

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

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

TEMA:

Kultur, psykiatri och psykisk hälsa del 2



TEMA

Vi svingar oss från grekisk tragedi till modern musikalisk samtalsföreställning, och från somalisk till samisk kultur.

Litteraturen som källa till kunskap blir belyst liksom vikten av att psykiatrin deltar och samspelar med den omgivande kulturen.

Och du får veta vad som menas med Kreativt Gestaltande Terapier.

RAPPORTERNA

... är många i detta nummer. Ta del av bidrag från Socialstyrelsen, SKL och Nationellt centrum för kvinnofrid. Läs om omorganisationer i Göteborg och om hur man lyckas med tobaksavvänjning i psykiatrisk vård.

SPF:s ordförande redogör för ett besök hos Royal College of Psychiatrists i London och två Cullbergstipendiater berättar om upplevelser i Tromsö och Melbourne.

ÖVRIGT

Varför blev jag psykiater – vem har inte ställt sig den frågan? En av skribenterna försöker besvara den. Det tidigare temat Själ och ande engagerar alltså, och vi fortsätter våra artikelserier om den svenska vuxen – och barnpsykiatris historia.

Och i ett bidrag redogörs för farorna med Facebook och hur du skyddar dig från dem.



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind

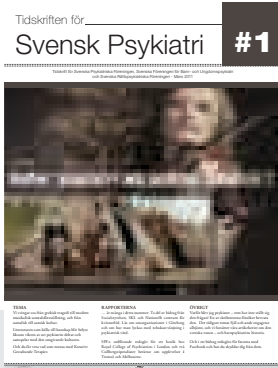


Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

8	Barn- och ungdomspsykiatrisk vetenskap i 2011 års tappning	55	En resa genom den svenska psykiatrins historia - del 2
10	Maud Nycander - Psykiatrifondens kulturstipendiat 2010	57	Nationellt handllingsprogram ska förbättra omhändertagandet efter sexuella övergrepp
11	SPUR i IPULS regi	59	Metis - Det flexibla minimikurspaketet för ST-läkare
16	ST-konfernsen 2011 i Varberg	60	Surfa säkert
19	Elektra, förövare	64	När djinner möter svensk psykiatri
21	Svenska Psykiatriska Föreningen var där	67	Socialstyrelsen bidrar till god vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa
24	Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri	69	Allt är inte depression som suckar
30	Litteraturen som kunskapskälla	70	Inspirerande psykosvård i Melbourne
35	Psykiatrforskning - för våra patienter	72	Kalendarium
37	Hjärnmaterialismen har inte förklarat själen	73	Varför blev jag psykiater? En personlig betraktelse
40	Psykiskt sjuka behöver få hjälp att sluta röka	77	Diagnostik- och konsultationsteamet vid affektiva kliniken II, Sahlgrenska
42	Bättre vård - mindre tvång	79	Psykologer tittar....
44	Kreativt Gestaltande Terapier	81	De psykiatriska föreningarna gemensamma baslista med KVÅ-koder
47	Besök på Royal College of Psychiatrists i London	84	10 frågor till.....
50	Reseberättelse från Tromsö universitetssjukhus	89	Genetik vid autismspektrumtillstånd
52	Teater Barbara presenterar en vår på liv och död		



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

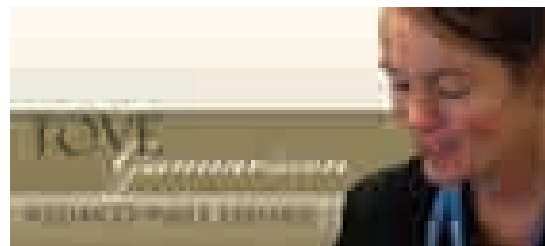
Shutterstock
Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Kulturkrock – eller både och

... det är frågan. Några av bidragen i detta nummer berör möten mellan olika kulturer. Psykiatrins möte med konstnärer och med teatern, och somaliska flyktingars möten med den svenska psykiatrin. Andra artiklar beskriver vad vi kan lära oss av litteraturen, och hur konstnärligt skapande kan användas i psykoterapi.

Vi kommer att följa upp kulturtemat i nästa nummer genom rapporter från Svenska Psykiatrikongressens film- och kulturspår.

Kulturen hakar dessutom in i nästa tema som är

Psykiatrins idéhistoria

Nationalencyklopedin definierar idéhistoria som studiet av "vetenskapliga, filosofiska och kulturella idéer och idésystem". Ett omfattande begrepp, alltså, och vi hoppas på många bidrag med olika infallsvinklar.

I nästa nummer kommer vi även att uppmärksamma att det är 5 år sedan tidskriften fick sin nuvarande form. Ett jubileumsnummer med andra ord! Det ger oss anledning att spana bakåt och fundera över vilka idéhistoriska perspektiv som kan skönjas i det vi hittills publicerat.

Allt fler skickar artiklar till oss och det avspeglar sig i ett tilltagande sidantal. Detta nummer är det tjockaste hittills och tryckeriet hotar med tunnare papper. Dock är vi omätliga och önskar att ännu fler ska bidra!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör
Svensk Psykiatri

"Vem där?" och "Vart är vi på väg?"

Alla som med förväntan slår sig ned (och jag är en av dem) framför TV:n varje fredagskväll kl 20 vet varifrån jag hämtat dessa frågor. För SPF är de väldigt aktuella i skrivande stund. Vi hade i veckan sista styrelsemötet före SPK och årsmötet. I samband med årsmötet kommer det att ske förändringar i sammansättningen av styrelsen, bl.a. kommer Marcus Persson, som varit med i två år som representant för SLUP (tidigare ST-sektionen) att avgå då han blivit färdig specialist. Mina två år som ordförande löper ut. Hur den nya styrelsen ser ut är upp till årsmötet att bestämma. Och hur den går vidare för SPF:s räkning framåt är ett oskrivet blad med många möjligheter och utmaningar.

En utmaning som kan bli en möjlighet är att nu under en period arbeta fokuserat med förbättring av specialisternas fortbildning som mål. Det är utbildningsutskottet (UU) inom SPF som arbetar med dessa frågor. UU har under många år haft den nya målbeskrivningen för ST som sin huvudfråga. Initialt genom att under Socialstyrelsens ledning komma med synpunkter och förslag kring utformningen av delmålen, sedan med att ta fram SPF:s rekommendationer kring dessa. Nu är en första revidering av rekommendationerna på gång. Allt detta arbete har bedrivits i nära samverkan med SPF:s studierektorsnätverk. Nu har det grundläggande arbetet kring nya ST kommit långt och det finns tid över att arbeta med fler frågor. Med den enkät kring fortbildning som Läkarförbundet gör varje år vet vi om den dystra situationen för psykiatri; flera år i rad har vi haft en placering i bottenkiktet. Inte acceptabelt och något vi måste åtgärda. Därför kommer vi nu, med hjälp av UU, att arbeta med stor kraft kring CPD; Continuing Professional Development. Kring detta kan man läsa i Sveriges Läkarförbunds skrift "Kvalitetssäkrad fortbildning för alla läkare". En möjlighet i denna fråga öppnade sig under veckan i samband med ett besök på Royal College of Psychiatrists i London, läs mer i separat artikel.

När ni får detta nummer av SP har vi en vecka kvar till SPK på Bergakungen i Göteborg. Jag ser verkligen fram emot att få möta så många av er. I skrivande stund, 19 februari, har vi nästan 350 anmälda. Lovar mycket gott – kommer vi att slå deltagarrekord? Vi har fått synpunkter från många att programmet är bättre än någonsin och det tycker vi är väldigt roligt. SPK är ett av SPF:s sätt att öka möjligheten till fortbildning för psykiatrer, något som ju bidrar till att vi uppfyller stadgarnas syfte med föreningen: "främja den svenska psykiatrins ändamålsenliga utveckling, bl.a. genom anordnande av kurser, konferenser..."



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 Djurfelt
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Francisco Barca (barca@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Marcus Persson (st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@svenskpsykiatri.se)

SPK markerar dessutom något annat – mitten på mars och därmed brukar våren vara i antågande på allvar. Låt oss hoppas att det blir så i år efter denna långa, kalla och isiga vinter. Sällan har jag slitit så mycket på halkskydden som i år.

Nu ser jag fram emot våren, vårkläder, SPK och att få träffa er!



Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



sfbup

Den mest aktuella frågan

Ett oräkneligt antal trappsteg i en bred korridor leder upp till konferensrummet där de ansvariga för landets barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter finns samlade, på det årliga verksamhetschefsmötet som arrangeras av SFBUP.

Skoklackarnas klapprande ljud ekar mellan stenväggarna i trapphuset innan man når mötesplatsen. De heta ämnena är många, men vilka av dem alla kommer att dominera detta spännande möte?

Det går bara några sekunder, sedan börjar journalister från Sveriges Radio ringa och det är ingen tvekan om vilken de har utsett till den mest aktuella frågan: Slutenvårdsbehovet inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Strax före verksamhetschefsmötet i februari 2011 kom SKL:s rapport om barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård i Sverige.

Antalet vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatrin har minskat med 60 % sedan 1996 och platserna är ojämnt fördelade över landet. På vissa ställen är trycket hårt på platserna, i andra delar av landet saknas vårdplatser helt. Antingen får barnen resa till andra landsting som kan ligga många mil bort eller också används vuxenpsykiatriska kliniker eller barnkliniker för att lösa slutenvårdsbehovet. Användandet av heldygnsvård varierar och gränsdragningen mellan socialtjänstens och BUP:s ansvar för placering på behandlingshem skiljer sig åt. Innehållet i den vård som erbjuds är olika.

Verksamhetscheferna på mötet kompletterar bilden: Fler LPT-patienter är inlagda och vårdtyngden är hög. Depression med självmordsrisk, svår ångest och svår ätstörningsproblematik dominerar. En stor del av slutenvårdspatienterna har varit utsatta för misshandel och sexuella övergrepp. På senare tid är vissa kliniker hårt belastade av ensamkommande, svårt traumatiserade flyktbarn med självmordsrisk, nästan alltid kopplat till en uppsplitande asylprocess.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Gerd Mucchiano (gerd.mucchiano@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Ledamot: Åsa Borg (asa.borg@sll.se)
Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
Ledamot: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sll.se)

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

Vårdgarantin har använts till att korta värdköer och det har haft stor betydelse för att vi har kunnat ge barnen snabbare hjälp, kanske har deras uppväxt blivit något mer dräglig, lidandet minskat och kamratrelationerna förbättrats. Med tidigare hjälp har en större del av deras skolgång fått chansen att fungera.

Men hur har det gått med de svårast sjuka barnen, de som behöver insatser från både barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten, och där föräldrarna i dag får ta ett alltför tungt ansvar för att vi inte alltid har möjlighet till att ge den kvalificerade heldygnsvård som de egentligen skulle behöva? Skulle vi ha prioriterat denna grupp högre? Var det en felbedömning att prioritera vårdgarantin? Hade det varit möjligt att satsa på både och?

SKL:s slutsats är viktig: En nationell utredning av heldygnsvården behövs för att säkra en tillgång till både vårdplatser och vårdinnehåll på någorlunda lika villkor. Samarbete mellan olika regioner och landsting, samverkan med socialtjänst och Statens institutionsstyrelse är angeläget.

För 2-3 år sedan, när SKL:s inventering gjordes, var enligt verksamhetscheferna trycket på heldygnsvården inte lika stort. Bortsett från trycket från flyktbarn med allvarig psykisk sjukdom, vet vi inte varför behovet av heldygnsvård är större idag. Undersökningar har visat att barnens egna upplevda ohälsa har förvärrats, men att även den allvarliga psykiska sjukligheten tycks ha ökat, har tagit oss på sängen.

Det är inte lätt att sja om framtiden, men omvärldsanalyser hjälper oss att prioritera i vår verksamhet. ◀

Gerd Mucchiano
Ordförande SFBUP

Det är ett privilegium att få arbeta i rättspsykiatrisk vård

I en ledarspalt tar man ofta chansen att få klaga och gnälla och nu har jag sista chansen. Det är dags för byte på ordförandeposten i SRPF vid årsmötet i mars.

Så vad ska jag gnälla om nu – ja i varje fall inte den rättspsykiatriska vården för det är den bäst fungerande verksamhet jag arbetat i under mina tjugofem år i psykiatri. Många kollegor som t.ex. de ST-läkare som kommer till oss uttrycker detsamma. "Vilka möjligheter ni har att hjälpa patienterna!"

Vi får också ständigt förfrågningar om att hjälpa till med så kallade "svängdörrspatienter" från allmänpsykiatri och när vi gör det lyckas vi ofta styra upp situationen på ett bra sätt. De nya enheter som byggs inom rättspsykiatri är på många sätt moderna "mentalsjukhus i miniatyr" – Hoppsan! Nu använde jag ett ord som inte är politiskt korrekt. Mentalsjukhus är ju riktigt fult och nästan lika fult är slutenvård över huvud taget och framför allt om den är tvångsvård. "Fint" är öppenvård, frivillig och med så lite mediciner som möjligt. Tyvärr har vi inom psykiaterkåren inte tillräckligt starkt markerat mot dessa vanföreställningar om hur psykiatrisk vård ska bedrivas. Det är lätt att ryckas med när man som verksamhetschef får beröm för att man lyckats pressa genomsnittsvårdtiden på akutavdelningarna med några dagar till under två veckor (jag har själv varit där). I stället borde vi säga: "Psykopatienter behöver tid! Djupt deprimerade behöver tid! Man hämtar sig inte efter ett suicidförsök på ett par dagar!"

Vi måste få använda de effektiva nya medicinerna på ett bra sätt och inte sätta in patienter på sämre alternativ för att det går snabbare och är billigare. Trots allt tal om prioriterad psykiatri avvecklas vårdplatser. Detta är kanske det största problemet när det gäller att rekrytera nya kollegor. Vem vill tillbringa jurer med att avvisa patienter som man vet skulle må bäst av slutenvård? Vem vill få skäll av bakjouren när man vill lägga in patienter? Vem vill som bakjour leta vårdplatser och bråka med personal som inte vill ta emot nya patienter eftersom "det inte finns någon plats". Vilket är bäst för en suicidal eller psykotisk patient – att få en säng bakom en skärm i ett dagrum eller som tredje patient på en tvåsal – eller att bli hemskickad med en öppenvårdsremiss som kommer att diskuteras på remissteam om några veckor?

Det är beklämmande när besparingar ges ideologiska motiv: "Vi måste undvika hospitalisering. Vi måste prioritera den öppna vården och möta patienten i hans egen miljö".



Påståenden som kanske inte i sig är fel – men som inte ska användas för legitimerar en slutenvård som bantas under smärtgränsen. Där har vi ofta blivit lurade och i opportunistiskt hejlat på.

Nu har jag gnällt färdigt på ledarplats. Jag önskar min efterträdare på ordförandeuppdraget lycka till och hoppas på en vändning för psykiatri så att den verkligen blir prioriterad – men då måste vi hjälpas åt bland annat genom aktivitet i alla specialitetsföreningarna.

Tack för mig! ◀

Lasse Eriksson
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel

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

Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

ST-frågor: Katarina Wahlund

Övrig medlem: Malin Hamrén

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)



Välkommen till SFBUP:s vårmöte 6–7 april 2011 i Örebro



Foto: Örebrokompaniet

”BUP - En specialiserad verksamhet” är temat för mötet och kan ses som ett inlägg i diskussionen om specialistnivå i förhållande till första linjen.

Plenum och valbara seminarier

Föreläsare: Professor Ingemar Engström, chefsöverläkare, med. dr. Håkan Jarbin, överläkare, enhetschef Camilla Hallek, leg. psykolog, med. dr. Ulf Jonsson, fil. dr. socio-nom Kerstin Neander, professor i folkhälsovetenskap Charli Eriksson, verksamhetschef Helena Björkman, fil. dr. socionom Sanna Aila Gustafsson, överläkare Per Gustafsson och läkare, terapeut, författare Kerstin Hennerdal.

Årsmötet för SFBUP:s läkarförening onsdagen den 6 april kl 18:00.

Middag på kvällen med underhållning: Jasmine Kara



Plats: Conventum, Örebro

Datum och tid: onsdagen den 6 april 9:30 – torsdagen den 7 april 15:00

Värd: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Örebro

www.svenskabupforeningen.se • www.orebroll.se/bup



Barn- och ungdomspsykiatrisk vetenskap i 2011 års tappning – en enorm och avgörande interdisciplinär utmaning

Intervju med den nye professorn Sven Bölte, Karolinska Institutet



Foto: Stefan Zimmerman

Det kändes spännande att få förmånen att träffa Sven Bölte i enrum. Jag hade hört honom presenteras vid 2010 års professorsinstallation, sett och hört honom på TV, och läst texter om honom, men denne på en gång stringente och klädsamt blygsamme man gör ett stort intryck på dem han möter.

Sven Bölte kommer från trakten av Frankfurt am Main, har i många år verkat som klinisk psykolog, disputerade 2000 i teoretisk medicin vid Goethe-universitetet, och utnämndes i april 2010 till professor vid Karolinska Institutet.

Eftersom Sven har svensk mor och svensk hustru, är detta med språket inget som helst problem i hans nuvarande befattnings.

Huvudområdet för Sven Böltes intresse inom forskning och klinisk utveckling har varit autismspektrumstörningar. Problem med social interaktion och reaktivitet och kognitiv empatistörning är centrala. Samsjukligheten mellan autism, ADHD, tics och depressionssymptom är avsevärd. Han har ett rikt internationellt kontaktnät, inte minst genom Autism Genome Project.

Sven Böltes ambitioner sträcker sig alltifrån att bidra till ökad professionalitet i förebyggande insatser, till att tillämpa internationellt tillgängliga vetenskapliga skattningsskalor och somatiska resultat, och att alltmer studera molekylärgenetiska fynd hos drabbade. Han har över hundratalet publikationer i prestigefyllda tidskrifter, bl.a. Nature, och han anses vara en världsledande forskare inom sitt område.

Några axplock från Sven Böltes publikationslista

Man har letat efter neurobiologiska korrelat till neuropsykologisk intervention vid autism. Att känna igen ansikten kan vara kopplat till aktivering i gyrus fusiformis, vilket studerades med funktionell MRI. Resultaten blev svårtolkade.

Tvillingstudier har påvisat en stark genetisk faktor vid autism. I ett begränsat material i samarbete med universitetet i Oxford uppvisade kromosom 15 en mikrodeletion kallad 15q13.3 som samverkar med andra modifierande gener eller yttre påverkan.

En kontinuerlig fördelning av autistiska drag kan antydans i den allmänna befolkningen. Social Responsiveness Scale (SRS), Rutter's Autism Diagnostic Interview (ADI-R) och andra har använts och är väl validerade med höga värden på Cronbachs alfa. Överensstämmelsen mellan amerikanska fynd och tyska var mycket god.

Social interaktion är störd vid alla autismspektrumstörningar. I en studie från Frankfurt studerades effekten av träningsprogram utvärderat under 11 månader genom föräldrar, lärare och experter, med ofta avsevärda effekttorlekar. Interaktion, autistiska beteenden, adaptiv funktion och familjepåverkan var studerade variabler. Patienterna kunde dra nytta av sina styrkor och inlärningsstrategier.

Mot förbättrade möjligheter

Sven Bölte har också sedan 2010 blivit föreståndare för Karolinska Institutet Center of Neurodevelopmental Disorders (KIND), en centrumbildning i samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting. Man ska förbättra möjligheterna till utredning, råd, stöd, behandling och forskning vid utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsstörningar. Han efterlyser särskilt att internationella nyheter bättre ska slå igenom i Sverige.

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet
Foto: Privat

Anslag från L.J. Boëthius´ stiftelse

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius´ stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa "med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras". Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslutna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

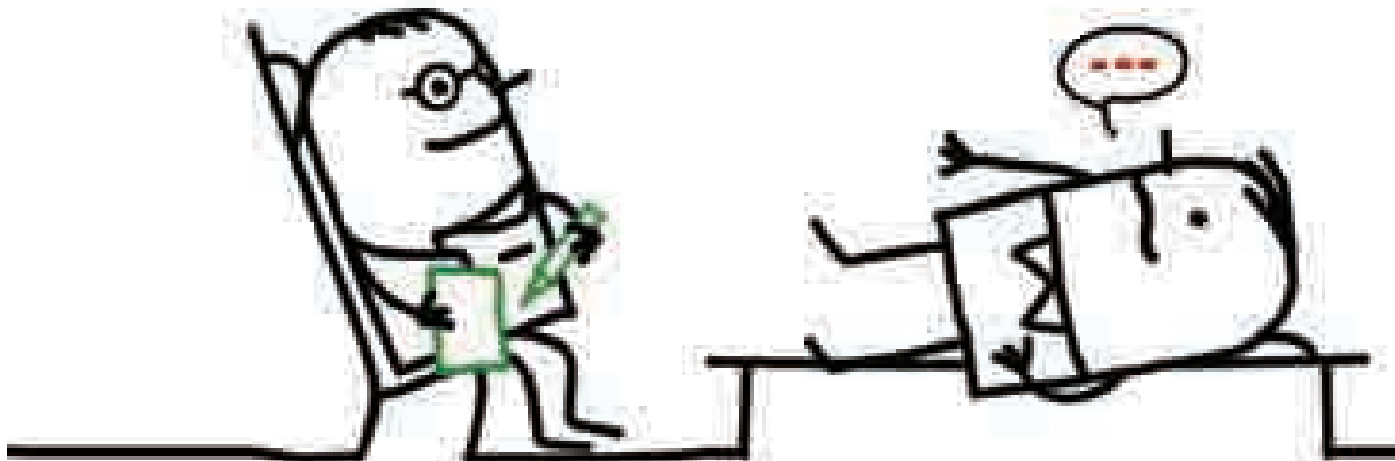
Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar i 5 exemplar insänds till sekreteraren Kerstin Bendz, Djurholmsvägen 34, 183 52 Täby, tel: 08-768 14 90 eller 0708- 39 75 70, som även lämnar ytterligare upplysningar.

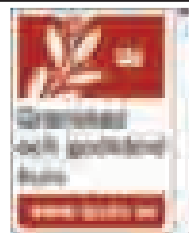
Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 29 mars 2011. (Särskilda ansökningsblanketter finns inte).

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.



SUICIDPREVENTION I VÄST



Suicidprevention ur kognitivt perspektiv

3–5, 26, 27 maj samt 16 nov 2011

Kursledare Jan Beskow

Nästa kursstart 26 sept 2011



Maud Nycander Psykiatrifondens kulturstipendiat 2010

Varje år delar Psykiatrifonden ut stipendiemedel, så skedde även 2010. Om de vetenskapliga stipendiaterna har ni kunnat läsa i "Psykiatrifonden Informerar", bilaga till Läkartidningens nummer som delades ut på Riksstämman, och där två av dem medverkade i SPF:s program. Dessutom utsågs 2010 en mottagare av ett kulturstipendium, en person som arbetat för att motverka fördomar om psykiska sjukdomar – Maud Nycander, dokumentärfilmare och fotograf. Våren 2010 visades hennes dokumentärfilm i två delar, "Sluten avdelning" på TV. Under ett och ett halvt års tid skildrar hon livet på en låst psykiatrisk vårdavdelning på S:t Görans Sjukhus i Stockholm. Man får på mycket nära håll följa några patienters tid på avdelning. Detta är en värld som ju är välbekant för oss som arbetar inom psykiatrin men för de flesta andra okänd och ibland skrämmande.

