - länken mellan humaniora och naturvetenskap

Ett överbryggande vetande är det nya forskningsfältet *epigenetik* som handlar om hur gener modifieras av miljön. Neurokirurgen Richard Sjöberg framhåller: "Det finns gott om studier som talar för att livserfarenheter kan leda till stabila förändringar i arvsmassans struktur och funktion, vilka i sin tur kan leda till beteendemässig variation." 8 Kognitionsforskaren Torkel Klingberg ger i sin viktiga bok *Den lärande hjärnan* bl.a. en fascinerande sammanfattning av Michael Meaney's forskning på omhändertagande resp. frånvarande råttmammors effekter på sina barn. De råttor som fötts upp av omhändertagande mammor visade bättre *inlärningsförmåga* (associerat till fler synapser i hippocampus, ökad mängd av tillväxtfaktorn BDNF samt ökad mängd NMDA-receptorer, viktiga för långtidsminnet), och större *stresstålighet* jämfört med de råttor som haft frånvarande mammor. I försöken ingick också adoptionsexperiment, där råttor uppväxta med frånvarande mammor flyttades till omhändertagande mammor. Dessa råttbarn visade senare lika bra minne och stresstålighet som de råttor som hela tiden vistats hos omhändertagande mammor. De blev dessutom själva omhändertagande mammor som i sin tur fick stresståliga ungar. D.v.s. *förvärvade* egenskaper kan påverka vår plastiska arvs massa och gå i arv, 9 något som Darwins samtida Lamarck hävdade. Resultaten är mycket uppmuntrande för alla försök att förbättra anknytning och miljö för barn.

Kultur är lika kännetecknande för den mänskliga hjärnans själsliga förmågor och strävanden som bobyggande och kvitter är för fåglar. Resultaten av epigenetisk forskning kan förhoppningsvis vederlägga den ohållbara klyftan mellan de två kulturerna humaniora och naturvetenskap, mellan gener och social miljö, mellan biologi och kultur eller mellan biologisk psykiatri och psykoterapi/psykoanalys. Vi lever i en värld av samspel och ömsesidig påverkan.

Åter till hjärnan och vår värld

En samtida filosof som har satt sig in i naturvetenskaper om världen inkluderande människans biologi är John R. Searle.

Förekomsten av en dualistisk värld tillbakavisar han bestämt i polemik med bl.a. Karl Poppers och John Eccles' "tre världar" ¹⁰. Även *epifenomenalism* ter sig osannolik enligt Searle: "Hos människor och högre djur betalas ett enormt biologiskt pris för ett medvetet beslutsfattande, inkluderande allt mellan hur de unga uppfostras till den stora mängden blod som går till hjärnan."¹¹ - vilket kontrasterar mot Descartes tanke om själen som "ej behöver någon plats och ej heller är beroende av något materiellt." Om biologiska och psykosociala prioriteringar inte skulle ha reell betydelse i våra liv skulle det innebära ett slöseri av stora resurser på uppgifter utan funktion – vilket knappast stämmer med evolutionär utveckling.

Searle sammanfattar: "... den filosofiska lösningen på det traditionella kropp-själ-problemet är att poängtera att alla våra medvetna tillstånd utgör högre nivåer eller systemfunktioner i hjärnan, vilka samtidigt orsakas av mikroprocesser på lägre nivåer i hjärnan. På systemnivå finns medvetande, avsiktlighet, beslut, och mål. På mikronivån har vi nervceller, synapser, och signalsubstanser."¹²

Något om hjärnans arkitektur – grunden för medvetande och val

I hjärnan finns mer än 10 miljarder nervceller. Varje nervcell har ett antal trådar för inkommande signaler (dendriter) och en huvudledning för utgående signaler (axon). Förbindelsepunkterna mellan nervceller kallas synapser, och i hjärnan ryms mer än 1000 miljarder synapser. Varje synaps är en liten värld i sig, där den elektriska signalen i en nervcell aktiverar kemiska budbärare, som tar sig över det mikroskopiska avståndet till nästa nervcells dendriter och där påverkar receptorer så, att den elektriska signalen förs vidare eller avstannar, beroende på typ av receptor.