Filmen mötte ett stort gensvar. I DN skrev Johan Croneman: "Maud Nycanders film om en sluten psykiatrisk avdelning är värd hundra procentig tittning. Hela filmen är ett förtroende. Till oss alla. Kolossalt bra." I Dagens Industri skrev Jan Gradvall: "Ibland dyker det upp en dokumentär som får en att se på sitt land och sin omgivning på ett nytt sätt.

Filmer som fångar när "det stora vemodet rullar in" och sedan lägger sig som rullstensåsar i det kollektiva svenska undermedvetandet. Ingen kommer att glömma Maud Nycanders "Sluten avdelning".

Motiveringen till stipendiet var: "Genom sina TV-program inifrån en psykiatrisk vårdavdelning visar Maud Nycander för allmänheten den utveckling som skett från mentalsjukhus till modern sjukhuspsykiatri. Vårdpersonalens engagemang och omtanke, även i de svåraste situationer, ger hopp och trygghet".

Maud mottog personligen priset på Riksstämman i SPF:s monter. Hon visade några avsnitt ur filmen och delade med sig av sin upplevelse av arbetet med filmen och mötet med psykiatrin. På frågan om vad som var den största upplevelsen, det som gjort henne mest förvånad under denna tid svarade hon: "Att människor kunde komma in och vara så svårt sjuka och skrivas ut efter bara några veckor och må så mycket bättre".

Maud har valt att bli medlem i Psykiatrifonden och vi hoppas genom hemsidan www.psykiatrifonden.se kunna göra det möjligt för er som vill köpa filmen att göra det på ett enkelt sätt.

Gör som Maud – stöd Psykiatrifonden! Bli medlem eller ge en gåva. På detta sätt kan Du bidra till att stödja psykiatrisk forskning och arbete mot fördomar inom området. Varför inte skänka pengar till Psykiatrifonden i samband med högtidsdagar? De flesta av oss behöver inte mer saker, vi brukar ha problem att hålla ordning på och hitta plats för allt det vi redan har.

Så tänkt på Psykiatrifonden – vi behöver Ditt stöd!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande Psykiatrifonden

SPUR i IPULS regi

Från årsskiftet har IPULS tagit över ansvaret för SPUR. IPULS skriver att

"Den nya SPUR-processen har skapats för att tillgodose de nya kraven enligt SOSFS 2008:17 och för att klara den ökning i antalet inspektioner, som blir ett av resultaten. Processen ger IPULS ett verktyg att fungera som oberoende part. Processen säkerställer också att de inspekterade utbildningsenheterna får kontinuerlig tillgång till jämförelsematerial och statistik och en möjlighet att kontinuerligt driva sitt förbättringsarbete".

SPUR-inspektionerna är ett viktigt och bra sätt att kvalitetssäkra ST-utbildningen. Det är säkert många med mig som har goda erfarenheter av vad en SPUR-inspektion betytt för ST-läkarna och kliniken.

Vi får hoppas att det går att leva upp till IPULS ambitioner med förändringen. Några frågetecken finns dock. Ett är att resultaten från varje inspektion bara offentliggörs om inspekterad klinik ger sitt medgivande. Detta begränsar som jag ser det "kontinuerlig tillgång till jämförelsematerial" och den viktiga öppenheten där ST-läkare kan se resultaten från olika kliniker. En annan nyhet är att inspektörerna ska göra SPUR-uppdraget utanför sin ordinarie tjänst, dvs. tar ledigt på ett eller annat sätt och ersätts via IPULS. Ersättningen till inspektörerna är idag oklar.

För att initiera en SPUR-inspektion gör kliniken en intresseanmälan till IPULS. Se kontaktuppgifter på deras hemsida www.ipuls.se. Kansliet tar därefter direktkontakt med kliniken för kompletterande information. I nästa steg tar IPULS kontakt med SPF för att utse inspektörer. I samråd med inspektörerna definieras uppdraget och tidpunkt för inspektionen. Därefter gör IPULS kansli en förkalkyl som ligger till grund för den offert som kliniken och inspektörerna sedan ska skriva på.

Det finns dessvärre en viss risk att iveren att genomgå SPUR-inspektion och att vara SPUR-inspektör mattas av under den administrativt ganska komplicerade process som nu föregår en SPUR-inspektion. Vi i utbildningsutskottet vill uppmana alla kliniker som inte nyligen är SPUR-inspekterade att anmäla sig till IPULS snarast. Vi hoppas att det nya systemet ska fungera bra och att eventuella "barnsjukdomar" i det nya ska gå att bota.

Kerstin Lindell

Facklig sekreterare, SPF



Välkommen till

Kvinnliga Läkares Förenings vårsymposium

"Tips från coachen – genus och ledarskap"

Medverkar gör bl.a.

Anna Leifler, ST-läkare med ledarskapsinriktning på kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus, Stockholm

Karin Norlén, Divisionschef Psykiatridivisionen Akademiska sjukhuset Uppsala, utsedd till Årets kvinnliga ledare av Dagens medicin 2010

Tid & plats: fredag 15 april 2011 kl. 9.30-15.00, van der Nootska palatset, St Paulsgatan 21 Stockholm

Anmälan: sista anmälningsdag 1/4 via inbetalning till postgiro 153079-9. Ange vårmöte och ditt namn.

Kostnad: 400:-/medlem, 800:-/icke-medlem, 100:-/med.stud. Kaffe och lunch ingår.

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:
www.svenskabupforeningen.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.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 Lamictal¹. Detta ger en besparingspotential på 55 miljoner kronor för hela landet under ett år.

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpackningssortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. 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 expedierad 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 indicerat för akut behandling av maniska och depressiva tillstånd. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med antiepiletika för flera indikationer. Informationen baseras på produktresuméer daterade 2009-02-20. För dosering och aktuellt pris se www.fass.se

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Förluster

Om sorg och livsomställning

Barbro Lennéer Axelson

Natur och Kultur 2010



I boken *Den förlorade sorgsenheten* som anmäldes i nr 2 av Svensk Psykiatri pekades på problem med att utifrån DSM-systemet differentiera mellan klinisk depression och djup sorgsenhet, begriplig utifrån individens aktuella situation och tidigare erfarenheter. Samtidigt framhölls att denna differentiering ändå är klart möjlig för en erfaren kliniker som är väl insatt i variationsvidden i människors reaktioner i samband med kännbara förluster och de kriser dessa medför.

Den som har behov av att fördjupa och uppdatera sig inom detta område har anledning att välkomna Barbro Lennéer Axelsons gedigna genomgång av det aktuella forsknings- och kunskapsläget. Bokens syfte är tvåfaldigt: dels att förmedla kunskap om bakgrund, dynamik och förlopp i samband med olika förluster, kriser och sorg, dels att beskriva innehållet i olika former av både professionell hjälp och så kallat nätverksstöd som förmedlas av omgivande medmänniskor.

Kriser, utöver de utvecklingsrelaterade, kan utlösas av akuta händelser som berör skilda livsområden, till exempel sjukdom, dödsfall, separation, yrkesliv, ekonomi. Kriser kan också böttna i utebliven förväntad förändring och innebära krossade drömmar. Långvariga svåra bekymmer kan dock vara lika belastande som akuta kriser. Vissa kriser är mer uppenbara för oss än andra. Författaren påpekar att krisen för föräldrar då deras barn omhändertas tycks otillräckligt beaktad liksom de påfrestningar på sjuka och deras anhöriga som oro och existentiell ångest innebär vid oklar diagnos, oviss prognos och väntan på behandling.

Kriser kan ha många affektiva böttnar och förutom nedstämdhet och maktlöshet också rymma skam, skuld, kränkhet och bitterhet som bryter fram under den av krisen accentuerade sårbarheten. Även positiva affekter och förhöjd livskänsla förekommer.

Barbro Lennéer Axelson betonar vikten av att man blir förutsättningslöst bemött där man befinner sig i sin kris utifrån respekt för den enskilda människans unika sätt att ge mening åt sin situation. Detta förhållningssätt gentemot den krisdrabbade gäller från såväl professionella, som från medlemmar i familj och nätverk och från medmänniskor i allmänhet.

Sörjandet har många böttnar och förlopp

Sorgen - dess orsaker, dynamik och hantering - utforskas och beskrivs noggrant. Sorgen böttnar i förlusten av något känslomässigt värdefullt till exempel anhöriga, kroppsfunktioner, egendom eller utvecklingsmöjligheter. Ofta berörs identitet och föreställningar om sig själv på djupet. Två fokus kan urskiljas; dels de känslor och tankar förlusten i sig väcker dels de praktiska konsekvenserna för vardagslivet. Drygt hälften av dem som förlorat en nära anhörig genom plötslig för tidig död drabbas till exempel av psykisk ohälsa.

Det finns många sätt att sörja. Patologisk frånvaro av iakttagbara sorgereaktioner kan vara svårt att skilja från förlusttålighet vid vilken man känner saknad med inte sorg, är relativt opåverkad i vardagen och har tillgång till positiva minnen. Tillämpbarheten av talesättet "sorgen läker alla sår" tycks högst individuell. Förlusten av ett barn sätter inte sällan helt outplånliga, dagligen aktiverade emotionella spår hos föräldrar och kanske även syskon.

Av de modeller för sörjandets förlopp som presenteras, tycker jag att pendlingsmodellen verkar mest användbar. Snarare än som en linjär process, tycks sörjandet ofta kunna te sig som en pendelrörelse, fram och tillbaka mellan två positioner: vara i sorgen och förlusten och värja sig mot förändring, respektive förneka sorgen och öppna sig för förändring. Kvinnor tycks mer sorg/förlustorienterade, män mer inställda på livsomställning. Kvinnor tenderar att tala med andra kvinnor om sin sorg, män benämner "läget" sinsemellan, men håller för övrigt ett visst avstånd för att inte riva upp känslor.

Studier tyder på att lidandet vanligen blir värre och långvarigare om man konsekvent gör motstånd mot de smärtsamma känslorna. Blodtryck, immunförsvar och autonoma funktioner påverkas negativt. Känslor erfarenheter behöver symboliseras, inte stängas av. Samtal inriktas dock snarare på integration än på katarsis. Temporärt förnekande kan dock vara en bra copingstrategi.

Coping

Coping, hantering eller bemästrande omfattar de yttre och inre strategier, medvetna och omedvetna som konstant aktiveras i vardagen. Individens copingkapacitet sätts på sin spets i de problemområden, "existentiella undantagstillstånd", som boken behandlar.

Denna coping kan vara såväl konstruktiv som destruktiv och omfattar en rad länkade processer från perception till handling. Navet i hantering av såväl kriser och förluster förefaller vara regleringen av känslor för att skydda självkänsla/självbild, skapa social interaktion och lösa problem.

Flexibilitet tycks vara en avgörande styrka medan emotionell instabilitet utgör en allvarlig belastning.

Effektiv coping handlar i stor utsträckning om att någorlunda realistiskt kunna bedöma hur långt de egna aktiverade förmågorna räcker och när hjälp från andra måste ta vid och hur dessa andra ska kunna aktiveras. Lidandet kan dock begränsas av egen kraft genom att upprätthålla strukturer och det vardagligt välbekanta, om möjligt hålla fast vid arbete vilket ökar självkänslan. Kontakt med naturen, att röra sig och låta sig beröras, lyssna till musik, finna ensamhet när det behövs, söka positiv svalkande distans och bejaka humor är också stabiliserande och läkande.

Bemötande, behandling och behandlare

Vid förluster och kriser är relationerna av central betydelse. Vanligen är de privata relationerna mest läkande och professionella insatser kommer i andra hand. Krisstöd innebär, förutom att koppla in närstående, aktivering av hopp, tillit och självtillit, skapande av lugn och stärkande av samhörighet. Men utöver emotionellt stöd handlar det också om kognitiv aktivitet: tillförsel av kunskap och rådgivning. För många drabbade är det lättare att vara elev än patient. Kunskap förefaller vara försummad i sorgearbete enligt författaren. Behandlarens fingertoppskänsla är viktig – behandlars tolkning och meningstillskrivande fungerar ofta dåligt - meningen måste växa fram inifrån individen själv.

Barbro Lennér Axelson betonar att vid svåra konflikter och förluster är klienten ofta ytterst känslig för övergivenhet utan att alltid vara förmögen att formulera detta. Kontinuitet och pålitlighet från behandlaren är avgörande. Vad krävs för övrigt av behandlaren? Kanske förmåga att förmedla tragiska besked, inkännande och tydligt, ge tillräckligt med tid och finna en trygg plats för samtalet. Att våga låta sig beröras och visa det utan att belasta klienten. Vara lyhörd för dilemmat hos de drabbade som inte har stöd hos sina anhöriga utan själva måste trösta dessa och lätt då upplever sig som en belastning. Att balansera stöd mot konfrontation och hjälpa fram den berättelse som ger sammanhang till det aktuella lidandet är viktigt. Det gäller särskilt i mötet med personer som inte kan formulera sitt lidande med en berättarpoäng som engagerar, utan kanske snarare provocerar behandlaren, till exempel personer med dubbeldiagnos, missbruk och personlighetsstörning. Behandlare behöver sålunda vara eftertänksamma, flexibla och stresståliga. De måste se upp för egen indirekt traumatisering och utmattning. I handledning kan de få hjälp med eventuell överidentifikation och hjälplöshet.

Mycket kan finnas att diskutera och fördjupa i denna framställning som jag finner innehållsrik, noggrann, överskådlig, väl balanserad och försedd med exempel från klinik och vardag.

Den bör vara användbar för en bred läsekrets. Om jag skulle önska mig ett tillägg skulle det kunna vara Lars Tornstams perspektiv på utvecklingsprocessen i högre ålder - gerotranscendens. Han resonerar bland annat om hur man kan förstå att de äldres livskvalitet i stort sett tycks upplevas som lika god som i yngre dagar trots att livet i stor utsträckning präglas av förluster. ◀

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri

Stockholm





Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 17 mars 2010 klockan 17:00

Plats: Biograf Bergakungen, Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
 - a. Förslag om höjd årsavgift till 900 kronor samt bibehållen avgift för pensionerade medlemmar
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - a. Motion från Föreningen för Konsultationspsykiatri om stadgeändring beträffande inträde i föreningen
 - i. Nuvarande lydelse § 3: *För medlemskap krävs att man: är medlem i SPF; är verksam inom konsultationspsykiatri; vill verka för främjande av föreningens målsättning enligt § 2. Om medlemskap beslutar styrelsen.*
 - ii. Föreslagen ny lydelse § 3: *Medlemmar i Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) kan antas som medlem i Föreningen för Konsultationspsykiatri (FKP). Styrelsen i FKP fattar beslut om medlemskap i FKP.*
10. Val av ledamöter till styrelsen enligt § 10
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF



ST-konferensen 2011

Sedan flera år tillbaka anordnar SLUP (Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri, f.d. SPF-ST) en årlig konferens för ST-läkare i psykiatri. Årets konferens hölls 2-4 februari i de mest underbara omgivelser vid Varbergs kurort i Halland.

Varbergs kurorts historia sträcker sig långt tillbaka. Lilla Apelviken, där kurorten ligger, var populär redan på 1800-talet då människor samlades där för att "dricka brunn", dvs. dricka av källvattnet som ansågs hälsosamt och livgivande. I början av 1900-talet lades de första byggstenarna till kurortens byggnader, då i form av ett sanatorium för tuberkulossjuka barn. Verksamheten utvecklades och har under senare år inhytt såväl poliklinik som ortopedklinik. Den befintliga kurorten invigdes 1992.

Årets konferens lockade drygt 140 deltagare, publikrekord i konferensens historia! Ett intresseväckande tema, synnerligen namnkunniga föreläsare och möjligheten att träffa och umgås med andra ST-läkare från runt om i landet var säkerligen faktorer som bidrog till den goda uppslutningen.

Väldets ansikten

Temat för 2011 års konferens var Väldets ansikten. Under tre dagar fick deltagarna möjlighet att lyssna på föreläsningar om bland annat neuropsykiatri, missbruk, läkemedel och våld, antisocialt beteende, forskningsrön, alternativa karriärvägar och psykiatri i utomeuropeiska länder.

Ett axplock från föreläsningarna

Håkan Jarbin inledde konferensens första dag med att tala om hur man kan tänka kring patienter som befinner sig i gränslandet mellan ADHD och bipolaritet. Senare berättade Mikael Landén om vilka lärdomar - i ett bredare perspektiv - man har kunnat dra från St Görans bipolärprojekt i Mölndal och Stockholm. Clara Gumpert höll en mycket uppskattad presentation om antisocial utveckling hos unga, och Tom Palmstierna vidgade åhörarnas kunskap om läkemedels och drogers relation till våldsbeteende. En extra välkommen gäst var Jerzy Sarnecki, professor i kriminologi, som höll en dragning om våldsbrottslighetens utveckling i Sverige.

Under parallella seminarier fick vi höra Kristina Sygel berätta om sin forskning rörande simuleringsprojekt för våldsbeteende, och Henrik Landström Lysell berättade om sin studie kring filicid (föräldrar som dödar sina barn). Under konferensens sista dag fick deltagarna lyssna till Elias Eriksson, professor i farmakologi, som gav en mycket underhållande och historiskt intressant presentation kring aktuella riktlinjer för behandling av depression, hur, vad, varför? Mycket tänkvärt!

2010 års Cullbergstipendiater Elisabeth Lundén, Christopher Rahm, Anna Svensson och Elena Zadorina presenterades av Johan Cullberg själv, och stipendiaterna fick berätta om sina stipendieresor, ett alltid lika inspirationsgivande inslag!

Under torsdagskvällen hölls galamiddag i vanlig ordning. En gyckelgrupp från Göteborg underhöll med specialkomponerade sångstycken om psykiatrins väl och ve, och sedan fortsatte umgänget till långt in på natten med musik av Street Bourbon Band och dans för alla som så orkade.

Ett stort tack till de oerhört duktiga föreläsarna som möjliggjorde konferensen, och ett stort tack till alla deltagare! Vi ser fram emot en lika fantastisk konferens 2012!

Hanna Edberg
Nyttillträdd ordförande SLUP
Foto: Erik Nilsson



Bild: Elisabeth Lundén och Johan Cullberg



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.



Elektra - föröware

Enligt psykologen Harry C. Triandis är kultur ett antal, av människor skapade, subjektiva och objektiva element vilka har ökat sannolikheten för överlevnad och resulterat i tillfredsställelse för medlemmarna i en ekologisk nisch, och har därför blivit delade mellan dem som kunnat kommunicera med varandra eftersom de talat samma språk och levt på samma plats samtidigt.

Kultur, i form av andligt skapande, har dock alltid haft en tendens att lämna platsens gränser och skaparens händer och på så sätt blir den ett element för nytt tänkande, nytt skapande och ny kultur.

En av de mest intressanta av antikens tragedier, Elektra, har fött diskussion om relationen mellan mor och dotter och sägs handla om ett ämne motsvarande Oidipuskomplexet.

Elektra härstammar från en familj där ett överflöd av svåra påfrestningar tar över och definierar livet; familjen Atreidon har varit ett fält av psykisk död i många år.

Elektras föräldrar, Agamemnon och Klytaimnestra gifter sig efter att Agamemnon mördat Klytaimnestras förste son, från ett tidigare äktenskap.

Agamemnon deltar i trojanska kriget och är borta många år. I ett försök att blidka gudarna tvekar han inte att offra sin första dotter, Ifigenia, så att de grekiska skeppen kan segla till Troja.

Genom att stanna hos honom, accepterar Klytaimnestra hans fullkomliga makt, hans beslut över liv och död. När Agamemnon offrat sin egen dotter Ifigenia, förstår Elektra att även hon är otrygg, Elektras liv är inte skyddat, fadern skulle kunna döda henne och modern skulle acceptera.

Agamemnons största fiende Aigisthos blir Klytaimnestras älskare. Medan Agamemnon kämpar i Troja, tar Aigisthos alltmer plats vid tronen och i moderns liv. Aigisthos vill etablera sin makt i slottet och den ende som står i vägen nu är Orestis. Elektra hjälper honom att fly för att han ska undgå att bli dödad av Aigisthos.

Men Elektra stannar kvar och för henne blir slottet så småningom ett fängelse.

Uppvuxen inom en kunglig familj, tar Elektra den roll som familjen har valt för henne, vågar inte föreställa sig själv utanför familjens ramar, hon blir kungens dotter och tronens arvinge när Agamemnon är borta. Elektra stannar för att försvara det som tillhör familjen, hon blir en påminnelse att Agamemnon finns och att tronen ska ärvas av hans barn.

Elektra väntar på att fadern ska komma tillbaka och återta sin tron, väntar på att livet ska vändas rätt igen. Medan hon väntar, förbjuder Aigisthos henne att gifta sig med en man som skulle passa hennes ursprung, då han fruktar Elektras eventuella ättlingar. På det sättet förödmjukar och kontrollerar han henne. Hon känner vrede; fångslad av någon annans beslut över hennes liv, begränsad av att bära faderns kärlek, förstenad av moderns likgiltighet. Elektra lider, och Klytaimnestra blomstrar. Modern har en man och en älskare, moderns kvinnliga sidor är uppenbara och blir tillfredsställda, men Elektra själv har inte ens rätt till äktenskap.

När Agamemnon kommer tillbaka från kriget, blir han omedelbart mördat av Klytaimnestra och Aigisthos.

Agamemnon skulle rädda Elektra och ge henne den plats hon förtjänar. Men Elektras längtan efter fadern överskrider det motsvarande Oidipuskomplexet. Elektra stannar inte på den nivå där hon önskar moderns död så att hon själv kan ha en plats i faderns liv, Elektra önskar så mycket mer. Den rättelse och reparation som hon förväntade hade varit en chans att återskapa faderns bild, att återträffa fadern på ett annat plan och möta honom som en far som kunde skydda och rädda henne. Genom att bygga om faderns bild skulle Elektra kunna gå vidare i livet, hon skulle kunna älska, förlåta och gifta sig. I Elektras ögon hindrar modern den processen genom att döda fadern. Elektra förlorar sin chans att bota sitt trauma. Hennes tillvaro kommer att präglas av ett djup hat som så småningom besätter hennes själ.

Elektra har inte fått sina behov tillfredsställda av sin mor, har inte fått den kärlek och trygghet hon så desperat efterfrågade. För Elektra har Klytaimnestra mestadels varit någons kvinna och älskare. Elektra kan inte mogna, kan inte bli en kvinna, eftersom hon avvisar och avskyr alla kvinnliga drag som Klytaimnestra har. Det är de drag som har desorienterat Klytaimnestra och som skiftat hennes roll, drag som inte har tillåtit Klytaimnestra att vara mor.

Elektra kan inte identifiera sig med modern, hon införlivar Klytaimnestra som ett dåligt objekt. Hon avskyr så småningom alla kvinnliga och moderliga drag även hos sig själv. Innan Elektra bestämmer sig för att mörda sin mor har hon redan mördat sig själv som kvinna och mor.