Sålunda byggs ett nätverk av ofattbar komplexitet upp av relativt enkla element. Som ett resultat av detta kan hjärnan producera en praktiskt taget oändlig mängd olika *neurala aktiveringsmönster*, som motsvarar ett praktiskt taget oändligt antal olika tillstånd i den omgivande världen och i kroppen. Med "erfarenhet" förvärvar de neurala nätverken en stor uppsättning egenskaper, vilka inte explicit programmerats in i dem från början. Dessa omvärldsstyrda egenskaper kallas uppdykande egenskaper (*emerging properties*), och är exempel på hur miljön kan forma biologin.

Evolutionärt kan två mönster ses i den större organiseringen av hjärnfunktionerna - ett äldre *modulärt* och ett yngre *interaktivt*. *Modularitet* har sin största tillämplighet i de äldre strukturerna, t.ex. thalamus som består av distinkta nervkärnor. Dessa nervkärnor är förbundna med varandra av ett *begränsat* antal banor som enda kommunikationsvägar. Reptiler och fåglar är thalamiska varelser med obetydlig hjärnbarksutveckling.

Den *interaktiva principen* är vanligast förekommande i den evolutionärt yngre hjärnbarken som vuxit över de äldre delarna av hjärnan. Hjärnbarken utgörs av ett skikt utan distinkta inre gränser och är rikt försedd med *långa banor* som kopplar samman de flesta områden med de flesta andra. För enklare funktioner är den modulära organisationen tillräcklig och optimal, men när högre grad av komplex bearbetning behövs, t.ex. vid *medveten bedömning* och i *valsituationer*, blir det nödvändigt med nätverk bestående av en stor mängd inre förbindelser.¹³

Antonio Damasio liknar hjärnans arkitektur vid en hierarki av nivåer och beskriver hjärnan i sin helhet som ett *supersystem* av underordnade system.¹⁴ "När många system samverkar så får man en helhet med egenskaper och funktioner som delsystemen inte har" betonar Hans Rosing.¹⁵

Nutida hjärnavbildning och den något upplysta själen

Som ett svar på teologers, filosofers och psykologers sökande efter medvetande och själ togs ett första steg när hjärnan och dess aktiviteter kunde avbildas under de sista decennierna av 1900-talet. Förutom att kunna påvisa funktionsstörningar eller skadade delar av hjärnan inom neurologi och psykiatri, visar neuropsykologisk forskning hur allmänmänskliga funktioner som *medvetande*, *värdering av fara*, *empati* och *val* går till. I ett moderniserat elektroencefalogram, s.k. turbo-EEG, finns möjligheter att registrera elektriska signaler och aktiviteter även från djupa delar av hjärnan. Positron-Emissions-Tomografi (PET) visar alltmer förfinat ämnesomsättningen av syre och glykos i olika delar av hjärnan, d.v.s. var aktivitet pågår när vi löser uppgifter. Funktionell magnetresonans-tomografi (fMRI) ger möjligheter att fånga mycket små förändringar i hjärnans blodflöden. Beroende på hur hjärnan stimuleras vid undersökningen (t.ex. av glada eller sorgliga minnen) kan emotionella förlopp i hjärnan följas.