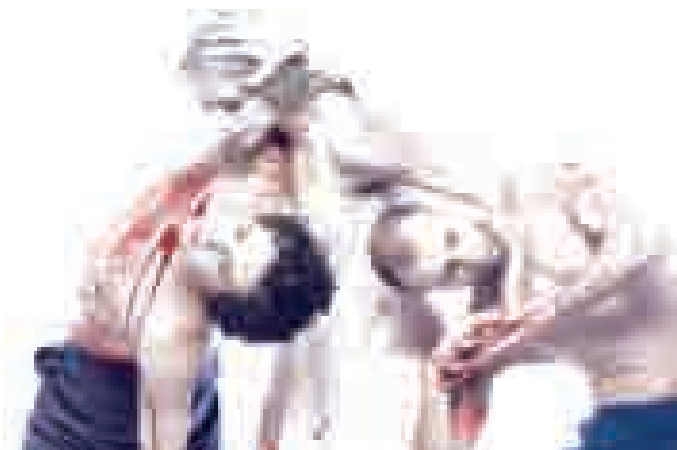
Samtidigt, kan man säga att Elektra drabbas av Stockholmssyndromet, eller identifikation med aggressorn. Hon har levt hela sitt liv med den otrygga tanken att fadern skulle kunna döda henne.

Nu när fadern är mördat tar Elektra omedelbart hans sida. Hon vill hämnas.

Elektra har förlorat allt och har nu två val: antingen kan hon acceptera situationen, förbli förödmjukad, förstenad, olycklig, eller så kan hon försöka ändra sitt öde. Hon väljer att göra det sistnämnda. Men hon väljer att göra det på ett dysfunktionellt sätt som kommer att sänka henne ännu djupare i sjukdomen. Elektra bestämmer sig för att döda sin moder och dennes älskare.

När Orestis kommer tillbaka till slottet oväntat och i hemlighet, blir Elektra uppenbarligen glatt överraskad, berättar allt som har hänt och tillsammans, utan att tänka vidare, mördar de Aigisthos.

Klytaimnestras tur kommer efteråt, i en scen präglad av ambivalenta känslor, när Orestis och Elektra träffar sin mor för sista gången. Barn till en död far som själv har dödat barn och barn till en mor som har önskat de var döda, bestämmer de sig för att hämnas, att straffa och återställa ordningen. Den lösning som Elektra och Orestis väljer resulterar i ett avbrytande av familjens våldsamma boja, men den blir ingen hjälp vad gäller



deras psykiska tragedi. Orestis hamnar i en djup melankoli och Elektra avböjer hela sin känslomässiga värld.

Elektra förblir låst i sina tvångsmässiga idéer att hämnas även efter att Klytaimnestra och Aigisthos dödats. Hon ber inte om förlåtelse, förblir kall, frusen och likgiltig, kan inte gå vidare i livet, har skadat sin egen själ och kropp.

Genom Elektras tragiska resa blir det tydligt hur traumat och

behovet att ändra ödet kan samverka och leda till en dysfunktionell lösning och så småningom till sjukdom.

Först kommer Elektras och sedan Orestis medvetenhet om familjens sjuka jämvikt och så småningom framkommer ett avgörande beslut att inte acceptera, barnen bestämmer sig för att ändra sitt öde. Men de gör inte mer än vad fadern skulle göra om han levde, de avbryter familjens upprepade våld och död genom att använda våld och mord. På det sättet försöker de befria sig själva men de sjunker djupare i familjens trauma. De blir revolutionärer och samtidigt blir de uppföljare av familjens upprepade tragiska historia. Orestis och Elektra utför faderns önskan och deras händer blir faderns hand när de dödar Aigisthos och Klytaimnestra.

Dessutom får man en överblick över en värld av symboler och komplexa relationer och själva tragedin kan tolkas som ett omedvetet psykiskt fält. I en fantasivärld skulle Elektras tragedi kunna framställa ett utvecklingsförlopp, när Elektra otrygg och övergiven av sin far, och förrådd av sin mor, har införlivat föräldrarna som två dåliga objekt och bestämmer sig så småningom för att befria sig ifrån dessa objekt.

Hon vågar önska en förändring, men hennes utvecklingsprocess avbryts tvärt när hon förblir förstenad och livlös inför Klytaimnestras död, antingen detta sker i verkligheten eller omedvetet. Efter att ha dödat sin moder, blir Elektra utan känslor, utan skuld, blundar och fortsätter existera medan hennes psykiska värld har dött.

Ett ljus och en sund lösning framträder i samband med Orestis insjuknande. Orestis lider, en omedveten skuld tar över hans liv, framträder som förföljelse och straff.

I den punkten kan man påstå att Orestis melankoli företräder en fortfarande intakt inre värld. Orestis kan inte bära skulden och vänder sig till gudarna, först till Apollon och sedan till Athena, en manlig och en kvinnlig gud, som väljer att förvalta skulden. Orestis kan förlåta sin fader och sin moder, så småningom kan han förlåta sig själv.

Anna Dimopoulou

ST-läkare

Psykiatricentrum Södertälje

Fotograf: Tassos Vrettos



Svenska Psykiatriska Föreningen var där

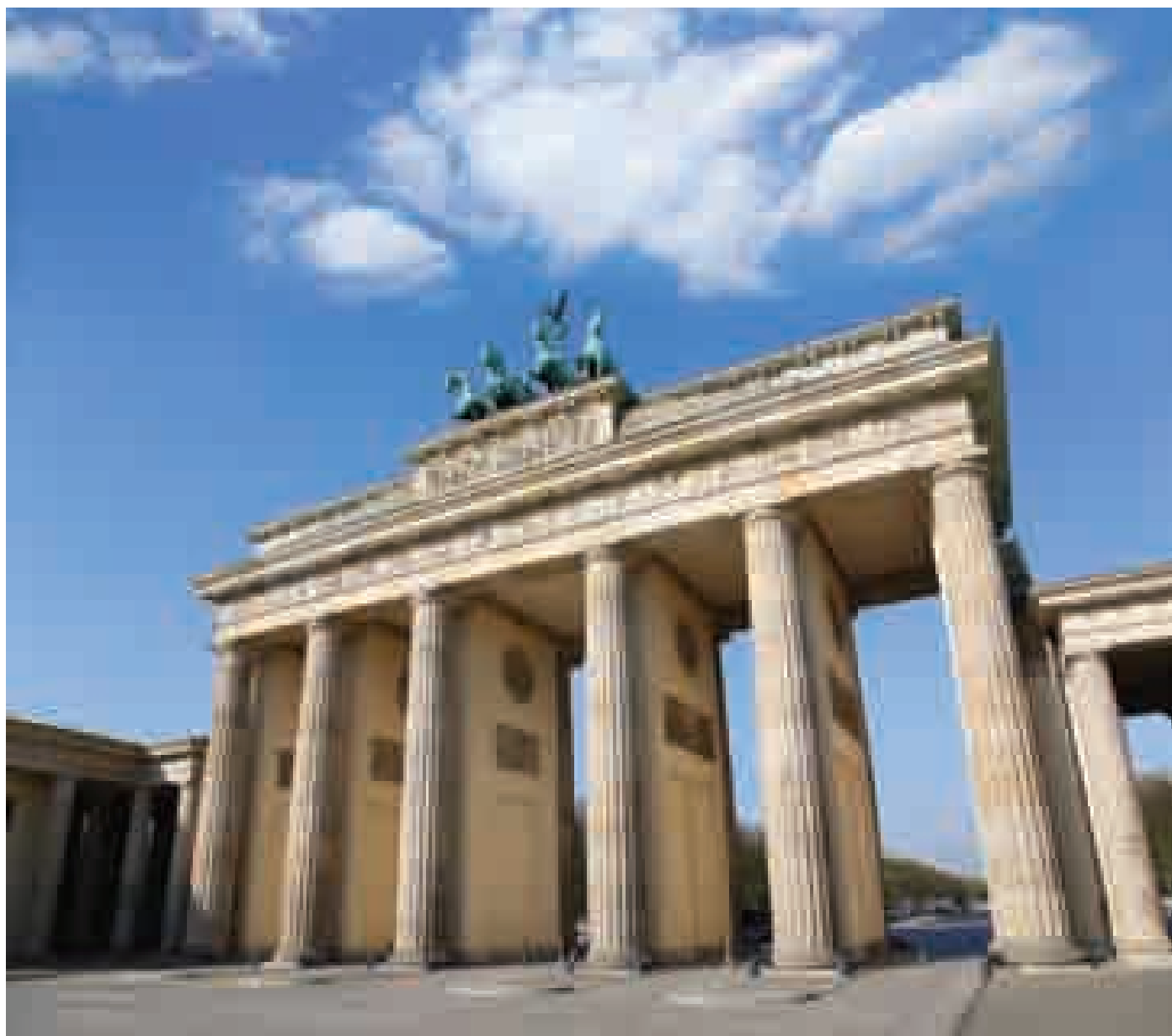
Föreningen var inbjuden till Psychiatry Congress i Berlin mellan 24 och 27 november 2010, anordnad av the German Association for Psychiatry and Psychotherapy. Temat var Psychiatry Interdisciplinary. De flesta seminarier och föreläsningar var på tyska men en hel del hölls trots allt på engelska. Jag åkte som representant i stället för ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind.

Det var en enormt stor konferens som hölls i det stora konferenspalatset ICC Berlin.

Kvalitén på föredragen var i regel hög och jag bläddrade i min 400-sidiga kongressbok och hittade mycket intressant att gå på.

Jag deltog också i ett Forum European Leaders där vi bl.a. diskuterade olika samarbetsfrågor, synliggörande av psykiatri och eventuell omstrukturering av EPA. Fler rapporter om detta kommer senare under året.

Maria Starrsjö
Vice ordförande SPF



SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2011

NUMMER 2 2011

Tema: Psykiatrins idéhistoria
Deadline 20 maj 2011
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2011

Tema: Det psykiatriska forskandet och
den forskande psykiatri
Deadline 1 september
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2011

Tema: Ej bestämt
Deadline 20 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).
Ange alltid vem fotografen är.
Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskpsykiatri.se





Att lindra smärta

Community Suicide Prevention - How to ease the pain and prevent suicide at the local level

Osorno J, Svanström L, Beskow J (red.)

Jan Beskow är ett känt namn inom den svenska suicidologiforskningen. Trots att 15 år förflutit sedan pensionsåldern uppnåddes har han oförtrutet jobbat vidare med de frågeställningar han brinner för. Han utsågs förra året till hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen. Då kom också "Community suicide prevention" som recenserar här.

De tre redaktörerna är förutom Beskow en professor i samhällsmedicin ifrån Stockholm, som också är gästprofessor i fjärran östern och en colombiansk läkare med stort intresse inom safe communities-rörelsen. De sju författarna som i övrigt bidragit kommer ifrån Sverige, Japan och Korea.

Boken är på engelska och kan laddas ned kostnadsfritt på denna länk:

www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/suicide_prevention_2nd.pdf

Målgruppen för boken är inte bara läkare och vårdpersonal utan siktar på att vara givande även för andra intresserade.

Efter en översiktlig introduktion till fältet gör boken i varje kapitel nedslag i olika miljöer och perspektiv. Kapitlen avslutas förtjänstfullt med rutor med nyckelbudskap. Beskows grundliga genomgång av bl.a. ny forskning, risksituationer och den suicidala processen följs av epidemiologiska data och problemen med dessa. Därefter presenteras vad "Safe Communities" är. Kort kan det beskrivas som en internationell inkluderande rörelse under WHO:s beskydd med målet att främja prevention av olyckor i samhället, och som på senare tid särskilt fokuserat på våld och suicid. Programmet finns för tillfället på 170 olika platser runt om i världen och den teoretiska överbyggnaden sköts ifrån Karolinska Institutet.

I de följande kapitlen får vi bekanta oss med exempel ifrån helt olika delar av världen. Först ut är Arjeplog och där blir texten plötsligt mer konkret och också rörande med sina autentiska patientfall och handfasta beskrivning av hur man har jobbat. Därefter följer mer exotiska nedslag i Aomori, Japan och Suwon, Sydkorea. Även Jönköpings arbete kring samordning och fysisk planering är läsvärt. Beskow avrundar sedan med konklusioner och binder ihop trådarna ifrån det något spretiga materialet.

Boken är klart läsvärd för personal inom kommun, räddningstjänst och vård och kan även användas i undervisning. Det är lättförståeligt skrivit på rätt enkel engelska. Styrkorna i texterna är också deras svagheter. Man får en bred bild, men nedslagen är kanske lite väl splittrade.

Marcus Persson
ST-läkare i psykiatri
Lund

Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri och deras insatser för att kunskapsområdet kunde utvecklas till en klinisk specialitet och ett vetenskapligt ämne

Detta är tredje delen av en artikelserie. Det två första delarna publicerades i Svensk Psykiatri nr 3 och 4 2010 och kan även läsas på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html.

En unik beskrivning

Hans Curman efterträdde Torsten Ramer som överläkare vid Stockholms PBU och arbetade under 30 år i den funktionen fram till pensioneringen 1975. Tillsammans med Gustav Jonsson bestämde han att noggrant beskriva de patienter som kom till PBU med målet att följa dem över tid för att se hur det gick för dem. De två var inspirerade av en av de amerikanska s.k. California Child Studies, och översatte Jean W. Macfarlanes monografi "Studies in Child Guidance-Methodology of data collection and organization" för att därigenom få kriterier för att kunna beskriva beteenden hos barnpsykiatriska patienter, kontrollpatienter och kriminella pojkar. Symptomlistan finns väl beskriven och förklarad i Gustav Jonssons och Anna-Lisa Kälvestens "222 Stockholmspojkar" förutom i den amerikanska originalbeskrivningen i J. Macfarlanes egen publicering "A developmental study of behaviour problems of normal children between 21 month and 14 years".

Hans Curmans stora bidrag blev hans beskrivning av fler än 2000 barn- och ungdomspsykiatriska patienter i öppenvård, som färdigbehandlades vid Stockholms PBU 1953-1955 och som följdes under 20 år. Som framgår nedan beskrev Gustav Jonsson normalmaterialet, 222 Stockholmspojkar, och en undersökningsgrupp av kriminella pojkar och deras familjer, undersökningsgrupper som också följdes under närmare 20 års tid.

I svensk barnpsykiatri finns därför en unik beskrivning av 1950-talets barn följda fram till mitten på 1970-talet, där normalbarn, barnpsykiatriska patienter och kriminella pojkar beskrevs som små och hur det gick för dem. Av särskilt intresse är att kriterier för extrem hyperaktivitet

*Extreme overactivity and restlessness
Can never be free from activity when awake
Appears propelled by internal drives; activity not reactive to external situation
Activity constantly upsets routine and order
An extreme nuisance*

som användes både av Curman/Jonsson och av J. Macfarlane är väldigt lika dagens kriterier för ADHD. Sådant beteende var väldigt vanligt både bland 50-talets PBU-patienter och kriminella pojkar och fanns bland 5 % av normalmaterialet. Det visade sig emellertid att beteendet i sig var en dålig prediktor för framtida missanpassning, dålig prognos skedde i de fall där beteendet var förenat med skolproblem och dysfunktionella familjeförhållanden.

Ericastiftelsen

Hanna Bratt och Gunnar Nycander. Ericastiftelsen, Hanna Bratt och Gunnar Nycander, har en viktig plats i den svenska barnpsykiatrins vetenskapliga historia. Gunnar Nycander, som var Ericastiftelsens första överläkare, disputerade 1950 med sin avhandling "Personlighetsutveckling på avvägar – barnpsykiatriska studier", som även internationellt är ett pionjärarbete med en beskrivning av ett barnpsykiatriskt patientmaterial.

I sin avhandling beskriver han hur Ericastiftelsens läkepedagogiska institut kom till och om kopplingen mellan skolans värld och barn- och ungdomspsykiatri. Han skriver:

"Ericastiftelsen grundades 1934 av förutvarande rektorn för Fernanderska flickskolan i Örebro, fröken Hanna Bratt, i samarbete med författaren. Från skilda utgångspunkter och erfarenhetsområden hade vi kommit att intressera oss för likartade psykologiska/pedagogiska problem. Rektor Bratts utgångspunkt var skolpedagogens. Under en lång lärargärning hade hon kommit att ömma för skolans särlingar, för de barn som utan att vara påtagligt efterblivna, defekta eller sjuka, ändå inte kunde följa kurserna eller eljest finna sig tillrätta i skolmiljön. Hon menade, att skolan saknade såväl sakligt hållbara utgångspunkter som praktiska möjligheter att taga sig an dessa barn och att därför många av dem aldrig blev räddade till en normal utveckling, dem själva och samhället till olycka... Mitt eget intresse för de pedagogiska och barnpsykiatriska problemen grundade sig på erfarenheter av de vuxna neurotikerna. Jag hade tidigt blivit övertygad om att de egentliga neurosernas förstadiet eller första stadier var att finna i barndomen, och att ett genomskådande av den vuxna människans psykiska abnormtillstånd kräver observationer av barn."

Intressant att notera är att också Ericastiftelsen tillkom ur ett skolpsykiatriskt perspektiv med syftet att närmare lära känna barn genom utredning för att sedan kunna förbättra deras situation.

A grand old lady

Elsa-Britta Nordlund och Gustav Jonsson gjorde stora insatser för den svenska barn- och ungdomspsykiatrin och bör av särskilda skäl beskrivas tillsammans. Under senare delen av 1900-talets första 50 år och efter Alfhild Tamm och Alice Hellström kan sägas, att Elsa-Britta Nordlund i Stockholm tillsammans med Anna-Lisa Annell i Uppsala och Gunborg Uddenborg i Lund, utgjorde svensk barnpsykiatri "three grand old ladies". Under den period då Elsa-Britta Nordlund var överläkare vid Norrtullsenheten var Gustav Jonsson en av underläkarna. Vid en minnesvärd symposiedag 1983, då de var pensionerade sedan länge, hade jag tillfälle att umgås med dem under en hel dag med åtföljande middag. Båda var i högform och berättade om både det ena och det andra.

Som överläkare vid Norrtullsenheten planerade Elsa-Britta Nordlund för den blivande barnkliniken vid Karolinska sjukhuset dit hon flyttade när barnsjukhuset öppnade i början på 1950-talet. Hon stred för en integrerad barn- och ungdomspsykiatrisk vård i nära samarbete med pediatriken och den barnpsykiatriska kliniken låg således tillsammans med och integrerad i övrig barnsjukvård. Hon utvecklade en omfattande klinisk verksamhet med särskilt intresse för anorexia nervosa och samlade ett mycket stort kliniskt material av anorexiapatienter. Som överläkare vid en universitetsklirik var hon akademisk lärare med ansvar för barn- och ungdomspsykiatriundervisningen och många väntade på att hon skulle sammanställa sina fynd om anorexia nervosa i en akademisk avhandling. Då hon hade en behandlingsmetod som uppenbarligen hjälpte en stor del av patienterna till normaliserat liv med yrkesutbildning (inte sällan till barnläkare) och till ett normalt socialt liv, kan man säga att det är ledsamt att hennes kunskaper och insikter inte samlades i ett avhandlingsarbete, särskilt med tanke på att hennes kliniska material uppgick till ca 250 patienter. Elsa-Britta Nordlund kom att få stor betydelse för barnpsykiatrins utveckling genom sin position som föredragande och expert i barnpsykiatriska frågor vid dåvarande Medicinalstyrelsen. Hon skrev också några små rapporter om "barnpsykiatrisk rättspsykiatri" och om den grannliga uppgiften att vara sakkunnigt vittne vid domstolsutredningar som berörde barn och ungdomar. När Elsa-Britta Nordlund gick i pension ersattes hon foljdriktigt av sin mest populäre underläkare, dvs. Gustav Jonsson.

222 Stockholmspojkar

Gustav Jonsson flyttade efter sin utbildning hos bl.a. Elsa-Britta Nordlund till en överläkartjänst som barnpsykiatriker i Karlstad. Därifrån återvände han till Stockholm efter att Stockholms stads barnavårdsnämnd bestämt att öppna ett nytt och modernt behandlingshem för utagerande pojkar och han fick uppgiften att bygga upp Barnbyn Skå.

Där stannade han sedan under en 20-årsperiod tills han efter sin disputation och i anslutning till Elsa-Britta Nordlunds pensionering efterträdde henne och blev överläkare för den barn- och ungdomspsykiatriska universitetskliniken på Karolinska sjukhuset (vid den tiden ett statligt sjukhus). Hans insatser för barn- och ungdomspsykiatri har att göra med utredning och behandling av utagerande, aggressiva och kriminella barn och ungdomar.

Gustav Jonsson deltog i ett antal av de statliga utredningar som under 1940-talet genomfördes om ungdomskriminalitet och hur detta skulle förebyggas och behandlas, och tillsammans med Sven Ahnsjö i den stora prospektiva undersökningen av unga lagöverträdare, som påbörjades 1956 och sträckte sig över nästan 20 år. Gustav Jonssons samarbete med Hans Curman, som tidigare beskrivits, ledde till ett forskningsprotokoll och en metod för att parallellt beskriva barn- och ungdomspsykiatriska patienter, kriminella pojkar och ett randomiserat material av normala stockholmspojkar. Eftersom syftet bl.a. var att få förbättrade kunskaper om kriminalitet kan man i undersökningen av de vanliga stockholmspojkarna läsa att kriminalitet bland flickor vid den tiden var så ovanligt att det inte bedömdes meningsfullt att närmare undersöka frågan! Även om Hans Curman och Gustav Jonsson sedermera delade på sig och Hans Curman fullföljde långtidsuppföljningen av de barnpsykiatriska patienterna på egen hand ledde deras initiala samarbete till ett kunskapssamlade som faktiskt är unikt, med en noggrann beskrivning av komplicerade frågor och därefter en 18-20-årsuppföljning om utvecklingen. Den monografi som Gustav Jonsson skrev tillsammans med psykologen Anna-Lisa Kälvesten, "222 Stockholmspojkar", är en lärobok i barn- och ungdomspsykiatrisk epidemiologi. Vad som är särskilt intressant är att primärbedömningen av de 222 Stockholmspojkar, i åldrarna 8-14 år, visade att var fjärde, dvs. 25 %, bedömdes ha så allvarliga symptom och beteendestörningar att de vore i behov av kvalificerad barn- och ungdomspsykiatrisk behandling. Den långtidsuppföljning som sedan fullföljdes visade emellertid att denna riskgrupp överlag klarade sig bra senare i livet och att det sannolikt var mognadsbetingade beteenderubbningar som beskrevs initialt. Detta är något att tänka på när vi idag screenar för beteendeproblem och andra svårigheter som barn i förpubertetsåldrarna kan ha!

Barn- och ungdomspsykiatri blir ett akademiskt ämne

Sven Ahnsjö blev den svenska barnpsykiatrins vetenskapliga mentor och den förste professorn i barn- och ungdomspsykiatri i Sverige, när han 1958 utnämndes till professor vid Karolinska Institutet. Han blev därigenom den som etablerade barn- och ungdomspsykiatri som akademiskt ämne i Sverige. Ahnsjö var nära vän med psykiatriprofessorn Carl-Henry Alström och hade i likhet med denne en utomordentlig vetenskaplig skolning med statistik och genetisk psykiatrisk epidemiologi som grund. Dessutom hade Ahnsjö arbetat kliniskt i olika sammanhang, arbetat med barns sociala problem och varit skolpsykiatriker. Fram till pensioneringen 1972 handledde han 9 avhandlingsarbeten.