Neuropsykologen Richard Davidson och medarbetare har studerat prefrontallobernas roll i känslolivet med de nya metoderna. Prefrontalloberna samordnar impulser från många delar av hjärnan, bl.a. *amygdala* där tecken på *fara* värderas, och *hippocampus* som rymmer *minnesfunktioner*. Davidson har kunnat visa att positiva känslotillstånd som *tillit* och *känslan av möjligheter* i huvudsak är associerade till aktiviteter i den vänstra prefrontalloben, medan negativa känslotillstånd däremot är kopplade till den högra prefrontalloben.¹⁶ Samma forskare har i undersökningar av Dalai Lamas medarbetare med PET-kamera kunnat visa, att området för *medkänsla* är koncentrerat till ovansidan av den vänstra prefrontala loben.¹⁷ Med fMRI har *medvetet* och *omedvetet* processande av *fara* kunnat studeras.¹⁸ Nyligen har t.ex. känslan för *rättvisa* och ogillandet av *orättvisa* kunnat spåras till *amygdala* (*fara* och *vrede*) i förbindelse med *prefrontalloberna*.¹⁹

Här finns de högsta 'exekutiva' funktionerna samlade. Prefrontalloberna - med sina många förbindelser till övriga hjärnregioner - liknas av Elkhonon Goldberg, Alexandr Lurias forne elev, vid *en dirigent med sin orkester*.²⁰ Där är platsen för den specifikt mänskliga delen av hjärnan, d.v.s. *medvetande*, *omdöme*, *empatisk förmåga*, *föreställningsförmåga*, *avsikt* och *upplevelsen av den egna identiteten*. Men också platsen där *planering*, *val* och *beslutsfattande*, samt *organisering* av *handlingar* sker - kort sagt människans själ.

Vilken är *evidensen* för att just prefrontalloberna är platsen för våra högsta mentala funktioner? Den hittas i bl.a. studier av Alexandr Luria, Antonio Damasio och Elkhonon Goldberg och medarbetare, när de har studerat människor som uppvisat brister i eller frånvaro av dessa själsliga funktioner efter skador eller sjukdomar i prefrontalloberna.²¹ Här är också platsen för det vi kallar *fri vilja*. Det finns idag goda grunder för att den fria viljan är en efter födseln långsamt uppdykande egenskap i de främre delarna av frontallobernas nervvävnader med alla dess förbindelser. I den meningen är *fri vilja* materialistiskt grundad; det går att 'ta på' dessa nervvävnader; vid skador kan handlingsfrihet minska eller försvinna.

I det prefrontala nätverket uppstår ovan nämnda *neurala aktiveringsmönster* (*neurala kartverk* med Damasio's term), som integreras till *mentala bilder* eller *representationer*, grundade på informationer från kroppen och omvärlden, tidigare erfarenheter samt avsikter och önskingar.

Exakt hur denna integration går till och hur människans kännande, tänkande och beslutande *själv* uppstår i dessa myriader av förbindelser är ännu inte känt. Mentala bilder och 'fri vilja' kan sägas vara *virtuellt materialistiska* om man så vill, existerande ungefär som jordens magnetfält eller radiovågor. Trots att dessa inte är synliga eller kan förnimmas är de inga illusioner, vilket varje innehavare av en kompass eller radio vet.

Fortsatt forskning kommer att ge oss *fördjupade* kunskaper om tillstånd och sjukdomar vi brukar drabbas av, men också insikter om vilka vi är som människor i enlighet med den grekiska devisen 'Se dig själv'. Dessa kunskaper och insikter kommer säkert att också kunna användas till manipulation av oss.

Begränsningar av handlingsfrihet

Viljemässig kontroll innebär en förmåga att förutse konsekvenser av sina handlingar och att kunna välja mellan att handla eller inte handla. Men erfarenheten visar också att vi är omgivna av mer eller mindre determinerande livsförhållanden som ger begränsningar av den fria viljan. Vi har bland annat ett förutbestämt behov av att sova och äta; vår levnad är ändlig. Vi måste finna oss i begränsningar av våra viljeyttringar genom att vi lever tillsammans i familjer, grupper och samhällen. Barn, vars vilja kan erfaras tidigt förväntas inte ha handlingsfrihet under ansvar i full utsträckning förrän vid ca 25 års ålder.

Våra medfödda och inlärdade preferenser gör många av våra val förutsägbara.

Omedvetna strävanden och starka känslor kan innebära inskränkningar av den medvetna, överlagda fria viljan. För att få vara delaktiga i gemenskaper kan vi avstå från att bruka vår fria vilja (fritt val?). Några av vår kulturs kända droger är effektiva dämpare och på sikt menliga för den fria viljan. Andra begränsningar utgörs av ovan nämnda skador och sjukdomar, som riskerar att *underminera* den fria viljan och andra själsliga förmågor.

Friviljaärosvilja till ansvar. Krigsförbrytartribunaler alltsedan Nürnbergprocessen har sökt fastställa den enskilda människans ansvar inför omänskliga handlingar, egna eller beslutade av andra. Inom kriminologin och rättspsykiatri blir individens handlingar skärsådade för att se om ansvar för kriminella handlingar kan utdömas.

Vårt ansvar definieras av omfattningen av vår viljemässiga kontroll.

"Fråga är om vi inte, när vi steglar en mördare, gör samma misstag som ett barn när det slår en stol, mot vilken det stöter sig." säger filosofen och matematikern Georg Christoph Lichtenberg.²²

Hur fri/ofri är då vår vilja? Det är förmodligen lika sant att våra val i stor utsträckning är mycket förutsägbara utifrån våra inneboende biologiska, psykologiska och kulturella förutsättningar som att vi i våra personliga liv har betydande frihetsgrader i våra val. Den 'eviga' frågan om 'fri vilja' är förmodligen endast en perspektivfråga och handlar egentligen om att göra goda eller mindre goda val. Som individer kan vi åstadkomma en hel del med den vilja (och beslutsamhet) vi har - än mer tillsammans som två eller flera, och mycket när vi blir många, som i dagarna visas i stegen mot större frihet i Tunisien, Egypten och Libyen, kanske med Syrien och Iran runt hörnet.

Den 'fria viljan' och framtiden

Människan är skapad med behov och intressen, och med olika förmågor att medvetet och avsiktligt driva dessa till gagn för sig själv och den egna gruppen. Mellan grupper av människor uppstår lätt konkurrens. Anspråk på territorier, överhöghet och inflytande leder inte sällan till konflikter, ibland med till synes gynnsam utveckling enligt ovan, men då och då med katastrofala följder.²³ Kommer människan med sina förmågor att helt eller delvis kunna förgöra sig själv, eller kommer hon att hinna lära sig att verksamt hantera konflikter utan våld, terrordåd och krig?

Filosofen Georg Henrik von Wright är inte så optimistisk: *"Ett perspektiv som jag inte anser realistiskt, är att mänskligheten går mot sin undergång som zoologisk art.--- En gång skall med säkerhet människan som art upphöra att finnas; om det sker efter några hundra tusen år eller ett par sekler, är i det kosmiska perspektivet en pipa snus."*²⁴ Imre Kertész med sina erfarenheter från de nazistiska lägren är inte heller övertygad om att mänskligheten har en framtid.

Han citerar framstående rabbiner i Vilnius, som efter trettio månaders funderingar i början av 1600-talet förkunnade: *"Det är vidare höjt över varje tvivel att det bästa för mänskligheten vore att komma till sitt slut och lösas upp i oändligheten."*²⁵

En filosof med ett evolutionärt (och kanske hoppfullt) perspektiv, Henryk Skolimowski, uttrycker sin syn på människan och framtiden sålunda: *"Livet är inte fulländat, och evolutionen är full av missgrepp och olycksbringande begynnelse. Att vår livscykel inte stämmer överens med livets långsiktiga krav, att vi har råkat födas in i en civilisation som är dödsriden, sådant får inte bekymra oss alltför mycket; som fallna*