Tillsammans med Edit Otterström och Torsten Ramer, disputerade han vid Statens institut för rasbiologi och medicinsk genetik i Uppsala under handledning av Gunnar Dahlberg. Hans egen avhandling berörde kriminalitet hos flickor, medan Edit Otterströms avhandling avsåg "Children from bad homes" och Torsten Ramers avhandling avsåg barn med begåvningshandikapp, långsam inlärningsförmåga och deras skolanpassning. De resultat som de erhöll tillsammans med andra genetiker vid den tiden talade entydigt för att det var svårt att förklara barns beteendeproblem, skolmisslyckanden och kriminalitetsutveckling ur ett rent genetiskt perspektiv. Fynden ledde till att begreppet "socialt arv" myntades och att det var nödvändigt att förstå interaktionen mellan det "genetiska arvet och det sociala arvet" för att beskriva felutvecklingar hos barn. Intressant är att detta begrepp om interaktion mellan genetik och omgivning nu återkommer på cellbiologisk/molekylär nivå med begreppet gene-environmental interaction!

De barnpsykiatriska pionjäravhandlingarna, som utgick ifrån den rasbiologiska och genetiska enheten i Uppsala, uppmärksammades också internationellt. Om Edith Otterströms avhandling skrev Lee N. Robins 1966 i sin bok "Deviant Children grown up" att, "Although little notice has been given this study in the American literature, it is an extraordinary achievement in length of follow-up, size of sample, variety of the criteria for adult adjustment, and objectivity of methods used both in the original categorizing of the subjects and in their later evaluation. This monograph also provides an exhaustive search of the literature up to the date of publication." 1968 skrev John Cowie, Valerie Cowie och Eliot Slater vid the Medical Research Council's Psychiatric Genetics Research Unit på the Maudsley Hospital i London: "A prognostic study of great importance was carried out in Sweden by Edith Otterström (1946). She had the advice and help of Gunnar Dahlberg, at that time one of the world authorities on psychiatric genetics and epidemiology, and a statistical expert of the highest order. The poor lady was, accordingly, set to do her statistical work along the soundest lines, with the result that, though she complains of the laboriousness of the arithmetic, her estimates of expectancy of criminality in her sample are in the right form for comparison with corresponding expectancies calculated by Dahlberg for the general population."

De resultat som erhöles under denna "genetiska forskningsperiod" kom att påverka forskningsmetodiken som flera av Sven Ahnsjö's doktorander använde sig av i sina avhandlingar. Hit hör Ingvar Nylanders avhandling om barn till manliga alkoholister, där en metod med "sociala tvillingar" användes, Gustav Jonssons arbete med en familjär studie i tre generationer om ungdomskriminalitet och Mikael Bohmans metod att använda sig av adoptivbarn mm.

Per-Anders Rydelius
Professor i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Den fjärde och avslutande delen publiceras i nästa nummer!

Referenser:

Curman H. A ten year prospective follow-up study of 2268 cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. Acta Paed Scand, Suppl 286, 1981.

Nycander G. (1950) Personlighetsutveckling på avvägar. Ericastiftelsens läkepedagogiska institut, Stockholm. Avhandling.

Jonsson G. Delinquent boys, their parents and grandparents. Acta Psych Scand, Vol 3, Suppl 195, 1967.

Ahnsjö S. Delinquency in girls and its prognosis. Doktorsavhandling, Acta Paediatrica, Suppl III, Vol XXVIII, 1941

Otterström E. Delinquency and Children from Bad Homes. - A Study of their prognosis from a social point of view. Acta Paediatrica Suppl V, XXXIII, 1946





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) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. 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 2010-07-14.

*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.



**SLUP
2011**

I samband med ST-konferensen i Varberg 2-4 februari valdes en ny styrelse till SLUP, Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri.

Styrelsen 2011 består av
 Hanna Edberg (ordförande)
 Isak Sundberg (vice ordförande)
 Hrefna Grimsdottir (kassör)
 Sara Öster (sekreterare)
 Sanam Gharaee
 Jonas Eriksson
 Peter Asellus
 Magnus Eneberg
 Pauliina Ikonen
 och Gelawej Bedar.

SLUP kommer under 2011 att arbeta med frågor rörande utbildning, forskning och internationellt samarbete. Vi ämnar sprida ett psykiatrins skimmer över evenemang som AT-stämman, Riksstämman och Framtidens Specialistläkare och självklart försöka rekrytera nya duktiga kollegor! Styrelsen kommer också att arrangera nästa års ST-konferens. Väl mött!

Har Ni frågor, kontakta SLUPs ordförande:
hanna.edberg@sll.se

14

Ethics, Experience & Evidence

th International Conference for
Philosophy and Psychiatry**Ethics, Experience and Evidence:
Integration of Perspectives in Psychiatry**Göteborg, 2-4 september 2011
(inledande kursdag 1:e september)

Konferensen organiseras av *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri*, *Svenska Psykiatriska Föreningen*, *International Network for Philosophy and Psychiatry* och *Göteborgs universitet*.

Denna konferens är en viktig mångvetenskaplig händelse där psykiatriker och filosofer från hela världen utbyter kunskaper och erfarenheter. Det är ett unikt tillfälle för Dig som vill fortbilda dig inom etik, vetenskapsteori och andra filosofiska gränsområden till psykiatrin. Konferensen innehåller vetenskapliga sessioner där Du är välkommen att bidra med föredrag eller poster.

Konferensen hålls på Hotel Riverton, inte långt från Göteborgsoperan och hamnen.

Program och anvisningar för anmälan av bidrag finns på:
<http://sffp.se/eee> Deadline för bidrag: 31 mars

IPULS har granskat och godkänt denna konferens som utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (IPULS-nr: 20100380).

Bild: GöteborgsOperan



GÖTEBORGS UNIVERSITET



Litteraturen som kunskapskälla

Betydelsen av god litteratur för vårt sätt att förstå oss själva, vårt mänskliga predikament och vår omvärld kan inte överskattas. Den ökar kunskapen om människors sätt att tänka och fungera och därmed vår förmåga till empatisk inlevelse i olika människooöden. Många stora romanförfattare beskriver mänskligt lidande, komplikationer i mellanmänskliga förhållanden och svårigheterna med att finna sig tillrätta i tillvaron. Dylka skildringar har viktiga erfarenheter att ge till oss som arbetar inom vården, särskilt inom psykiatin.

Vid sidan av sådan litteratur finns den dokumentära och självbiografiska genren, som inte är mindre angelägen att söka kunskap från. På kort tid har det kommit ut flera böcker som berör psykiska problem och psykiatriska diagnoser samt hur bemötandet och behandlingen varit inom den psykiatriska vården. Ann Heberleins *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* och Arvid Lagercrantz *Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom* är skrivna i jagform, medan Beate Grimsrud i sin bok *En dåre fri* använder tredje person i sin framställning. Alla böckerna består av upplevelsenära och självutlämnande redogörelser för hur den psykiska verkligheten tett sig vid utvecklingen av svåra psykotiska och psykosnära tillstånd. Vad som gör deras vittnesbörd särskilt intressanta och till starka läsupplevelser är den dokumentära stilen och att författarna ger röst åt sina subjektiva upplevelser av det känslomässiga inferno som utspelar sig när man förlorar kontrollen över den egna verkligheten. Den hjälp som står att få inom psykiatin är beskriven som både livsavgörande och diskutabel.

Ytterligare en aktuell författare, som likt de övriga använder sig själv som studieobjekt, är Siri Hustvedt. I sin bok *Den skakande kvinnan eller historien om mina nerver* försöker hon gå till botten med att förstå och finna förklaringar till sina egendomliga symtom. Som lekman har Hustvedt vunnit respekt hos såväl kliniker som neuroforskare för sin nyfikna, utförliga och begåvade granskning av kunskapsläget inom berörda vetenskapliga discipliner.

Heberleins och Hustvedts böcker är intressanta att jämföra eftersom de ställer olika perspektiv mot varandra. Ann Heberlein är klar över sin diagnos bipolär sjukdom och jämför hur den kan vara dödlig såsom cancer och hiv i och med att självmordet i vissa skeden är en lockande möjlighet. Hon är mycket konkret i sin beskrivning av sin sjukdoms yttringar samtidigt som hon inte är särskilt intresserad av att förstå sin egen psykologi i upplevelsen av dessa. Istället uppehåller hon sig vid hur besvären skapar problem för henne i rollen som yrkesperson och familjemedlem.

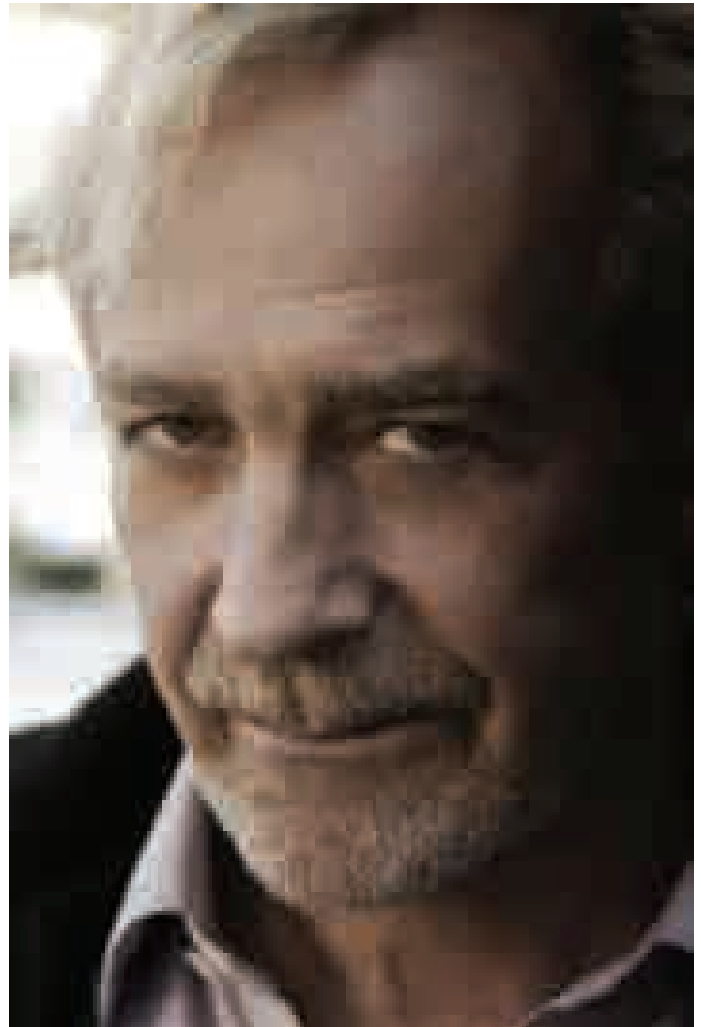


Foto: Olov Rhodin

Siri Hustvedt är mer spörjande om sina symptom, som också är av helt annat slag. De uppträdde plötsligt i form av kroppsliga skakningar när hon höll ett minnestal över sin far som nyligen avlidit. I situationen upplevde hon sig som två personer, den ena en lugn talare och den andra ett skakande vrak. Erfarenheten av denna kluvenhet bildar utgångspunkt till intressanta resonemang om kropp-själ-problemet och om sambandet mellan det psykiskt upplevda och det kroppsligt manifesterade. I början av boken ställer hon den utmanande frågan "Vem är den skakande kvinnan?"

Hon får många diagnosförslag men till skillnad från Heberlein ingen diagnos som framstår som övertygande. Hon kontakter olika specialister, går igenom en rad undersökningar och utreds med allt från psykologiska test till magnetkamera. I sitt sökande

begränsar hon sig inte till vad psykologer, psykiatrer, neurologer, psykoanalytiker och neuroforskare kan bidra med utan tar även med relevanta arbeten av filosofer, sociologer och poeter. Hon kommer in på flera angelägna frågor, som både är av urgammalt datum och som tillhör aktuell forskning. Det gäller bland annat perceptionens förutsättningar, minnets tillförlitlighet, drömmens funktion, diagnosens innebörd och neuropsykologins möjligheter och begränsningar.

Med respekt för den forskningsmässiga nyttan med diagnoser enligt DSM-systemet anser Hustvedt dem i övrigt vara av föga värde i den kliniska praktiken. De har inget förklaringsvärde och blir tomma eftersom de inte tar hänsyn till att varje symptom eller sjukdom har en historia och att denna är specifik för den enskilda individen. Minnet är viktigt för vem vi är och upplevelsen att vara sjuk beror till stor del på personlig bakgrund och kulturella faktorer.

Hustvedt ställer många frågor som hon successivt inser att hon inte kan få svar på från professionella företrädare. Hon är emot all tvärsäkerhet och hävdar att det inte finns någon perceptuell objektivitet. Det insmyger sig subjektiva element i varje bedömning, om det så gäller klinikerns fynd eller forskarens resultat. Hennes omfattande genomgång utmynnar i insikten att symptomet med skakningarna varken är entydigt somatiskt eller psykiskt, varken sjukt eller friskt, utan en del av henne själv och hennes historia.

Samtidigt som de båda författarnas psykiska besvär är olikartade finns det också skillnader i sättet att tänka och resonera.

Heberlein bjuder till närkontakt och inlevelse med de plågsamma och livsfarliga effekterna av sin sjukdom medan Hustvedt vill komma till klarhet med bakgrunden till sina symtom. Gemensamt för författarna är att de medicinerar mot sina besvär och att de uttalar sig föga om psykoterapi som också en möjlig hjälp. ◀

Johan Schubert

**Psykiater, psykoanalytiker, professor i psykoterapi, docent i farmakologi
Stockholm**

Litteratur

Grimsrud, B. (2010). *En dåre fri*. Albert Bonniers förlag.
Heberlein, S. (2008) *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Weyler förlag.
Hustvedt, S. (2009) *Den skakande kvinnan eller historien om mina nerver*. Norstedts förlag 2010.
Lagercrantz, A. (2010) *Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom*. Lind & Co förlag.

"2nd Young Psychiatrists Network Meeting" Riga, Latvia: April 6-8 2011

Föreläsningar

Are the current paradigms of psychiatry still valid?

Norman Sartorius/Schweiz

Coercive measures in psychiatric systems

Andres Lehmetz/Estland

International project collaboration

Olle Hollertz/Sverige

Dealing with bad leaders

Bengt Lagerqvist/Sverige

Personality Disorders: about DSM-V, international differences in conceptualisation and treatment

Peder Björling/Sverige

Dimitry Romanov/Ryssland

Robert Klotins/UK Lettland

Yakov Kotchetkov/Ryssland

Workshops

Organization of outpatient services

Teaching the teachers

International organisation involvement

Legal issues in psychiatry

Use of diagnostic tools in psychiatry

How to write a grant proposal

Future YP education and research projects

Establishing YP organisations

Poster Sessions och Bar Camp

PhD session

Poster session:

"Mental Health legislation/compulsory measures in theory and practice"

Bar Camp

Study Visit Psychiatric Hospital Riga

Intresserad?

Kostnad: 70€

Kontakt: jerker.hanson@telia.com
marie.bendix@me.com

Transmedica är specialist i rekrytering av psykiatriker
-och bidrar till att öka kvaliteten av psykiatribehandling 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 danskt 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 HJÄLPER 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 psykiatrins 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





Bokrecension

Sofie Bäärnhielm

Boktips om barn och kulturmöten!

Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer, en bok på norska, skriven av Cecilie Jávo och utgiven av Universitetsforlaget i Oslo.

Författaren är barnpsykiater, med dr och överläkare vid Samisk nasjonalt kompetansesenter- psykisk helsevern (SANKS), avdeling for barn og unge i Karasjok i Norge. Boken handlar om kulturens betydelse för barns utveckling, socialisering, barnuppfostran, bedömning och behandling av barn med beteendestörningar. Jávo har ett särskilt fokus på samiska barn men belyser även mötet med barn i migrations- och minoritetssituationer.

Jávo går igenom grundläggande begrepp som etnicitet, ackulturation och ger referenser till aktuell forskning och kunskapsutveckling. Hon ger en intressant belysning av vikten av en sund etnisk identitetsutveckling hos barn och hur kultur och sociala villkor påverkar barn och barnuppfostran. Vidare beskriver hon hur uppfattningar om normalitet kan skilja sig och hur detta påverkar både bedömning och eventuell behandling av beteendeproblem.

Boken innehåller många exempel, varav flera handlar om samiska barns möte med skola, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri. Exempelen belyser konkret hur skillnader i kultur och normer påverkar barns beteende och hur detta kan

väcka olika reaktioner och värderingar i omgivningen. Jávo lyfter fram betydelse av en kulturell sensitivitet vid bedömning och behandling av barn. Det som i ett samiskt sammanhang ses som normalt kan i ett norskt uppfattas som avvikande. Exempelen är intressanta, nyanserade och tänkvärda.

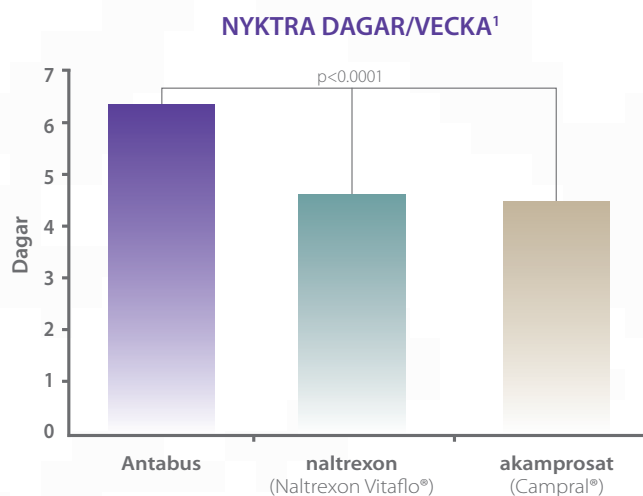
Socialisering och förväntningar på barn i olika kulturella sammanhang beskrivs. Här blir Jávo ibland väl svepande i sina omdömen, som när hon t.ex. hänvisar till islamisk barnuppfostran på ett allmänt sett. Trots denna svaghet är boken överlag mycket intressant, aktuell, välskriven och förmedlar ett djup i betydelsen av barns situation, kultur och komplexiteten i bedömning och behandling. Det är lätt att föra över exempel och resonemang från Norge till en svensk situation. ◀

Sofie Bäärnhielm
Överläkare, med dr
Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting



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, manifesterade psykoser, 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



Detta är ett foto från 2008 från ett besök på Rockefeller University i New York City

Psykiatriforskning – för våra patienter

Det krävs rätt mycket av oss inom den så kallade akademiska psykiatrin, att (1) behärska ett forskningsområde, (2) få och ge professionell handledning, (3) söka och få anslag, (4) handla etiskt, (5) skaffa empiriska underlag, (6) behandla hårda såväl som mjuka data av vitt skilda slag, (7) inlemma allting i ett dagsaktuellt internationellt sammanhang, (8) få arbeten publicerade i "bra" tidskrifter, (9) verka med nit och redlighet, samt (10) överleva som privatperson och ha ett drägligt familjeliv. Ömsesidigt stöd behövs.

Begreppet "forskning" har ibland urholkats/trivialiserats. Man kan antingen beskriva en bild eller ett förlopp (deskriptiv forskning) eller testa en hypotes eller en teori – förkasta den eller bli alltmer övertygad om att den är sann. Vad som är forskning idag kan möjligen bli behandling imorgon. Vägen dit är lång och farofylld. Av exempelvis alla molekyler som har chans att bli kliniskt användbara läkemedel sällas en mycket stor majoritet bort på vägen. För dagen intressanta forskningsresultat löper risk att imorgon uppfattas som bara märkliga påståenden.

Forskning är en universell företeelse, och i den mån den levererar odiskutabla medicinska sanningar så gäller det för alla jordens människor. Metoder kan användas oberoende av kultur och geografi. I den legendariska boken *Alcoholismus chronicus* (1849 och 1851) av medicinprofessorn Magnus Huss vid Karolinska Institutet nämns att 30-50 % av patienterna vid dåtidens mentalsjukhus hade alkoholetiologi. Det torde vara ungefär likadant idag, men alltför många allmänpsykiatrer har tunnelseende och blinda fläckar, även om begreppet samsjuklighet har vuxit sig tämligen starkt. Hur mycket bättre har vi blivit på att hjälpa våra komorbida patienter?

Att få känna sig hemma i samarbetande forskargrupper är en fin känsla. Bild 1 är ett foto från 2008 från ett besök på Rockefeller University i New York City hos professor Mary Jeanne Kreek, adjungerad professor vid KI och hedersdoktor vid Uppsala universitet. Längst till höger i soffan sitter den då nyutnämnde chefen vid Centrum för psykiatriforskning, professor Johan Franck, och stående längst till höger Ulf Rydberg.



Från Utrecht 2010

Vad vi lär oss utomlands måste tas med hem till Sverige – och vice versa. Bild 2 är från Utrecht 2010 – internationell expertgrupp med professorerna Gabriella Bammer från Canberra, Michael Gossop från London, Mary Jeanne Kreek, Ulf Rydberg, Charles O'Brien från Philadelphia och Jean-Pierre Lépine från Paris.

Psykiatriska forskarskolor bedrivs nu på två ställen i Sverige med finansiellt stöd från Vetenskapsrådet – Karolinska Institutet & Uppsala universitet samt Sahlgrenska akademien i Göteborg & Lunds universitet. Alla doktorander, oberoende av avhandlingens fokus, ges en kursgång som täcker allt från psykiatriska mätmetoder till neurokemi, från skattningsmetodik till epidemiologi, från hur man skriver en bra anslagsansökan till hur man hanterar en forskningsetiknämnd. Doktoranderna får ett gemensamt kunskapskorpus oberoende av professionell bakgrund – läkare, psykolog, sjuksköterska...

För att göra psykiatrisk forskning stark och konkurrenskraftig krävs samarbete mellan landsting och stat/universitet. Centumbildningar är aktuella på flera ställen i Sverige. I Stockholm har redan bildats Centrum för psykiatrforskning med lika finansiering från KI och Stockholms läns landsting. I Göteborg kommer under 2011 ett Psykiatricentrum att etableras på Sahlgrenska universitetssjukhusets centrala tomt med kort promenadavstånd till Medicinarberget. Forskare behöver närhet till varandra för att nå den berömda "kritiska massan".

Fungerande bibliotek, seminarier/symposier och fikarum är viktiga komponenter, även om en hel del kontakter kan skötas virtuellt. I Stockholm ordnades 2010-12-01 "Psykiatrins FoUU-dag" då 10 föredrag och över 60 posters presenterades.

Det utvecklingsarbete vi kan bedriva inom psykiatrin ska i den mån det går baseras på vetenskaplig evidens. Vägen från forskning till praktisk sjukvård skall vara kortast möjlig. Implementering är ett nyckelord. Centralt för framtiden är att yngre kolleger får forskarutbildning, kommer in i fungerande forskargrupper och kreativa miljöer och bereds möjligheter till studiebesök. Utvecklingsarbetet som varje ST-läkare ska ägna sig åt blir en utmärkt brygga till forskning. Klinik och aktivt utvecklingsarbete måste komplettera och inte motarbeta varandra.

Ulf Rydberg
Professor emeritus

Karolinska Institutet
Centrum för psykiatrforskning

Hans Ågren
Professor
Sahlgrenska akademien
Psykiatricentrum

Foto: Privat

Hjärnmaterialismen har inte förklarat själen

Tord Bergmark försvarar i sin artikel "Själ och odödlighet" (SP nr 2 2010) materialismen med vetenskap men också genom "guilt by association". Att ta icke-materialistiska hypoteser på allvar uppfattas som dualism, vilket jag kan förstå, men det är inte nödvändigtvis korrekt¹. Vidare att dualismen är en närmast religiös ståndpunkt som har sin grund i ett behov av trösterika föreställningar, men är en "hittills grundlös illusion".

David Chalmers och de olösta "hard problems"

Men det är inte något behov av tröst som är grunden till att kritisera hjärnmaterialismen, dvs. att medvetandet och själen helt kan förklaras av hjärnan. Grunden är helt enkelt att ingen hittills har kunnat vetenskapligt förklara medvetna upplevelser, kvalia, utifrån hjärnprocesser. Då Bergmark själv skriver om "hjärnan, vars mirakulösa systemfunktioner ännu bara kan anas" har han rätt såtillvida att här krävs ett mirakel. Men ingen har ännu kunnat beskriva detta mirakels vetenskapliga natur. Hur kommer det sig då att kloka människor så kategoriskt hävdar att hjärnmaterialismen är den enda möjliga lösningen?

Den australiensiske filosofiprofessorn David Chalmers² har i en banbrytande artikel i Sc American 1995 beskrivit "the easy problems" som handlar om beteende, hur vi kan gå, tala, mm och här är mekanismer i hjärnan bra och tillräckliga förklaringar. Medan the "hard problems" handlar om första persons perspektiv, den subjektiva upplevelsen hur det t.ex. "är att uppleva röd färg". Chalmers slutsats, som jag helt delar, är att "the hard problems" inte kan lösas med neurobiologi och kognitiv teori utan kräver att medvetna upplevelser ses som en helt ny fundamental kategori.

Kan nära döden-upplevelser förklaras som hallucinationer?

Jag anför inte nära döden-upplevelser (NDU) och utomkroppsliga upplevelser (UKU) som något bevis men som tydliga empiriska data som jag tror kan hjälpa oss att lösa medvetandets "hard problems". Bergmark menar dock att hallucinationer, dvs. hjärnprocesser, är "rimligare och tillräckliga förklaringar" till t.ex. NDU/UKU, än att själen kan existera utanför och oberoende av kroppen och hänvisar till den finlandssvenske filosofen Hans Rosing³. Tidigare har Rosing gällande NDU/UKU med varseblivningar som stämmer med den objektiva verkligheten skrivit⁴

"... nära till hands att tolka upplevelserna som hallucinationer. Mot detta tycks dock UKU med sin rikedom på korrekta detaljer tala... Den enda utväg jag kan se att det måste vara något slags hallucinationsliknande upplevelser som av okänd anledning är mycket korrekta".

Och han är i boken Medvetandets Filosofi⁵ ännu tydligare. NDU/UKU som stämmer med verkligheten tolkar han som hallucination plus ESP (extra sensorisk perception) som i sin tur skulle bero på informationsöverföring via ett okänt medium. Visst är det möjligt men en spekulering som går långt utöver det vi vet om vanliga hallucinationer. Och hallucinationsförklaringen är rimlig och tillräcklig också bara om vi redan utgår från att hjärnan är tillräcklig för att förklara medvetna upplevelser överhuvudtaget. Och det är precis det som jag och flera med mig ifrågasätter.

Vad är mest absurt?

Rosing menar att om man verkligen såg något i en UKU måste själen vara utrustad med en synförmåga som är helt analog med kroppens⁶. Han beskriver sen hur energin i ljuset, elektromagnetisk strålning med vissa våglängder, i ögats näthinna ger upphov till elektriska impulser som fortplantas via synnerven till hjärnbarken, "... en ytterst komplicerad mekanism.... Det är absurt att tänka sig att det skulle finnas ett annat synsinne hos själen som reagerar på precis samma våglängder men utan näthinna, kemiska processer, nervsystem osv. Det kan följaktligen bara finnas en rationell förklaring till dessa berättelser och att den visuella informationen på ett eller annat sätt härstammar från normala mänskliga synsinnen".

Men varken Rosing eller någon annan har förklarat hur dessa komplexa elektrokemiska upplevelser i hjärnan kan ge upphov till upplevelse, "the hard problem". Det är, enligt min syn, istället så att just dessa upplevelser utan öga och hjärna innehåller en möjlig lösning på the "hard problem" om medvetandet!

Jag upprepar från mina förra artikel en slutsats och en fråga som ingen svarat på.

"Det går aldrig att bevisa själens icke-existens och själshypotesen är därför inte möjlig att falsifiera och i enlighet med Poppers kriterier därför inte en vetenskaplig hypotes utan ska med rätta betraktas som en tro.

Men precis detsamma gäller den materialistiska uppfattningen! Den är tillsynes inte heller falsifierbar och därför med samma kriterium en trosuppfattning! Den som inte håller med om detta måste jag be att presentera ett enda faktum som går att observera i detta liv, livet före döden, och som de skulle vara tvungna att acceptera som motbevis till att hjärnan är en nödvändig förutsättning för medvetna upplevelser!"

Bergmark skriver "Våra själsliga förmågor förklaras bäst av en (mirakulös och besjälad) materialism. När vi dör så gäller det således hela människan med sin hjärna och själ och det är slutgiltigt för oss människor". Jag har full respekt för hjärnmaterialismen som en möjlighet, men den är och kan endast vara en trosuppfattning och det är märkligt att vi inte kan vara överens om detta.

Åter till Chalmers analys

Hans slutsats, är att the "hard" problem inte kan lösas med neurobiologi och kognitiv teori utan kräver att medvetna upplevelser ses som en helt ny fundamental kategori,

Detta är inte något nytt i vetenskapens historia; t.ex. försökte man förklara elektricitet mekaniskt men var tvungen att överge det och laddning är en fundamental egenskap som inte kan reduceras till tidigare kända egenskaper som t.ex. massa. Och Maxwells berömda formler är en helt ny typ av strukturlagar som inte kan reduceras till den tidigare Newtonska mekaniken. Ändå kan vi både beskriva och praktiskt använda elektromagnetismen.

Så det är i sig inget avsteg från vetenskaplighet att påstå att medvetna upplevelser är en ny fundamental kvalité som inte kan förklaras av kända materiella strukturer och funktioner i hjärnan utan kräver helt nya samband.

Låt mig påminna om relativitetsteorins uppkomst. Det var först med Einsteins radikala omvändning att, i stället för att se det som ett problem att vi i experiment inte kunde mäta upp förväntade olika hastigheter för ljuset, postulera att ljuset alltid har samma hastighet i vakuum helt oberoende av ljuskällans rörelse, trots att det inte gäller något annat fysikaliskt fenomen och därmed stred mot all annan erfarenhet, som man kunde gå vidare med en konstruktiv teori.

En möjlig lösning på "the hard problem"

Eftersom ingen har kunna ge en vetenskaplig förklaring av hur hjärnprocesser "skapar" medvetna upplevelser, är det rimligaste att dualismen har rätt och att en enkel och radikal lösning på medvetandets "hard problem" är att postulera att medvetandet inte kan identifieras med något i hjärnan. Men jag menar att materialisterna också har rätt åtminstone när det gäller sinnesupplevelser och att dessa är materia. Men inte identiska med hjärnprocesser som de inte liknar eller har samma egenskaper som, utan med den verkliga materien utanför hjärnan, i kroppen och i rumtiden, som de dessutom precis också liknar. Idén är inte ny utan har bl.a. framförts redan 1897 av den franske filosofen Bergson⁷, av den svenskamerikanske astronomen Gustaf Strömberg⁸. Så medvetna upplevelser finns överallt utom just i hjärnan!

Enligt Einsteins relativitetsteori är rumtiden mer fundamental än rum och tid för sig.

Jag menar att det är fullt logiskt möjligt att tolka NDU/UKU, där personer ser hela sitt liv på en gång, som att vi också direkt kan uppleva den fyrdimensionella rumtiden och att det därför är rimligt med det enkla men radikala postulatet att upplevelser är identiska med processer i rumtiden, men inte nödvändigtvis med processer i hjärnan som bara är en liten del av rumtiden.

Bergson⁷ och Strömberg⁸ föreslår att minnen inte behöver lagras i hjärnan för allt som har hänt finns kvar i rumtiden! Och allt som ska hända finns redan i rumtiden. Om vi bara hade fyra dimensioner, tre rums- och en tidsdimension skulle allt vara förutbestämt. Men vår direkta upplevelse är att vi har en fri vilja och i kvantmekaniken är inget helt förutbestämt utan vi kan bara beskriva flera möjligheter.

Detta går att förstå om vi använder oss av den matematiskt möjliga generaliseringen av den fyrdimensionella rumtiden till en sexdimensionell rumtid med tre rums- och tre tidsdimensioner¹¹.

Det jag skissat här är en möjlig lösning. Självklart återstår en mängd intressanta och svåra problem men de är att hänföra till kategorin "easy" problems i Chalmers mening, då de helt rör struktur och funktion, men nu inte bara i hjärnan, utan i den sexdimensionella rumtiden.

Jag välkomnar alla, hjärn- och medvetandeforskare, särskilt materialister, till att med ny frimodighet ge sig i kast med alla spännande och svåra "easy" problems i ljuset av detta nya postulat att medvetandet är identiskt med processer i den sexdimensionella rumtiden. ◀

Jan Pilotti

Fil kand (matematik, teoretisk fysik)

Överläkare BUP Universitetssjukhuset i Örebro

Detta är en sammanfattning av en längre artikel som kan läsas i sin helhet på www.svenskpsykiatri.se

1. Jag anser förvisso att kritiken mot dualismen är överskattad men jag betraktar mig inte som dualist utan som neutral monist (OBS ej neural) (se "Relativitetsteorin och medvetandet" på www.drpilotti.info/). Min personliga uppfattning är också att inga naturvetenskapliga fakta kan motbevisa en tro på själen, liv efter döden och Gud, se "Kan naturvetenskapen verkligen förvisa Gud till att vara ett hjärnspöke" på min hemsida.
2. Chalmers har en hemsida med det mesta han skrivit <http://consc.net/chalmers/>. Länkar till några artiklar och korta bra videos även via www.drpilotti.info/medvetande.html
3. Rosing, H. Den personliga identiteten och livets mening, Schildts, 1986
4. Rosing, H. Hufvudstadsbladet, Helsingfors s. 3 24 dec 1982
5. Rosing, H. Medvetandets filosofi. Akademilitteratur, Stockholm, 1982, s. 138,140
6. Och som framgår senare har han rätt, fast det är nog tvärtom; även när vi är i kroppen ser vi med själen.
7. Bergson, H. Materia och minne. En undersökning av kroppens förhållande till själen, Wahlström & Widstrand Stockholm 1937, franskt original 1897. Den "rena perceptionen" är i de materiella föremålen. Men perceptionerna genomträngs av erinringar, minne, som är det själiska så det blir något mer.
8. Strömberg, G: The Soul of The Universe, Educational research Institute, North Hollywood, California, 1970, org 1940
9. För introduktion till rumtiden och Einsteins relativitetsteori samt den matematiska grunden för en sexdimensionell rumtid och också heuristisk tolkning av medvetandet i sex dimensioner se www.drpilotti.info/tachyons.html



NCP 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
5 - 9 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 - 9 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 differences 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

Psykiskt sjuka behöver få hjälp att sluta röka

Sjukdomarna

Alla som röker skadas av sin rökning och varannan dör i förtid. Statistiskt sett förkortas livet med 10 år och rökningen ger upp till 20 gånger så hög risk att få ett 40-tal sjukdomar som kan sätta ner livskvaliteten allvarligt (3). Tobaksrelaterade sjukdomar, till exempel hjärtinfarkt och lungsjukdomar, är särskilt vanliga hos personer med psykisk sjukdom på grund av högre konsumtion. I den här gruppen förkortas livet med i genomsnitt 25 år och rökningen anses vara en av de största orsakerna till det, tillsammans med övervikt, diabetes och högt blodtryck (6, 7, 8).

Ekonomi

Att röka är mycket dyrt och många med psykisk sjukdom är starkt nikotinberoende storrökare (9). En konsumtion på två-tre paket cigaretter per dag rapporteras inte vara ovanligt bland personer med schizofreni. Medelpriset 2010 var 47:50 för ett paket med 19 cigaretter och den som röker två paket betalar 34 000 kr netto per år. En undersökning från Socialstyrelsen visar att det är fem gånger så vanligt att psykiskt sjuka avstår från sjukvård, tandvård och läkemedel för att de inte har råd, som att genomsnittsinvånaren gör det. Ändå ingår inte personer med diagnos schizofreni i undersökningen, och det är troligt att dessa har ännu sämre ekonomiska villkor (10). Förutom nedprioritering av vård och mediciner kan det handla om att tvingas avstå från mat, kläder och sociala aktiviteter.

Metoder för rökavvänjning

Det finns idag goda möjligheter att hjälpa rökare som vill sluta med hjälp av rådgivning och rökavvänjning som bygger på principer för kognitiv beteendeterapi, i kombination med läkemedel (nikotinläkemedel, bupropion, vareniklin) (3). Man stöter ofta på föreställningen om att det finns en "hård kärna" av psykiskt sjuka och socialt utsatta som inte kan sluta. Forskning stöder inte detta antagande. Istället tycks det i huvudsak bero på motivationen och omgivningens attityd och stöd om rökare slutar. Studier visar att många med psykisk sjukdom kan lyckas väl med att sluta röka, men de kan uppleva svårare abstinens och processen kan ta betydligt längre tid med fler återfall längs vägen (11, 12, 13). Det rekommenderas att inleda rökavvänjningen med nedtrappning, särskilt för storkonsumenter (13). Minskad konsumtion är värdefullt i sig och många tycks kunna bibehålla en reduktion. I enstaka fall kan det vara det enda mål som går att nå (14).

Effekter av att sluta röka

Att sluta röka har många positiva effekter för hälsan, konditionen, ekonomin och självförtroendet.

Rökningens effekter på hälsa och privatekonomi är förödande och drabbar personer med psykisk sjukdom särskilt hårt. Rökprevalensen bland psykiskt sjuka är minst dubbelt så hög som i befolkningen (1). I en undersökning av öppenvårdspatienter i psykiatri i Gävleborg 2008-2009 var 56 % rökare jämfört med 13 % i befolkningen 2009 (2, 3). Minst två tredjedelar av rökarna vill sluta och studier tyder på att många med psykisk sjukdom är lika motiverade att sluta röka som andra. I Gävleborgsundersökningen ville 67 % sluta och 58 % av dessa ville ha hjälp. Många vill även sluta snusa (2, 3, 4, 5).

Hos personer med schizofreni finns en tendens att rökstopp minskar ångest, depressivitet, brist i affekter och motivation samt känslomässig och social tillbakadragenhet (15, 16, 17, 18). När det gäller personer med depression tyder vissa studier på att depressiva symtom respektive risken för att få en ny depression i regel antingen är opåverkad eller minskar (19, 20, 21) medan andra visar ökad risk för en ny depression (22). Hos personer med ångestsjukdom brukar rökstopp medföra minskad ångest (23, 24). Den allra första veckan av abstinensfasen kan dock vara svår för många med nikotinsug, oro, rastlöshet, nedstämdhet, irritation, ilska, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar. Det finns flera sätt att lindra nikotinabstinens, främst läkemedel för rökavvänjning (3) men även att äta ordentligt för att minska risken för lågt blodsocker (som skapar nikotinsug) och viktuppgång. Fysisk aktivitet underlättar rökstopp.

Interaktion med neuroleptika

Rökning ökar aktiviteten i leverns enzymesystem CYP1A2 som metaboliserar många neuroleptika (t.ex. klozapin, olanzapin) vilket minskar koncentrationen i plasma med upp till 50 % av dessa läkemedel. Rökare har därför typiskt sett lägre plasmanivåer eller står på högre doser neuroleptika. Det tros vara en av anledningarna till att patienter med schizofreni röker så intensivt – att ju mer de röker desto mindre biverkningar upplever de av neuroleptika. Vid rökstopp minskar enzymaktiviteten snabbt och plasmakoncentrationen av läkemedel kan nå toxiska nivåer på några dagar (25, 26, 27). Den individuella variationen är dock stor - i en studie varierade koncentrationsökningen mellan 14 och 260 % (28). Patienten kan i extremfall uppleva mycket kraftiga biverkningar (som kramper, koma, stupor, akatisi, akinesi). Återfall i rökningen kan bli resultatet även vid mindre uttalade problem.

Det rekommenderas att plasmanivåerna mäts före rökstoppet, att medicineringen minskas med omkring 10 % per dag under fyra dagar efter rökstoppet och att plasmanivån därefter kontrolleras igen (25, 29). Vid återfall i rökning behöver doseringen av neuroleptika justeras upp igen och patienten måste informeras om detta. Även opiater, barbiturater, bensodiazepiner och tricykliska antidepressiva läkemedel metaboliseras via CYP1A2, och de två senare kan ofta minskas med omkring 25 % efter rökstopp (30, 31).

Vad behöver göras?

Det är av stor betydelse för patienternas motivation att personalen inom den psykiatriska vården visar att de tar tobaksbruket på allvar genom att fråga om tobaksvanor, göra kopplingen mellan tobaksbruket och olika problem eller sjukdomstillstånd tydlig, och ge råd om hur patienten kan sluta med tobak om hon/han vill. En ny undersökning visar att trots att 60 % av psykiatriklinikererna anser att rådgivning om tobak och rökavvänjning ingår i deras uppdrag så är det endast omkring en femtedel som ofta eller alltid erbjuder samtal om rökningens konsekvenser respektive rökavvänjning. Somliga gör det aldrig (32). Psykiatriska kliniker bör integrera rådgivning om tobak i rutinverksamheten. Personalen bör få grundläggande kunskaper om tobaksbruk och dess konsekvenser och om hur de i det löpande arbetet kan stödja patienter att sluta med tobak, samt vart de kan hänvisa för tobaksavvänjning om de inte själva kan hjälpa till. Sluta röka-linjen 020-84 00 00 kan utgöra ett komplement för patienterna, och handleder även personal kostnadsfritt. Om personalen underlåter att beröra frågan om rökningen kan det för patienten bli ett bevis för att det är ofarligt att röka, alternativt att personalen bedömer att personen inte är kapabel att sluta, vilket kan bidra till att många inte ens försöker sluta. Personer med psykiska problem kan vara extra lyhörda för att fånga upp signaler från behandlande personal eftersom de är rädda att göra något som kan försämra det psykiska tillståndet. Samtidigt litar de på personalen, att de får kunskap om faktorer som kan påverka hälsan positivt.

Det är också viktigt att psykiatriska kliniker har en genomtänkt tobakspreventiv policy. Inriktningen bör vara att skapa en stödjande miljö som underlättar rökstopp. Samtliga landsting/regioner har idag policies om rökfri inomhusmiljö och 19 landsting/regioner har även infört rökfri eller tobaksfri arbetstid för personalen (33). Psykiatriska kliniker både i Sverige och i andra länder som infört en rökfri miljö har goda erfarenheter.

Ny skrift för psykiatrin

Läs mer i skriften *Rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatrisk vård, beroendevård och socialtjänst* som publiceras inom kort av organisationerna Psykologer mot Tobak, Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak och Tandvård mot Tobak. Skriften distribueras kostnadsfritt till psykiatrin genom landstingens kontaktpersoner för tobaksprevention och kan förhandsbeställas från vårt kansli, professionals@globalink.org.

Organisationerna erbjuder även utbildning.

Psykisk sjukdom ger i sig ett starkt socialt stigma. Patienterna riskerar att utsättas för ett dubbelt stigma om vi signalerar till dem och deras anhöriga att deras problem med rökningen inte är värda att tas på lika stort allvar som andra människors problem med rökning.

Tony George och Douglas Ziedonis, forskare på området rökning och psykisk sjukdom

Barbro Holm Ivarsson

Leg psykolog, konsult, ordförande i Psykologer mot Tobak
barbro.holm-ivarsson@telia.com

Hans Gilljam

Professor vid Karolinska Institutet, ordförande i Läkare mot Tobak
hans.gilljam@ki.se

Referenslista finns på hemsidan

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

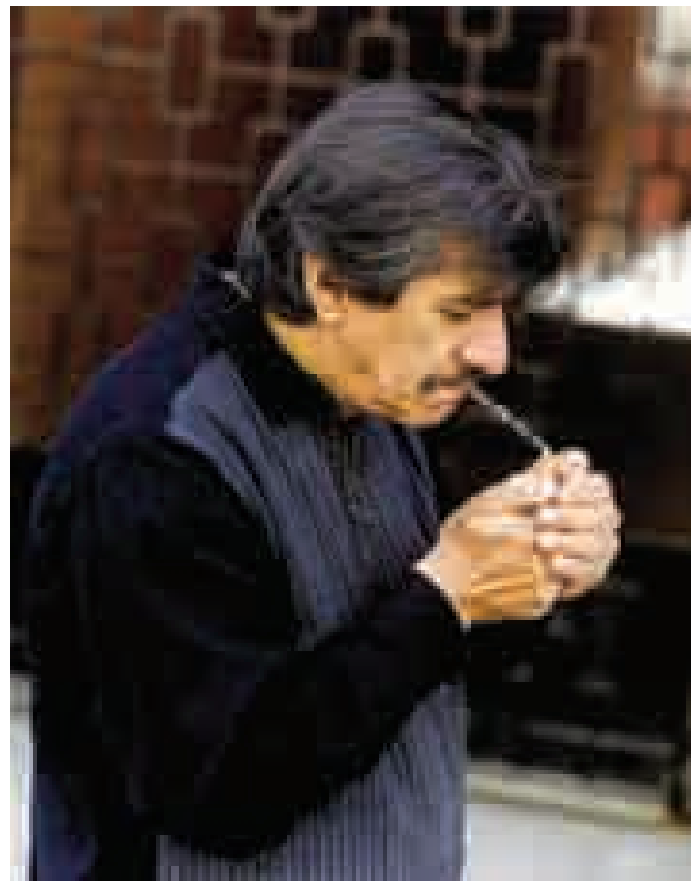


Foto: Mats Lundqvist.

Bättre vård – mindre tvång

Över 50 team från hela landet har nu påbörjat ett arbete att utveckla den psykiatriska heldygnsvården.



Foto: Susanne R Suvanto

I december 2009 slöts en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet om en nationell satsning på den psykiatriska heldygnsvården. 50 miljoner per år i tre år avsattes för att stimulera utvecklingen genom ett stödjande metodiskt förbättringsarbete. Målet är att minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse i samband med tvångsvård och tvångsåtgärder, samt öka kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder. Tre kunskapsområden är i fokus – etik, juridik och praktik – där det senare bland annat handlar om hur evidensbaserad kunskap kan användas i vardagsarbetet.