*lov ska vi skänka näring åt den mark som kommer att ge upphov till gynnsammare livsformer, till intelligentare människor, till mer livsförhöjande samhällen. Ty livet kommer att ta hem spelet, och inom det, fragment och aspekter av oss."*²⁶

I sitt förord till Skolimowskis ovan citerade bok förtydligar filosofen Arne Naess den optimistiska tanken: *"Altruismens seger över egoismen ingår i själva den biologiska evolutionen. Människan, eller de varelser som människan är föregångare till, kommer att nå gudomlig nivå."*

I ett evolutionsperspektiv är skapelsen inte avslutad utan en pågående process. Kampen mellan 'insikt och instinkt' fortsätter.²⁷ Går det att undvika undergång, eller en Aniamigration till andra planeter eller solsystem? Vilka förhållanden och verksamheter behöver utvecklas och förändras för fortsatt levnad här på jorden?

Den tankesmedjan är vi alla inbjudna till

Tord Bergmark
Psykiater, psykoterapeut
Stockholm

Referenser:
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Cullbergstipendiet 2012

Resestipendier för ST-läkare och nyblivna specialister
i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri.
Årets stipendier på sammanlagt 150 000 kr utdelas
i samarbete med Stiftelsen Natur & Kultur.



STIFTELSEN
NATUR & KULTUR

Syftet med Cullbergstipendiet är, liksom tidigare, att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på vuxenpsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri.

Resestipendiet ska användas till resa och uppehälle vid en psykiatrisk klinik eller institution under en begränsad tid någonstans i världen. Det kan handla om att delta i klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling. Medlen gäller inte egen forskning.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller tre sådana poster. Stipendierna ska täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period om två-fyra veckor i valfritt land. Om resan *endast* kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker. Här kommer dock en konkurrens att råda där en kombination av klinisk relevans och genomtänkt ekonomi premieras. Billigare, men genomtänkta, resmål prioriteras, men avlägsna mål är alltså inte något hinder.

Det råder i dag inom svensk psykiatri en stark slagsida mot engelsk-amerikansk klinik och forskning, medan psykiatrin i exempelvis Tyskland och Frankrike är ganska okänd. Det finns också många spännande psykiatriska projekt i Norden som är väl värda en studieresa!

Så sätt igång att diskutera med kollegor och läs de färskas tidskrifterna för att se var det sker spännande saker! Det går mycket bra att skicka e-post även till framstående personer och fråga om man kan få komma.

För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas.
- Uppgift om vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd med att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor samt ett intyg att tjänstledighet med lön beviljas.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en, två eller tre 15 000 kr poster söks och motivet därtill.
- Ytterligare förutsättningar är att om resan utökas med turistande utanför, måste detta bekostas privat. Resan ska genomföras under år 2012.

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas inom en månad en kort (1-3 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit. Den ska skrivas i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.
- Kort ekonomisk redovisning.
- Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande SLUP-konferens.

Ansökan

ska vara stipendienämnden tillhanda senast **15 februari 2012**.

Stipendiaternas namn tillkännages vid Psykiatrikongressen i Göteborg den 14 mars.

Ansökningar sändes till

Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Peggy Törn, Tove Gunnarsson (Svensk psykiatri), Lena Forssén (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.

B



SPK

SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN
2012



14 - 16 mars 2012

Svenska Psykiatrikongressen 2012 Filmstaden Bergakungen i Göteborg

Programmet kommer fortlöpande att presenteras på vår hemsida,
www.svenskpsykiatri.se

Du som är medlem får programmet i brevlådan i januari månad.
Kom ihåg att Du som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen har lägre
kongressavgift. Om Du inte är medlem - bli det nu!
www.svenskpsykiatri.se

För bokning av monter kontakta:
Stina Djurberg, stina.djurberg@bornet.net

För bokning av symposium kontakta:
Hans-Peter Mofors, sekreteraren@svenskpsykiatri.se

www.svenskpsykiatri.se



Svenska Psykiatriska Föreningen