En grundbult i det treåriga projektet är så kallade Genombrottsprogram som är en systematisk metod för att genomföra små förändringar i den praktiska vardagen. De verksamheter som deltar utser team med cirka 5 – 7 deltagare som leder och genomför förändringsarbetet under en period på sju månader. Under den tiden deltar teamen i tre till fyra lärandeseminarier där det ges möjlighet att inhämta stimulans, kunskap och inte minst få möjligheter att dela erfarenheter med andra verksamheter från hela landet. Varje team har också en coach som resurs i utvecklingsarbetet.

För att kunna hålla patientfokus levande har Attitydambassadörer från (H)järnkoll engagerats i arbetet. Det är människor med egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård som patient eller närstående.

Faktaruta

Bättre vård – mindre tvång – ett nationellt projekt som omfattar all psykiatrisk heldygnsvård (Allmänpsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri, Äldrepsykiatri och Rättspsykiatri) under perioden 2010-2012.

Projektchef: Ingmarie Wieselgren

Projektledare: Eva Westerling

Projektkoordinator: Karolina Nordh

Läs mer: www.skl.se/tvangsvard

Viktigt att läkaren är med

Psykiatrikern är en nyckelperson i den psykiatriska heldygnsvården när det gäller tvång eftersom det är på hans eller hennes direktiv som tvångsvården utförs. Därför är det angeläget att läkaren också aktivt är med i utvecklingsarbetet. Herman Holm, överläkare i region Skåne, är en av medarbetarna i den projektgrupp från SKL som leder arbetet. Han menar att tvång och tvångsvård alltid kommer att vara en utmaning, inte minst ur etisk synvinkel.

- Jag menar att sådana saker som bältesläggning, tvångsmedicinering och avskiljning måste ske på ett professionellt sätt. Vi kan alltid förbättra och utveckla oss. Ser vi på våra nordiska grannländer så har man kunnat visa att man med ganska enkla förebyggande metoder kunnat få ner antalet tvångsåtgärder på de flesta håll, säger Herman Holm.



Foto: Herman Holm

En viktig framgångsfaktor för utvecklingsarbetet är lyhördhet för patientens behov. Herman Holm menar att en bra dialog och kunskap kring enskilda patienters specifika behov också kan reducera behovet av tvång.

Stort engagemang

Herman Holm säger att intresset för Genombrottsprogrammet och temat kring tvång har känts fantastiskt. Det är så många team från hela landet – från Öjebyn utanför Piteå till Trelleborg – som med kraft gripit sig an uppgiften. Och ännu fler team kommer att börja sitt arbete nu under våren och hösten.

Det är ingen tvekan om att det är ett stort arbete inom ett utmanande och viktigt område som rullat igång. Trots mycket arbete för de deltagande teamen plus den egna vardagen med allt vad det innebär är det roligt att se med vilken glädje och inspiration alla deltar. Det kommer vara viktigt att fortsätta följa utvecklingen och stödja arbetet både för patienterna och personalens skull. ◀

Susanne Rolfner Suvanto
Utbildningskoordinator
Avd för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

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



Kreativt Gestaltande Terapier

Om estetiska upplevelser, skapande och helhetssyn i psykiatri

Denna artikel handlar om den estetiska upplevelsen och det konstnärliga skapandets plats i psykiatri och inom vårdklimatet i stort. Den bygger på 30 års erfarenhet av att arbeta inom allmänpsykiatri med Kreativt Gestaltande Terapier (KGT) i form av bildskapande och musiklyssning, (Guided Imagery and Music, GIM).

I min avhandling om KGT i psykiatri (Körlin 2005) beskrev jag ett 5 veckors gruppbehandlingsprogram (Spektrum) som syftade till integration genom musiklyssning (Körlin 2004), bildskapande, psykodynamisk och kognitiv grupp samt kroppskännet. Denna avhandling har en empirisk del där skillnader i kvantitativt utfall för olika undergrupper beskrivs (trauma och kön). Avhandlingen innehåller också en översättning och validering av DES (Dissociative Experiences Scale). Den viktigaste slutsatsen är att traumarelaterade kroniska stressstillstånd är ett indikationsområde för KGT och GIM. Alla exemplar har gått åt, varför avhandlingen nu har återutgivits i utvecklad och redigerad form och kan beställas via nätet (Körlin 2010). För närvarande pågår även ett doktorsarbete drivet av Margareta Wårja som är GIM-terapeut, uttryckande konst-terapeut och legitimerad psykoterapeut. Det utgörs av en kontrollerad studie av KMR (Korta Musikresor, en tillämpning av GIM) i det psykologiska omhändertagandet av kvinnor med gynekologisk cancer. Erfarenheterna från GIM och Spektrum har legat till grund även för mitt arbete att diagnostisera och omhänderta Andliga kriser (Körlin 2007)

Konstnärlig gestaltning kan vara att måla en bild, spela musik, dansa ett inre tillstånd, eller spela en roll i ett psykodrama. Den yttre gestaltningen springer ur en inre "bild" som hämtas ur sinnenas minnesbankar. Den inre bilden består då inte bara av bildminnen utan av känslominnen, kroppsminnen och andra sinnesminnen. Det finns en mening i att vissa av dessa minnen träder fram i ett givet ögonblick. I varje situation finns känslor, kroppsförnimmelser, inre motstridiga strävanden, yttre problem som måste hanteras. Det finns en förhistoria och positiva och negativa förväntningar om resultatet av stundens handlande. Vår bildfantasi strävar hela tiden att sammanfatta, eller som grekerna sade "kasta samman" (symbolon) allt detta till mångtydiga inre bilder. Sådana mångtydiga symboler har kallats "analoga" efter filosofen Suzanne Langer (1957, Siegel 2002). De är svårtillgängliga i vardagstillståndet, när vi befinner oss i logiskt, rationellt "mode". För att få kontakt med den analoga domänen behöver vi stoppa den logiska tanken och skifta uppmärksamheten inåt, vilket innebär ett förändrat medvetandetilstånd genom avslappning eller meditation. (Jag talar här om buddistisk meditation i en Kreativt Gestaltande kontext till skillnad från Mindfulness inom KBT). Vår estetiska lust och skaparglädje driver sedan en yttre gestaltning av de inre bilderna.

I vardagstillståndet domineras uppmärksamheten av de yttre sinnesintrycken och de logiska, språkligt formulerade tankarna som också kallats "digitala" symboler (Siegel, 2002).

Med de digitala symbolerna ordnar vi verkligheten i logiska resonemang, begrepp och "klasser" av företeelser. Vanligen är vi dominerade av språket, begreppen och tankarna. Men den analoga världen och de dissocierade minnena (mer nedan) ligger och bubblar och kan eskalera och "störsända" de rationella processerna. I KGT handlar det om att smidigt kunna skifta mellan, och integrera, de två medvetandetilstånden - problem uppstår när det ena eller det andra får dominera. Den imaginativa, konstnärliga aktiviteten i KGT syftar till att främja språkets kontakt med det analoga och det dissocierade. Slutmålet är en språklig berättelse om inre tillstånd, relationer, nuet, historien och framtida möjligheter.

GIM, eller BMGIM (Bonny Method of Guided Imagery and Music), är en av många metoder att arbeta i den analoga världen, en annan i Sverige vanlig metod är Symboldrama. I GIM väcks inre bilder, känslor och minnen genom att klienten/patienten (resenären) lyssnar på klassisk musik i avslappnat medvetandetilstånd. Under musikupplevelsen sker en dialogisk "guidning" där terapeutens uppgift är att tona in i och uppmuntra den inre upplevelsen med minimal egen agenda för vad som skall hända. Guiden frågar till exempel "vad är du medveten om", "berätta mer", "hur ser det ut", "hur är det (att uppleva detta)" etc. Guidningen sker inte via ögonkontakt utan genom röstens klang, tonfall och prosodi. Resenärens ögon är ju slutna under musiklyssningen.

Guidens aktivitet är kvalitativt annorlunda än den psykodynamiska eller kognitiva terapeutens. Det är uppmuntran och nyfikenhet i ögonblicket som gäller med en agenda att låta skeendet utvecklas och förändras spontant. Upplevelsen gestaltas efteråt, vanligen genom målandet av en bild, och bilden undersöks med samma uppmuntrande förhållningssätt. Först därefter kopplar man in sin teori och sina tekniska verktyg. GIM är, inom vissa gränser, teorilöst. Guidningen är dock knuten till samtalsmetodik och förhållningssätt som utvecklades inom den humanistiska psykologin och har beskrivits av främst Carl Rogers (1954, 1961). För kliniska ändamål har GIM modifierats och strukturerats. Exempel är olika gruppformer, som på Spektrum (Körlin 2003), och korta fokuserade former, såsom Korta Musikresor (KMR), (Wårja, pågående doktorandprojekt), och Musikandning (Körlin 2010).

Ett teoretiskt underlag för KGT finns, enligt min mening, inom neuropsykologi och modern psykodynamisk utvecklingspsykologi (Siegel 1999).

Men det som händer i den analoga världen kan inte reduceras till dessa områden, utan måste också förstås i relationella (Trewarthen and Malloch 2008), arketypiska och transpersonella (andliga) termer. Arketypiska och transpersonella upplevelser finns. De har varit svårhanterliga inom den psykiatriska sjukvården då de är starkt knutna till livsåskådning och religiös trosuppfattning. Inom psykiatrin bör vi ändå känna igen sådana upplevelser och använda dem för att inom en vetenskaplig kontext förstå individens inre situation och historia.

Jag skall nu illustrera med några exempel på inre bilder som de återkallats genom målning efter musiklyssningen i GIM. Symboliseringsgraden hos imaginationerna varierar som nämnts från enkla, obearbetade eller dissocierade sinnesminnen till sammansatta mångtydiga bilder, eller analoga symboler. Den analoga symbolen är spontan och befinner sig ständigt i förändring till skillnad från kognitiva imaginationer som är konstanta, intentionella, och entydiga. Flashbacks är minnesfragment som är *dissocierade* från andra komponenter i minnesbilden.



Fig. 1. En sammansatt inre bild och därmed en analog symbol. Patienten har växt upp under inbördeskrig i en dysfunktionell familj och bär med sig starkt ambivalenta känslor för sina döda föräldrar. Under svåra stunder i barndomen fick hon skydd och tröst av fantiserade dansande skyddsänglar. Patienten engagerade sig senare under livet starkt i dansutövning, och därmed även i musik. Genom dessa intressen träffade hon också sin man, som i bilden spelar piano och lockar fram hennes dans.



Fig. 2. En flashback hos en kvinna med PTSD som varit utsatt för fysiska övergrepp. Bara de skrämmande delarna av förövarens ansikte syns, resten av det traumatiska minnet är bortdissocierat. En sådan inre bild har få betydelser utöver själva händelsen, och har därför ett lågt symbolvärde. Ett mål i traumaterapi är återkallande av den fullständiga minnesbilden och det fullständiga händelseförloppet. För att klara det behöver man först mobilisera minnen och inre tillstånd av att känna sig trygg.

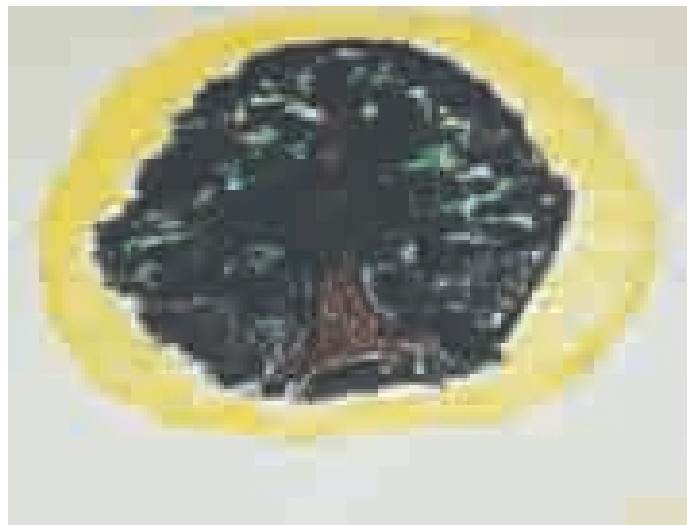


Fig. 3. Samma kvinna som under musiklyssning återkallar en skyddad plats: trädet på bytorget, där det alltid fanns människor och gemenskap. Trädet har återigen flera betydelser och en arketypisk kvalitet.



Fig. 4. En kvinna med dysfunktionell uppväxt med många förluster, som vid senare påfrestningar utvecklar ett blandat ångest-depressionstillstånd. I musikupplevelsen infinner sig ett centrerat andningsrum som med musikens hjälp vidgar sig utanför jagets och kroppens gränser. Patienten upplever sig vara ett med världen och en kedja i släktledet. Detta gestaltas i de växande blomrankorna och ryms i ett vidgat medvetande (transpersonell upplevelse av helhet och delaktighet). Upplevelsen lindrar de plågsamma känslor hon bär med sig från separationer och avbrott i livet.

Dessa fallvinjetter visar främst hur vår estetiska och skapande förmåga kan hjälpa oss att arbeta med både positiva och negativa inre bilder. Inre resurser blir synliga och påtagligt upplevda. Utvärderingen av Spektrum visade resultat inte bara på symptomnivå och resursnivå utan även på helhetsnivå. De flesta patienterna beskrev i den kvalitativa utvärderingen att arbetet med flera modaliteter gav en helhetsförståelse av den existentiella situationen och livshistorien, som gjorde det lättare att gå vidare. I den fortsatta forskningen inom KGT är det viktigt att hitta instrument som kan beskriva dessa existentiella utfall och identifiera patienter som har fallenhet för att arbeta i den analoga domänen.

Dag Körlin

MD, leg psykoterapeut.

Specialistläkare vid Psykiatriska Mottagningen för Unga Vuxna

Uppsala Akademiska Sjukhus

dag.korlin@telia.com

Referenser

- Langer, S. K. (1957). *Philosophy in a new key*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rogers, C. (1954). Towards a theory of creativity. *ETC: A review of General Semantics*, 11, 249-260.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: The Guilford Press.
- Körlin, D. (2004). *The Spektrum GIM group therapy*. In I. Frohne-Hagemann (Ed.), *Receptive music therapy: Methods, theories, and praxis*. Wiesbaden, Germany: Ludwig Reichert Verlag.
- Körlin, D. (2005). *Creative arts therapies in psychiatry*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.
- Körlin, D. (2007). Andliga kriser – en differentialdiagnos vid psykotiska tillstånd. *Svensk Psykiatri* 3, 12-15.
- Trevarthen, C., and Malloch, S. (2008). *Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship*. London: Oxford University Press.
- Körlin, D. (2010). *Music Listening, Imagery and Creativity in Psychiatry*. Lambert Academic Publishing. (Boken kan sökas och beställas via Amazon.com)



Besök på Royal College of Psychiatrists i London 15 – 16 februari 2011

I mitten av februari hade jag förmånen att få besöka Royal College of Psychiatrists (RC) i London ihop med våra "systerföreningar" i Norge, Finland och Danmark, och deras ordförande. Från Norge: Jan Olav Johannessen (ordförande) och Ann Faerden (vice ordförande), från Finland: Jyrki Korkeila (ordförande) samt från Danmark Jeanett Bauer (vice ordförande som förväntas bli vald till ordförande på deras årsmöte nu i mars).

Vi träffade där representanter från RC, bl.a. de personer som beskrivs i bildtexten. Jag beskriver i denna artikel kort mina intryck och de fakta jag hann ta till mig. Allt med reservationen att jag missuppfattat pga. min bristfälliga engelska i kombination med att det inte alltid är så enkelt att förstå engelska hos "icke-infödda" engelsmän. Dessutom till tonerna av hög indisk musik, mötet inleddes på tisdagskvällen med middag på indisk restaurang.

Vi blev mycket imponerade av deras verksamhet men förstod efterhand att RC har en helt annan officiell roll än vad SPF har bl.a. vad gäller examination och kvalitetskontroll. RC har ca 15 500 medlemmar varav ca 2600 utanför landets gränser. Man har ett stort kansli, ca 170 anställda och en omsättning på 120 miljoner (pund?). Medlemsavgiften stod för ca 25 % av inkomsterna. Max 3 % av inkomsterna får komma från läkemedelsindustrin. Resten kom från att man har en omfattande utgivning av böcker och broschyrer, att man ordnar utbildningar och konferenser, examinationer och kvalitetskontroller. Styrelsen har inga arvoden och ex. ordföranden hade ledigt med lön från sitt arbete 2–3 dagar/vecka. Det anses vara en stor ära för sjukhusen att få bidra med personer till styrelsen och det är aldrig problem att få ledigt den tid som behövs. Vi från Norden tittade avundsjukt på varandra.

Inom Norden varierar det; ordföranden i Danmark har betalt 1 dag/vecka, i Norge har man en psykiater på 50 % att bistå ordföranden.

Medlemsavgiften för RC är 420£/år, därtill kommer kostnad för ev. examinationer, tillgång till CPD on line mm. (SPF har den klart lägsta medlemsavgiften i Norden). RC har alla psykiatrer i samma förening; vuxen-, barn och ungdoms- samt rättspsykiatrer. Man såg detta som oerhört värdefullt för att bli en kraftfull aktör inom samhällsutvecklingen och kunna få inflytande på politiken. Det sistnämnda hade man vunnit stora framgångar i genom sitt numera mycket nära samarbete med brukarorganisationerna.

Deras webbsida, www.psychiatry.co.uk, har 500 000 träffar/månad och vi kan där hitta mycket material på olika språk. Vi får gärna ladda ner och använda oss av detta. Inställningen till att samarbeta är generös och RC verkar känna ett ansvar genom sin storlek i förhållande till oss i Norden. Det kan också finnas ett intresse att knyta sig närmare norra Europa i förhållande till södra??

En mycket intressant möjlighet är att vi "köper in oss" på deras välutvecklade CPD on line; www.psychiatrycpd.co.uk. Det är nu hög tid att SPF satsar på specialisternas fortbildning, se min ledare i detta nummer. Om vi gör detta i samarbete med NPA (Nordiska Psykiatriska Föreningen) blir det billigare eftersom vi blir så många medlemmar. Detta skall diskuteras på styrelsemötet i NPA, den s.k. Joint Committee, i slutet av mars i Stavanger. Jag har fått tillgång till ett temporärt login under 6 månader för att de medlemmar som så önskar skall kunna prova. Om någon har intresse av detta är ni välkomna att höra av er. SPF återkommer med utvecklingen av detta.

Detta är ett utdrag av allt som vi fick höra om och som diskuterades. Mötet var välplanerat, väl genomfört och med den behagliga vänlighet och artighet som man så ofta möter i UK. Norska Psykiatriska Föreningen bjöd in till nytt möte och SPF ser fram emot fortsatt samarbete.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF
Foto: Privat

Bilden:

Ovanifrån, från vänster:

Rad 1: Dr Rowena Daw, arbetade med RC:s brukarsamarbete som var välutvecklat och där brukarna hade minst en representant i var och en av RC:s kommittéer, och som går igenom alla deras publikationer innan publicering.

Rad 2: Dr Jan Olav Johannessen, ordförande Norska Psykiatriska Föreningen (NPF), Mr Dave Jago, utvecklade RC:s hemsida och CPD on line

Rad 3: Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordförande SPF och författare till artikeln, Professor Jyrki Korkeila, ordförande Finska Psykiatriska Föreningen

Rad 4: Dr Kate Ganter, från Irland och ordförande i RC:s sektion för medlemmar utanför UK, Dr Ann Farden, vice ordförande NPF, Dr Jeanett Bauer, fr.o.m. mars ordförande Danska Psykiatriska Föreningen

Nedersta raden: Professor Dinesh Bhugra, ordförande RC, Mrs Vanessa Cameron, chef för RC:s kansli, Mrs Elen Cook, ansvarig för internationella kontakter och den som ordnade allt praktiskt kring vårt besök på ett utmärkt sätt, vänligheten och tålmodet självt! Tack!

Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 maj

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.

Valdoxan 25 mg



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

www.valdoxan.com

M-PRO-10-VALD-115-PF

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 läkemedelsförmånerna 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, mått som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.

Reseberättelse från Tromsø universitetssjukhus



Varför just Tromsø?

Jag är ursprungligen från Arkhangelsk i norra Ryssland där jag arbetade på det Psykiatriska Regionsjukhuset, och hade kontakt med psykiatri i norra Norge. Nu har jag en ST-tjänst i psykiatri på Södertälje sjukhus. Både genom mina kontakter mellan norra Skandinavien och Ryssland, samt det faktum att Södertälje är en multikulturell stad, så har jag fått intresse för kulturella aspekter av psykiatri. Jag ville få ett tillfälle att studera detta närmare.

Tromsø Psykiatriska klinik är känd för sitt forskningsarbete, som de tillämpar i det kliniska arbetet. T.ex. jämförelser mellan kulturella psykiatriska aspekter i de norra delarna av Skandinavien och Ryssland (Barentsregionen), jämförelser mellan skolmedicinska och alternativ-medicinska behandlingsmetoder som används av människor med psykiatrisk problematik, jämförelser mellan förhållningssätt hos samisk och icke-samisk befolkning mm.

Tromsø Universitetskliniken har också arbetat med projekt kring alternativa arbetssätt inom akut psykiatrisk verksamhet, som jag skulle vilja lära mig mer om.

Jag har därför kontaktat professor Tore Sørli på Tromsø Universitetssjukhus, som forskar på olika kulturella aspekter av psykiatriskt arbete, samt forskaren och läkaren Grigory Rezvy som driver projekt inom akutpsykiatri i Barentsregionen.

Jag fick auskultera på "akutposten Nord", dvs. en akut psykiatrisk avdelning under två veckor september 2010.

Tromsø psykiatriska klinik ansvarar för ett stort geografiskt, men glesbefolkat, område. Inom detta område finns flera befolkningsgrupper - normän, samer, kväner samt invandrare från andra delar av världen. Under arbetet träffade jag många av dessa, fick även fungera som tolk till patienter från Litauen och Tjetjenien. Många av dem kan inte norska, inte engelska heller, men nästan alla pratar ryska. Jag och en sjuksköterska fick också eskortera en litauisk ung kvinna tillbaka till sitt hemland, där hon fick fortsatt vård efter sitt insjuknande i psykos i Norge. Det var ett väl fungerande samarbete mellan norsk, svensk-rysk och litauisk personal. Resan tog 2 dygn, från Tromsø-Oslo-Riga-Kaunas och tillbaka. Det var mycket känslomässigt att se hur kvinnans tillstånd ändrades under resan – synhallucinatoriska upplevelser med paranoida vanföreställningar i Tromsø, misstänksamhet och osäkerhet på Oslo flygplats, ledsenhet och väntan i Riga, och glädje med sorg i Kaunas då hon fick träffa sin lilla dotter, mor, syskon, även sjukhuspersonal som mötte henne på flygplatsen.

Inom detta stora område, där vissa delar bara kan nås med flyg, finns även ett flertal "Distriktspsykiatriska Centra". Dessa utgör den första psykiatriska vårdnivån, där det finns poliklinisk verksamhet, ett akutteam som hanterar akuta kriser, samt även vårdplatser för inneliggande patienter.

Tromsø sjukhus har ett utbyggt system med telemedicin, som mycket effektivt stöttar dessa centra. Genom TV-konferenser kan man lätt bistå med konsult hjälp, diskutera behandling, diagnoser, handläggning, administrativa frågor etc. De svåraste patienterna kan naturligtvis remitteras vidare till Tromsø.

Sjukhusmiljön var närmast "hemtrevlig", om man kan säga så om en psykiatrisk avdelning. Det gällde både den inre och yttre miljön. T.ex. varm och vänlig personal som gav en god atmosfär och var mycket involverad i patienter på ett väldigt mänskligt sätt, yttre miljö med färgglada gardiner, bekväma möbler, inga vita arbetskläder. I Norge har man en profession som saknas i Sverige, nämligen "miljöterapeuter". De arbetar med att skapa en läkande miljö, i bred bemärkelse.

Förhållningssätt inom psykiatri är en av de viktigaste frågorna i ST-utbildningen. Assistent-lege (ST-läkare) träffar sina handledare varje vecka för att diskutera bl.a. denna fråga, och har också handledning med klinikchefen.

Om man talar om miljöterapi och förhållningssätt, så blev jag mycket fascinerad även av den psykoterapeutiska utbildningen för norska assistent-lege. Deras huvudsakliga utbildning är dynamisk terapi, som de sedan kan välja att komplettera med antingen gruppterapi eller kognitiv terapi. Utbildningen med föreläsningar och handledning, sker direkt på det egna sjukhuset. Man bjuder in duktiga fackspecialister från hela landet som lärare.

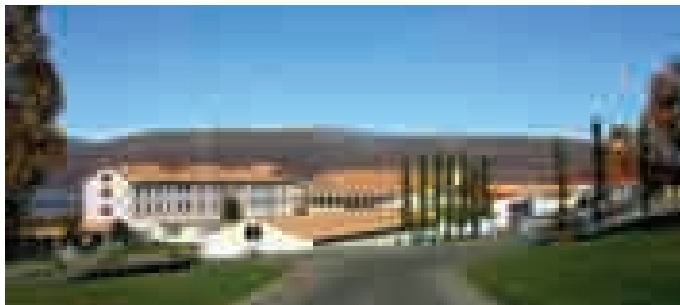
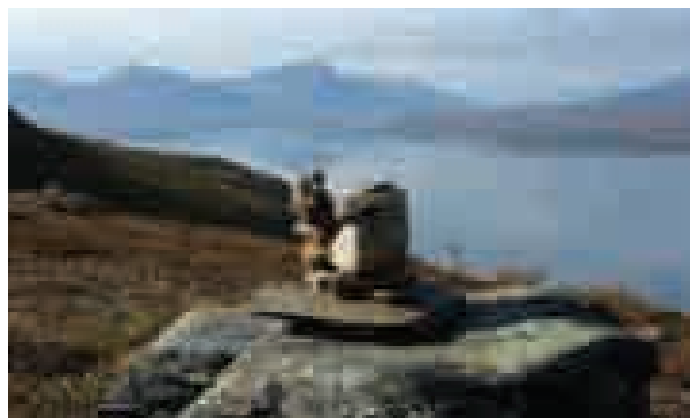
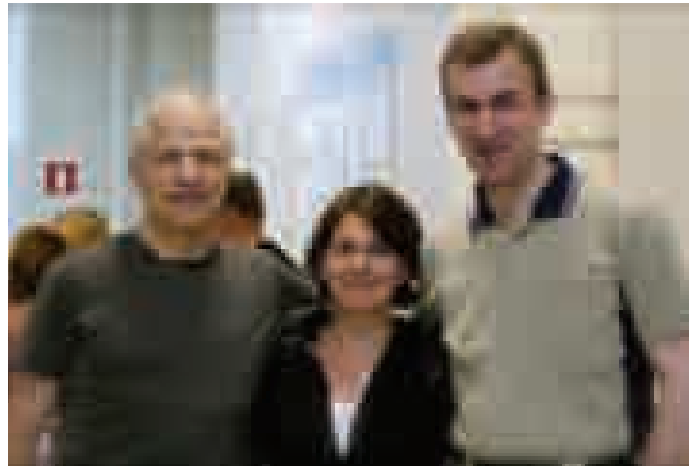
Ett av mina mål var att möta professor Tore Sørli. Han berättade om den forskning som han är involverad i där. Ett exempel var ett projekt där man genom att använda "mindfulness-terapi" hjälper alla nya invandrare under två år att anpassa sig till det nya landet, att hantera olika orostillstånd och även möjligen att förebygga depressioner.

Ett annat exempel var hur man i den samiska och kvänska kulturen traditionellt hanterar psykisk ohälsa. T.ex. hur de använder traditionella sagor och berättelser för att uttrycka sina känslor och finna lindring och stöd.

Jag är mycket tacksam till professor Johan Cullberg, för denna oförglömliga, spännande och lärorika resa som jag fick en möjlighet att göra. Studiebesöket har lärt mig mycket, bl.a. har jag fått nya kontakter, det har bekräftat mina kunskaper samtidigt som det har ifrågasatt en del av mitt arbete.

Tusen tack!

Text och foto: Elena Zadorina
ST-läkare
Psykiatricentrum Södertälje





Teater Barbara presenterar en vår på liv och död

Dokumentärt, att vara anhörig, Lou Reed, psykiatri och humor

Den 17/2 recenserade Ann Heberlein "Själens schamaner. Personliga essäer om psykiatri" av Nils Uddenberg i Dagens Nyheter. Hon noterar att Nils Uddenberg i sin bok tar upp en rörelse i synen på psykisk sjukdom "från helig dåre, till farlig, till ömklig" och hon undrar om glidningen mot att betrakta psykisk sjukdom som normalvarianter. På teater Giljotin i Stockholm kan man nu se den i pressen hyllade "Bli en dåre", ett exempel på just den normaliserande attityden som har sina rötter i reaktionen mot tidigare tiders repressiva psykiatri. Heberlein avslutar recensionen med följande reflexion: "Det grundläggande tankefelet i den här retoriken är att man fixerar sig vid begreppet normal. Det handlar inte om vad som är normalt och vad som inte är normalt. Det handlar om vad som är sjukt och vad som är friskt. Den psykiskt sjuka är naturligtvis normal på samma sätt som den cancersjuka är normal. Den psykiskt sjuka är sjuk på samma sätt som den cancersjuka – hon saknar förmåga att leva ett gott liv."

Människor i allmänhet har ofta förutfattade meningar om psykiatri och om begreppet psykisk sjukdom. Det finns många olika sätt att kommunicera kring psykisk ohälsa och teaterns gestaltande kan bidra med att förmedla kunskap och erfarenheter som annars finns inuti psykiatriska verksamheter. Olika projekt finns också där vården och teatrar samverkar i produktioner.

Molièreensemblen i Stockholm och Psykiatri Södra Stockholm har ett sådant samarbete, med fokus på barn till psykiskt sjuka. En föreställning med Molière Ensemblen ingår som en del i en vårproduktion på Teater Barbara på Kungsholmen i Stockholm.

Teater Barbara presenterar under våren två föreställningar, ett seminarium och en musikalisk samtalsföreställning med anknytning till psykiatri i allmänhet och anhörigperspektivet i synnerhet. Teatern har knutit till sig föreställningar som berör frågor kring psykisk ohälsa. Den ena utgår från föräldraperspektivet den andra från barnperspektivet. Ämnen som dessa kan behöva en särskild iscensättning för att man som åskådare skall kunna bearbeta dem. Kanske "ser" man tydligare om man får ta in med sinnena och inte bara med förnuftet? På detta sätt kan teatern bli en plats där det som man undviker i sin vardag gestaltas på ett sätt som gör det möjligt att ta det till sig.

Teatern har satt ihop ett program under våren där scenens språk får möta samtalets och seminariets form. Musik får också möta självmordskunskap.

Den första pjäsen, **RUM 543**, skriven och regisserad av Mats Flink, handlar om ett möte mellan en psykiskt sjuk dotter och hennes far.

En kvinna som lever i sjukdom har under sin permission tagit in på ett hotellrum för att möta sin pappa. Det är inte en uppgörelse utan ett försök till försoning.

Pjäsen är en delvis dokumentär föreställning som utgår från regissörens erfarenhet av sin syster:

"När min syster var som sjukast fick hon måla ett självporträtt. Hon blundade på tavlan. Det går ju att tolka olika. Hon ville inte se sig själv. Hon ville inte se omgivningen. Hon ville under inga omständigheter se världen, den yttre världen. Hon såg bara sin inre hotfulla värld, den mörka och otäcka, skugglika världen. En värld där rummet och personer går ihop till ett. Frysta sekunder av tanken."

Nästa programpunkt i april kommer att bli en spännande upplevelse. Det är en föreställning om självmordskunskap och psykisk ohälsa med låtillustrationer av Lou Reed. Gruppen heter Bystmeierkoncernen och består av Bengt Kirschon, Björn Gideonsson, Christer Lyssarides, Daniel Frydman, David Sjöqvist och Ludvig Josephson.

Kultur och psykiatri i harmonisk förening

Molière Ensemblens samarbetsprojekt tillsammans med Psykiatri Södra Stockholm och stödenheten för förskolan, Södermalms Stadsdelsförvaltning, består av roliga åldersanpassade teaterföreställningar. Föreställningarna följs av en pratstund som leds av Charlotte Luptovics Larsson som arbetar med barn till psykiskt sjuka inom vuxenpsykiatri. Teatern har också en lärarhandledning samt ett underlag för efterarbete i klasserna.

Föreställningarna bygger på berättelser som barn till föräldrar med psykisk ohälsa berättat. Projektet har syftet att synliggöra gruppen, dess rädslor, tankar och funderingar, samt förmedla till dessa barn att de inte är ensamma om att ha en psykiskt sjuk förälder. Projektet syftar också att visa att det finns friska vuxna som kan hjälpa både dem och den sjuke föräldern. Tanken är att dessa föreställningar skall öppna för möjligheten för barnen att tala om problemen i skolan och på andra ställen, något som kräver att ansvariga vuxna vågar se och förstå de problem som finns.

Teaterns erfarenhet är att man genom att spela föreställningarna ger barnen och ungdomarna en chans att se problemen för att sedan kunna samtala om hur det kan vara att leva nära psykisk ohälsa. Man kan lättare kommunicera kring dessa frågor om man har en tredje part att samtala kring, som en karaktär i en teaterföreställning.

Under föreställning och pratstund har det visat sig vara bra om representanter från skolans elevhälsa är med. Elevhälsans personal hänvisar i sin tur barn och ungdomar till lämplig stödåtgärd t.ex. en stödgrupp genom Barnkraft. De erbjuder stöd och vägledning till skolan om vart de kan vända sig och hur de på bästa sätt kan stödja en elev som berättar att de har föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk.

Under våren kommer också teatern ha ett seminarium för skolpersonal som utgår från pjäsen "det tar tid att vara ung".

En verksamhet som denna går motsatt väg mot den som vi i inledningen hör Ann Heberlein varna för. Det normala är att somliga barn har psykiskt sjuka föräldrar och att somliga föräldrar har psykiskt sjuka barn. Det lidande som det kan innebära att vara anhörig betonas och det psykiska lidandet romantiserar inte. Psykisk ohälsa kan tas på allvar på olika sätt så att åskådare både känner och förstår.

Cecilia Holm

Producent Teater Barbara

Amanda Klasa Fornhammar

Producent Molière Ensemblen



Deadline för bidrag till nästa nummer: 20 maj

Scandinavian College of
NeuroPsychopharmacology

SCNP

52nd Annual Meeting
Oslo - April 12th-14th 2011



Excellent Scientific Programme
Young Scientists Symposium
Educational Grants
Poster Awards

More information at
our website

<http://scnp.org>

En resa genom den svenska psykiatrins historia

– Del 2

Första erfarenheten

Min första kontakt med sjukvården skedde sommaren 1948. Då vikarierade jag – 16 år gammal – som sjukvårdsbiträde på Söderköpings lasarett, barnavdelningen. Överläkaren och Husmor var båda väldigt respektingivande personer. När överläkaren kom på rond försvann de andra biträdena in i tillgängliga biutrymmen, jag hade ju inte bättre vett än stå kvar och niga! Mitt möte med Husmor var mer dramatiskt: jag var på väg från köket i källaren med en bricka full-lastad med välling-kantiner och tänkte ta hissen till avdelningen, 3 trappor upp. Det tyckte inte husmor var någon bra idé, elström kostar pengar, varsågod och ta trapporna!

Från Rimforsa till Skrapan

Efter två terminer på Rimforsa Lanthushållsskola var det dags att gå provelev på Röda Korsets sjukhem och i januari 1951 började jag min sjuksköterskeutbildning. 3,5 år senare blev jag ”invigd” till Röda Kors-sjuksköterska och fick min brosch ur drottning Louises hand! Därefter vidtog ett år av assistenttjänstgöring, för min del först som ”andningsassistent” på Epidemisjukhuset, där många totalförklarade patienter vårdades i efterdyningarna av den stora polioepidemin, därefter på Mora lasarett och till slut på Gäddede sjukstuga. Under detta år tog mina planer på att vidareutbilda mig fastare form, och på hösten 1955 började jag på det två-åriga gymnasiet ”Skrapan” i Uppsala.

Oförglömliga år

1957 hade jag erövrat den eftertraktade studentmössan och kunde påbörja mina medicinska studier i Uppsala. Oförglömliga år! Möten med starka personligheter, bl.a. Bror Rexed och, kanske framför allt, professor Ask-Upmark! Särskilt minns jag en föreläsning: som vanligt iklädd oklanderligt vit rock, uppfälld krage, guldpenna i bröstfickan. Han mönstrade de församlade studenterna och sa med sina karaktäristiska skorrande rrrrr:

”De patienter är orräkneliga, som kommer att dö, på grund av err okunnighet!”

Tillbaka till psykiatri

Förutom ett antal deliriosa patienter på intensivvårdsavdelningen på Akademiska sjukhuset, där jag vikarierade ibland, mötte jag efter Beckombergatiden inga psykiatripatienter förrän jag fick ett kort vikariat på Ulleråkers sjukhus 1963. Då hade jag ännu inte gått kursen i psykiatri.

Pensionerade psykiatern Karin Enzell har upplevt svensk psykiatri utveckling under 60 år:

50-talet med lobotomier, insulincoma och elchocker utan narkos.

Det bråkiga 70-talet när läkarna detroniserades.

Alla terapiformer som utvecklades, kom och gick.

80-talets sektorisering.

Avvecklingen av mentalsjukhusen.

Ätstörningsvårdens utveckling.

Och mycket annat.

I förra numret av Svensk Psykiatri beskrev hon sina erfarenheter som sjuksköterskelev på Beckomberga under tidigt 50-tal.

Här berättar hon vidare om tidiga erfarenheter, om medicinstudier och om 60-talets psykiatri.

Det var spännande att möta psykiatrin igen på ett stort mentalsjukhus. Att mycket hade hänt sedan 1952 var tydligt, framförallt fanns där en forskningsavdelning under ledning av professor Hans Forsman. Den psykofarmakologiska eran, som inleddes 1952, hade förstärkt inneburit stora förändringar för patienter och personal, särskilt mänskligare förhållanden på avdelningarna. Patienter kunde nu också i stor utsträckning skötas i öppen vård. På den avdelning där utvecklingsstörda, psykotiska patienter vårdades, användes dock fortfarande mycket tvång. Men man hoppades mycket på det nya sjukhus som höll på att byggas i Sala för denna typ av patienter. Ännu på hela sextiotalet och en bit in på trettioalet var det läkarna som skötte samtalen med patienterna. Övrig personal hade rent omvårdande, övervakande uppgifter. På Ulleråker hade överläkaren inskrivningssamtal med patienterna på de stora salarna och dikterade sina psykiatriska status för medföljande sekreterare. Jag träffade min första ätstörda patient där. Hon hade väl en svälj-fobi, för hon förklarade för mig att hon inte kunde äta om hon inte samtidigt fick bensodiazepiner.

En himmelsvid skillnad

Strax efter Ulleråker-tiden flyttade vi till Stockholm. 1965 gick jag kursen i psykiatri på S:t Görans psykiatriska klinik. Det var en himmelsvid skillnad mot mentalsjukhusen! Kliniken var ny, invigd 1961, professor var Henry Ahlström och en stor inspiratör var doktor Nils Haak som undervisade i neuroslära och var en stor föreläsare för psykoanalys och psykoterapi. Klinikens lördagsföreläsningar var mycket välbesökta, då föreläste Nils Haak och hade patientdemonstrationer. Patientklientelet var helt annorlunda, alla patienter som behövde tvångsvård flyttades till Beckomberga. Vi gjorde studiebesök där, då fick vi också besöka den stora insulincomaavdelningen, fortfarande flitigt använd. Jag minns det särskilt, eftersom jag där igenkände en ung man, som vårdats på St Göran men på grund av sina suicidhot förflyttats till Beckomberga. Behandlingen han fick var alltså insulinkoma.

Två år senare gjorde jag min kliniska tvåmånaders-tjänstgöring på St Göran, och såg då på allvar vilka framsteg som gjorts sedan 50-talet. Den nya tvångslagstiftningen – LSPV – hade införts 1966. På psykiatrisk klinik vårdades män och kvinnor på samma avdelning, psykolog- och kuratorstjänster hade inrättats. Arbetsterapiavdelning fanns förstås men det fanns det även på Beckomberga. Det kunde i all fall bli svårt med sysselsättningen, särskilt för männen, så en lokal som flitigt användes var rökrummet.

Rökte – det gjorde även personalen, i personalrum, på ronder och konferenser.

Akutmottagningen hade ännu inte inrättats, oanmälda patienter togs emot på polikliniken och där gavs regelbunden handledning av dr Haak.

Ett förändrat Beckomberga

Därefter var det dags för ett kort återbesök på Beckomberga, nu på ett vikariat som underläkare på dr Bellanders alkoholavdelning. Stora förändringar hade förstås skett även på Beckomberga. Medicinskt centrum hade byggts och därmed hade man fått en fin akut-mottagning. På avdelningen kunde man nu behandla deliriosa patienter med gott resultat. Men personalen talade lite besviket om, att man tog emot patienterna, ofta i dålig fysisk kondition, man rustade upp dem så gott det gick under ett par veckor. Sedan skickades de ut till samma missbrukstillvaro igen och därför var de snart tillbaka på avdelningen. Narkotikaproblem av någon större omfattning såg jag inte i slutet av 60-talet på Beckomberga.

Praktiska lösningar

Så var det då dags för finalen på grundutbildningen, med.lic.-examen! Och därefter det stora beslutet – vilken gren av medicinen skulle jag ägna mina krafter?

Familjen bestod nu, förutom av mig, av maken och tre barn; 9, 6 och 4 år gamla. Daghem fanns inte att tillgå, de flesta fruar var fortfarande hemmafruar. Jag varvade under hela utbildningstiden kurser med vikariat. Inkomsten från vikariatet räckte till att betala en barnflicka under nästa kurs. På den tiden behövdes tre månaders hushållspraktik för att komma in på många utbildningar, så vi hade många – med något undantag! – duktiga och trevliga flickor till vår hjälp. När vår yngsta hade fyllt 8 och vi inte längre kunde locka med småbarn i familjen, fick vi hitta på andra lösningar. Lyckligtvis tog min make ett stort ansvar för hem och barn.

Valet

Valet av yrkesinriktning var egentligen inte så svårt. Jag var starkt lockad av kirurgin - jag var duktig på att sy! -men min lust att samtala med och lära känna människor tog överhanden. Efter den inspirerande kursen i psykiatri på S:t Göran och tvåmånaders-vikariatet där, kändes det väldigt lockande att få delta i psykiatrins utveckling.

Hösten 1969 fick jag min första underläkartjänst på S:t Görans psykiatriska klinik och därmed förmånen att under många år få samarbeta med många fantastiska kollegor, ingen glömd men bara en nämnd: nyligen bortgångne Rolf Lindelius, som så småningom tillsammans med Inna Salum blev handledare för mitt avhandlingsarbete.

Nya tider

Nu hade man fått en akutmottagning, du-reformen höll på att genomföras, diskussionen om den vita rockens avskaffande var i full gång! Morgonkonferenser hölls varje dag under ledning av professor Ahlström. Alla läkare och kandidater deltog, jourhavande läkare gavs tillfälle att diskutera svårare fall vilket ju var väldigt lärorikt.

Nils Haak höll varje vecka ett gruppseminarium där man kunde diskutera de patienter som man hade regelbundna stödsamtal med. Någon formaliserad psykoterapiutbildning fanns ännu inte. Forskningsarbete bedrevs av många och uppmuntrades starkt.

Karin Enzell

Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater,
ätstörningspsykiater...

Stockholm

Fortsättning följer!

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 psykiatrin genom att gå in på www.norskpsykiatristforening.no och klicka på länken Psykiateren i övre vänstra hörnet.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Nationellt handlingsprogram ska förbättra omhändertagandet efter sexuella övergrepp

Bakgrund

Varje år ökar antalet sexualbrott som anmäls till polisen. Mellan 2005 och 2009 steg antalet anmälda fall med 25 procent, från 12 768 till 16 069 [1]. Problemet är således stort och växande, men i nuläget kan det akuta omhändertagandet variera. En ojämn fördelning av kompetens och resurser över landet, och brist på enhetliga rutiner inom både hälso- och sjukvården och rättsväsendet leder till olika handläggning och därmed olika följder för den som varit utsatt. Ett sexuellt övergrepp kan ha långtgående konsekvenser för den utsattas psykiska och fysiska hälsa och ett korrekt omhändertagande i det akuta skedet är av största vikt. Personer som har utsatts för sexuella övergrepp kan söka hjälp i hela vårdkedjan – i psykiatri, på specialistkliniker eller i primärvården. Beredskap och rutiner måste därför finnas i hela vården.

Två regeringsuppdrag

Mot denna bakgrund gav Justitiedepartementet i februari 2007 i uppdrag åt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet att utarbeta ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp [2]. Handlingsprogrammet presenterades i februari 2008 och består av en handbok och en guide [3]. Handboken riktar sig till vårdpersonal och innehåller fakta och information om bland annat definitioner av sexuella övergrepp, det akuta medicinska och psykosociala omhändertagandet och sekretessfrågor samt beskriver hur en rättsprocess går till. Guiden innehåller checklistor och konkreta anvisningar för undersökning och spårsäkring av både kvinnor och män.

I samarbete med Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) har den spårsäkringssats som hälso- och sjukvården använder uppdaterats. Det är en låda som innehåller allt material som krävs för att göra en komplett spårsäkring efter ett sexuellt övergrepp.

Efter att handlingsprogrammet presenterats fick NCK ett uppföljande regeringsuppdrag att implementera handlingsprogrammet nationellt under 2009-2010 [4].

Nationell implementering av handlingsprogrammet

Det nationella handlingsprogrammet testades i ett pilotprojekt på fem kvinnokliniker under 2009, och polismästare och chefsåklagare från respektive distrikt deltog i informationsmöten tillsammans med sjukvårdens aktörer. Pilotprojektet föll väl ut och av personalens svar på enkäter och kommentarer i fokusgrupper framgår att guiden underlättar i det praktiska arbetet med patienterna och säkerställer att en fullständig undersökning med provtagning, spårsäkring och dokumentation görs.



Bild 1
Handboken och guiden som ingår i det nationella handlingsprogrammet.

Utifrån synpunkter från pilotorterna och egna erfarenheter på NCK och SKL reviderades handboken och guiden [5]. Från och med 1 januari 2011 kan handlingsprogrammet användas i vården i hela Sverige och guiden ingår som en integrerad del i spårsäkringssatsen.

På NCK:s webbplats, www.nck.uu.se, har en särskild avdelning skapats för handlingsprogrammet.

Den uppdateras kontinuerligt med nyheter och har fungerat som ett stöd för pilotorterna, men är också tillgänglig för alla intresserade.

Viktiga punkter i handlingsprogrammet

En person som söker vård akut efter ett sexuellt övergrepp ska alltid erbjudas en noggrann kroppsundersökning, provtagning för sexuellt överförbara infektioner och fullständig spårsäkring. För att inte gå miste om möjligheten att tillvarata bevis ska patienter erbjudas en fullständig undersökning och spårsäkring upp till tio dagar efter ett sexuellt övergrepp, oavsett om någon polisanmälan gjorts eller inte.



Bild 2
Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp innehåller allt nödvändigt provtagningsmaterial för spårsäkring. Från 1 januari 2011 ingår även NCK:s guide

Diskussion

Många kliniker och mottagningar inom hälso- och sjukvården har sedan länge bedrivit vård av hög kvalitet i fall av sexuella övergrepp, men rutinerna har varierat över landet.

Handlingsprogrammet innehåller fullständiga och detaljerade rutiner, som är lätta att följa och har förankrats hos all berörd medicinsk, psykosocial och rättslig expertis. Om dessa rutiner införs över hela landet skapas förutsättningar för att omhändertagandet blir enhetligt och professionellt även där personalens erfarenhet inom området är begränsat.

Regeringens uppdrag till NCK att skapa ett nationellt handlingsprogram för omhändertagande efter sexuella övergrepp vittnar om ett behov av att förbättra vårdens insatser utifrån patientens medicinska och psykosociala behov, men också om ett behov av att skapa ett bättre underlag för den rättsliga processen. I förlängningen handlar denna nationella satsning om att omhändertagandet inom svensk sjukvård ska hålla en enhetligt hög kvalitet.

Steven Lucas

Överläkare i barn- och ungdomsmedicin vid Akademiska sjukhuset,
expert Nationellt centrum för kvinnofrid

Åsa Witkowski

Verksamhetschef för Kvinnofridsenheten, Nationellt centrum för
kvinnofrids kliniska enhet

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet (Brå) statistik 2010 (citerat 2010-12-01) <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>.
2. Regeringsuppdrag från Justitiedepartementet: Ju2007/2177/KRIM.
3. Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2008.
4. Regeringens skrivelse 2007/08:39 Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.
5. Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. 2. uppl. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2010.

Faktaruta

Om Nationellt centrum för kvinnofrid

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) är ett kunskaps- och resurscentrum vid Uppsala universitet. NCK arbetar på uppdrag av regeringen med att på nationell nivå höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor, våld i samkönade relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck, och med att utveckla metoder för omhändertagande.

NCK har också en klinisk enhet vid Akademiska sjukhuset, där Kvinnofridsmottagningen med över femton års erfarenhet av kliniskt arbete inom området ingår. Till den kliniska delen hör även Kvinnofridslinjen, 020-50 50 50, en nationell stödtelefon för våldsutsatta kvinnor och deras anhöriga. Kvinnofridslinjen är öppen dygnet runt, året runt och det är kostnadsfritt att ringa. Personalens uppgift är att lyssna, ge professionellt stöd och upplysa om var det finns mer hjälp att få.

På webbplatsen www.nck.uu.se finns NCK:s kunskapsbank som samlar en stor mängd information om mäns våld mot kvinnor, våld i samkönade relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck. Kunskapsbanken innehåller bland annat myndighetspublikationer i fulltext, ett stort antal nyskrivna texter samt presentationer av forskare.

www.nck.uu.se

www.kvinnofridslinjen.se



Det flexibla minimikurspaketet för ST-läkare

Till 2012 kommer det att finnas ett komplett kursutbud för ST-läkare i psykiatri och många kurser för blivande barn- och ungdomspsykiatriker via IPULS SK-katalog. Möjligheten att gå kurser för att bli specialistkompetent har aldrig varit bättre. Vi vill kalla det ett guldäge för våra ST-läkare. Nu är frågan inte längre om vi som ST-läkare överhuvudtaget kan komma in på någon enda SK-kurs under de första åren av ST-utbildningen utan frågan är vilka kurser vi ska gå och i vilken ordning. Mycket av vårt tänk runt när du som ST-läkare bör gå en viss kurs finns på vår hemsida www.metisprojektet.se. Till några av SK-kurserna tillämpas omvänd turordning, vilket betyder att ju färre månader du tjänstgjort efter legitimation desto större är din chans att komma med på kursen. Kurser med omvänd turordning är av den karaktären att de är för basala för dig som snart är färdig specialist.

Vilka kurser bör du gå? Socialstyrelsens delmål visar vilken kompetens som du som färdig specialist ska ha. Det som gör att ST-läkare uppfyller ett delmål är en kombination av tjänstgöring, kurs, självstudier, medsittning och seminarium. Det är den delen av delmålet som gäller kurs som den här artikeln handlar om. Genom att gå en SK-kurs så uppfyller du delar av delmål alternativt ett helt delmål vad gäller kurskravet. Du hittar en lista på kurser kopplade till delmål på vår hemsida ovan. För att kurskravet ska bli uppfyllt ska du ha antingen ett kursintyg där det står att hela delmålet (vad gäller kurs) är uppfyllt eller minst två intyg där det står att delar av delmål (vad gäller kurs) är uppfyllda.

För att underlätta detta med delmål och delar av delmål finns på METIS hemsida ett verktyg där du som gått SK-kurser enligt METIS-formatet kan kryssa i vilka kurser du har gått eller de du planerar att gå och som genom ett trolslag ser du vilka delmål du är klar, delvis klar och inte alls klar med. Kanske är det här verktyget mest användbart för dig som är i slutet av din ST och behöver se klart vad som fattas och finns. Det går förstås också att använda detta verktyg i planeringen av vilka kurser du tänker gå.

Från många håll kommer frågor om vad som är ett rimligt minimikurspaket och här kommer ett förslag från METIS-projektet. Det här förslaget följer riktlinjerna från Socialstyrelsen som beskrivits ovan. Vi ville göra ett flexibelt minimikurspaket för att det skulle passa fler ST-läkare och fler lokala förutsättningar. Observera att det här är ett minimalt kurspaket och det finns många bra kurser att krydda sin ST med ytterligare!

Tabell

Här finns en tabell med ett förslag från METIS-projektet som hjälper ST-läkare att välja ett minimikurspaket utifrån Socialstyrelsens delmål för ST i Psykiatri. Förslaget ger minimalt 10 SK-kurser +Handledarutbildning, Ledarskapsutbildning och Basutbildning i psykoterapi

Delmål 1	Psykiatrisk diagnostik + 1 kurs av följande: Psykossjukdomar, Ångestsjukdomar, Affektiva sjukdomar, Personlighetsstörningar
Delmål 2	Psykiatrisk diagnostik + 1 kurs av följande: Ätstörningar, Konsultationspsykiatri och psykosomatik, Akutpsykiatri eller Neuropsykiatri
Delmål 3	Akutpsykiatri, alternativt Suicidologi + 1 av följande: Konsultationspsykiatri och psykosomatik eller Personlighetsstörningar
Delmål 4	Psykofarmakologi
Delmål 5	Konsultationspsykiatri och psykosomatik
Delmål 6	Beroendelära
Delmål 7	Äldrepsykiatri
Delmål 8	BUP för vuxenpsykiatriker, alternativt Basutbildning i psykoterapi + 1 av följande: Ätstörningar eller Neuropsykiatri.
Delmål 9	Basutbildning i psykoterapi
Delmål 10	Psykiatrisk juridik, alternativt Rättspsykiatri + Akutpsykiatri
Delmål 11	Neuropsykiatri eller Neurovetenskap
Delmål 12	Icke medicinska delmål (kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens och medicinsk vetenskap)
Delmål 13-14	Handledarutbildning
Delmål 16-18	Ledarskapsutbildning
Delmål 19	Medicinsk vetenskap
Delmål 21	Psykiatri och Samhälle inklusive Sexologi, alternativt Beroendelära + Transkulturell psykiatri

Tove Janarv och Raffaella Björck
för METIS-projektgruppen



Surfa säkert

I förra numret publicerade vi en rapport från Svenska Läkaresällskapets etikdag på temat "Hippokrates på nätet – doktorn i cyberrymden". Vi följer upp detta med några råd om hur du skyddar dig själv när du är ute på nätet.

På 50-60-talet var TV, popmusiken och transistorradion djävulens påfund

När jag var så där runt sex-sju år berättade mamma att hennes syster som bodde i Borås (vilket var vår metropol) hade köpt en TV. En TV? Vad är det? Mamma mumlade något om att det var en fyrkantig möbel där man kunde se film men hon visste inte helt säkert. Självt var jag tvungen att ta mig till moster för att tro på detta och förstå det. Jag gick flera varv runt TV:n men förstod ingenting.

Nu talar vi slutet av 50-talet då vi fortfarande, i det lilla samhället jag bodde, kunde gå till fritidslokalen varje lördag och se film. Det var paus varje halvtimme, för att inte filmprojektorn skulle bli för varm. När filmen var slut stod det "The End" på filmduken och det tog mig många år innan jag förstod att det inte betydde TÄND.

1962 spelade The Beatles in sin första egna skiva, en singel med låten Love me do. Beatles ansågs vara en ovärddad modefluga med långt hår komma från varmare breddgrader, och att de hade långt hår var lika med att man var böj och utsvängda byxor var hur feminint som helst.

Nya hemskheter

Efter det har vi mött en hel radda av nya hemskheter; mobiltelefonen, datorn, Internet, SMS och dataspel.

För att inte tala om alla tidningar som skrockande larmar om cancer, att utbildningen tar skada, koncentrationssvårigheter, utarmning av språk och sociala funktioner.

Ändå har vi kanske idag de mest kunniga, orädda och sociala unga människorna runt omkring oss.

Lika farligt som att prata högt på bussen

För många av oss har e-posten spelat ut sin roll och i stället ersatts av Facebookmeddelanden. Med hjälp av Facebook håller du reda på födelsedagar som du inte hade en aning om. Du kan dela med dig av dina favoritbilder, länkar, filmer, musik, tankar och idéer. Här snackar vi virtuellt smörgåsbord!

Du har en spontan kontakt med vänner, släkten, barn och kollegor. Du skickar några ord, gör tummen upp.

Du hittar gamla vänner; själv har jag hittat min bästa lekkamrat, Sten-Göran, som jag inte träffat sedan vi var sju år (å andra sidan kan man undra vad vi har gemensamt idag). Häromdagen blev jag vän med Laila – hon som lärde oss alla i den lilla byn att röka när vi var 10 år. Jag har inte tagit upp den detaljen med henne ännu...

Facebook är en nätgemenskap

som grundades 2004 av en student och hans rumskamrat. Idag har Facebook över 500 miljoner användare. Det är idag det mest använda nätverket i världen.

Är du själv inte medlem i Facebook är chansen rätt stor att du känner någon av de 2,9 miljoner svenskar som redan är det. Du kan själv skapa din egen profil, lägga till vänner och skicka personliga meddelanden till dem. Det är en plats där du lämnar ut dig själv precis så mycket eller så lite, du vill.

Domedagsprofeterna pratar om kontroll, insyn, fullständig brist på integritet och naturligtvis finns det faror med att lägga ut precis vad som helst. Precis som det finns faror med att prata alltför högt på bussen, lämna för stora förtroenden till nya vänner, glömma logga ut din dator på jobbet.

Så här kan det se ut:

"Kolla solen lyser ute"

"ska till Hässleholm för att bli av med Hagström N:o 3 som har sålts. Sedan igår har jag annars åtta stycken vintage Hagströms hemma..."

"Kaffet smakar bra"

"Hanne Kjoller har varit ute och cyklat på DN:s ledarsida i rätt många år nu. Senast om Julian Assange"

"Idag äter vi helgrillat till middag"

"Det sägs att det är mildväder men det känns inte så"

"Heter han Gadaffi eller Khadaffi? Jag har alltid fått lära mig med K men tidningarna skriver med G men TV:n stavar med K."

"Drömde inatt att Facebook inte fanns, och att jag fick posta alla viktiga saker till mina kompisar. Det tog 3 dagar innan kusinerna fick veta att jag fikar, och 4 dagar innan mina vänner fick reda på att jag skulle se på TV, och ett brev blev försenat så först efter 6 dagar fick min familj reda på att jag bäddat rent i sängarna. Fy... f-n vilken otäck dröm"

På skärmen kan du följa allt; vad sonen gör, att jobbkompisen städar sin trädgård idag, någon har läst en artikel och delar med sig, syskonbarnen i Stockholm har blivit bättre och bättre på engelska.



Du tittar på några galna filmklipp och hör en musiksnutt som något lagt ut.

Dessutom har jag just berättat vad jag själv håller på med och jag vet att de som följer mig är vänner, kompisar, barndomskamrater, uppdragsgivare, arbetsgivare, gamla skolkamrater etc.

Faror med Facebook? - Barnen!

Man måste vara 13 år för att få vara med i Facebook. Och visst finns det faror. För det första bör man som förälder ha full koll på vad barnet överhuvudtaget gör på Internet. Ett tips för föräldrar är att kräva att du är vän med ditt barn på Facebook. Allt för att kunna se vad som händer, se vilka dina barn är vänner med. Tala med ditt barn om att bara ha vänner på Facebook som de är vänner med i verkligheten. Hjälp dessutom ditt barn att göra alla de säkerhetsinställningar som jag beskriver nedan.

Internet är faktiskt det största som hänt mänskligheten sedan vi uppfann hjulet och språket. Det kommer att förändra mänskligheten för all framtid, hur, vet vi inte. Men att framställa internet som en fara likställd med tobak, alkohol och narkotika är mer moralpanik och okunskap.

Det är inte internet som är farligt utan det är verkligheten.

Om datorn får bli barnvakt finns en fara. Använder man som förälder sunt förnuft när det gäller dator/internet för barnen är det förmodligen lika oskyldigt som Alfons Åberg.

Vad heter ditt husdjur

Du väljer först själv vad Du lägger ut på Facebook. En del av oss lämnar ut allt, somliga är mycket sparsamma.

MEN - och det här är viktigt för dig.

Kommer ni ihåg Sarah Palin? Hon var guvernör i delstaten Alaska men avgick oväntat. 2008 hackade någon hennes personliga e-postkonto. Det fick förödande konsekvenser för fru Palin. Man använde bl.a. hennes epostkonto för att skicka e-post till andra. Man publicerade hennes privata epostmeddelanden. Duktig hacker, tänker du.

Nja inte särskilt. Oftast när du använder e-postkonton typ Hotmail, Yahoo, gmail etc. har man frågor som du ska besvara om du skulle ha glömt ditt lösenord

- De vanligaste frågorna är
- Vad är ditt födelsedatum
- Vad är ditt postnummer
- I vilken stad föddes du
- Vad heter ditt barn
- Vad heter ditt husdjur

Känns det igen? Handen på hjärtat - hur många är det som har sitt husdjursnamn som lösenord?

Här kommer kärnan; svaren på dessa frågor finns oftast på din Facebook-sida. Du har oskyldigt lagt ut det där. För den smarte är det lätt att sedan kapa ditt e-postkonto - svaren finns ju på Facebook.



Där har du ju lagt in vilka skolar du gått på, husdjurets namn, staden du föddes i, dina barns namn, och även dina favoritfilmer kan avslöja den information som behövs för att hacka sig in i både bankprofil, e-post och alla andra lösenordsskyddade tjänster.

Openbook

En annan viktig sak är att du går till konto- och sekretessinställningar på Facebook och se till att åtkomsten för din profil bara gäller vänner. Oftast är det satt på vänner och vänners vänner.

- Skriv inte vilket år du är född
- Använd aldrig din födelseort
- Lägg inte upp dina barns namn på din sida
- Lägg överhuvudtaget inte ut din e-postadress

Under konto- och sekretessinställningar kan du också tala om att sökmotorer inte får hitta din profil. I samband med Facebooks senaste uppgradering av sin "sekretesspolicy" i december förra året tillkom en inställning för om din information ska var sökbar eller inte i externa sökmotorer, såsom Google. Problemet med ändringen är att grundinställningen är "alla". Du måste alltså aktivt gå in och kryssa bort denna möjlighet.

Tala inte om allt...

Det är dumt att skriva när du reser bort - det hjälper tjuven som ev. vill bryta sig in.

Klicka aldrig på länkar till tredje part - det kan vara skadliga program förklädda till spel eller frågesport.

Vill du inte att vem som helst ska ringa hem till dig, ska du inte lägga ut ditt hemtelefonnummer. Vill du inte att vem som helst ska kunna skicka brev till dig, ska du inte lägga ut din adress på nätet. Ett telefonnummer eller en adress missbrukas knappast bara för att de finns online, men om du retar upp någon så kommer det att ske. Kom ihåg att det är väldigt lätt att reta upp någon på nätet, och att det finns enormt många knäppgökar.

Facebook säljer sin användares personuppgifter

och om du ångrar dig är det svårt att helt radera din identitet och dina uppgifter från sajten. Tar ca 14 dagar att genomföra detta MEN om du loggar in under denna tid så avbryts processen.

Facebooktrollning

Du kanske har hört talas om begreppet "Facebookgrupp". Så fort det händer något i samhället startas det en grupp på Facebook där du kan visa ditt stöd genom att gå med. Problemet med de här grupperna är att du sällan har koll på vem avsändaren egentligen är. Många gånger går du bara med för att den rekommenderats av en kompis.

Det finns flera fall beskrivna där det uppenbart är en ren bluff. Vem minns inte gruppen "2 kr per medlem till jordbävningsoffren i Haiti"? När den gruppen fått 211 985 medlemmar byttes gruppens beskrivning ut mot en text om nekrofil.

Simma lugnt men inget är beständigt

Följ gärna mina råd ovan och se över din sekretessinställning.

För de flesta av oss, om vi följer goda råd, är Facebookvillkoren rätt ok. Men vi har inga garantier att de bilder, meddelande, länkar och personuppgifter som vi lägger ut idag inte någon gång i framtiden hamnar i orätta händer

Tänk om Facebook går i konkurs och bestämmer sig för att sälja allt till den som betalar mest?

Stina Djurberg
Teknisk redaktör för SP
Facebookare



Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor.

För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.

Årsavgift: 100:- för enskild medlem

Ständig medlem: 2000:-

Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.

Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.

Genom att bli medlem eller skänka en gåva bidrar Du till att möjliggöra psykiatrisk forskning och är med och motverkar fördomar.

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Arvid Lagercrantz



Foto: Ulla Montan



PSYKIATRIFONDEN

WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

När djinner möter svensk psykiatri



Kulturkrockar handlar ofta om sjukvårdens möte med det främmande och den annorlunde. För att få en inblick i hur "krocken" kan se ut för den som är ny i Sverige intervjuar jag doktor Sadiq Hajnur. Sadiq arbetar som hälsokommunikatör på Transkulturellt Centrum i Stockholms läns landsting. Som hälsokommunikatör informerar han nyanlända flyktingar, på somaliska, om hur sjukvården fungerar och om hälsofrågor. Sadiq är uppvuxen i Ogaden, den Somaliska regionen av Etiopien. Han fick sin läkarutbildning i Sudan och sin legitimation i Etiopien. Han har arbetat som läkare i Etiopien och Somalia, bland annat för Läkare utan gränser. Mer information om hälsokommunikatörer och Transkulturellt Centrum finns i faktarutor nedan.

Hur kan kulturkrockar se ut för somaliska flyktingar som möter svensk psykiatri? frågar jag Sadiq.

– I Somalia betraktas ofta schizofreni som orsakat av för hög IQ. Personen anses vara för intelligent och blir på grund av det galen berättar Sadiq. Andra psykiatriska diagnoser, som exempelvis depression och ångest, är sällan kända. Psykiatri är starkt förknippad med stigma och människor vill inte gärna se på sig själva som galna och i behov av psykiatrisk vård. Den som är galen blir inte respekterad av andra och riskerar tappa kontakt med familjen och mista allt socialt stöd.

– Flykten till och asylprocessen i Sverige kan vara mycket jobbig säger Sadiq. Men ändå vill människor inte söka hjälp i psykiatrin. Den som trots allt går till psykiatrin försöker "smyga" så att ingen ser. Många tror att psykisk ohälsa är orsakad av djinner (se faktaruta nedan) och föredrar att söka hjälp hos en sheikh framför en psykiater. Begreppet sheikh har lite olika betydelser men kan handla om en religiös ledare som besitter läkande krafter eller en folklig läkeman. Sheikhen kan hjälpa till med djinnerna. En sheikh, kunnig i Islam, läser ur koranen som behandling. De kan också

använda vatten med läkande kraft. Det finns de som kallar sig för sheikh men som inte är kunniga i Islam. Dessa personer försöker driva ut djinnerna på olika sätt. Exempelvis kan de, över en god gemensam måltid, diskutera med djinnerna.

– Allvarliga psykiatriska tillstånd behandlas i Somalia i den somatiska vården. Framförallt finns psykiatriska patienter på neurologiska och neurokirurgiska avdelningar. Det är mindre stigmatiserande att gå till somatisk vård än till psykiatrisk. Sadiq berättar om sin kliniska erfarenhet av att möta psykiskt sjuka patienter på sjukhus i Sudan, Etiopien och Somalia. Patienter som var identifierade som psykiskt sjuka var ofta allvarligt psykotiska och möjligheterna till behandling var starkt begränsade. Det var vanligt att patienterna var fastspända till händer och fötter. Under sin läkarutbildning läste Sadiq om andra psykiatriska tillstånd men de identifierades inte i sjukvården. Han blev förvånad när han kom till Sverige och fick höra hur många som behandlades för psykiatriska sjukdomar.

Hur kan svensk psykiatri bli mer begriplig?

– Viktigt för nyanlända flyktingar är att få samhällsorientering där information om svensk psykiatri ingår tycker Sadiq. Flyktingar som kommer till Sverige behöver få veta vad svensk psykiatri är och vad som menas med olika psykiatriska diagnoser som schizofreni, depression, ångest och psykos. Det behövs korta förklaringar så att människor kan känna igen när de behöver hjälp och att de vet hur de gör för att få hjälp. Sadiq liknar samhällsorienteringen vid folkbildning.

– Sadiq berättar att bland somalier finns en rädsla för att i den psykiatriska vården få en spruta som gör en passiv. Rädslan finns även för att aktiva barn skall drabbas av en passiviserande spruta. Det behövs mycket information till nyanlända betonar Sadiq. När vi ger information måste den anpassas till den vi möter. Den som är analfabet behöver få information på ett annat sätt än den som har en lång utbildning.

– Sadiq anser att primärvårdens roll är viktig. Kvinnor med flera barn kan ha en mycket stressig situation, särskilt om de är ensamstående. Blir kvinnorna deprimerade eller får ångest söker de sällan hjälp utan försöker klara sig på egen hand. Om kvinnorna söker hjälp så går de till vårdcentralen och söker för smärta i någon form. På vårdcentralen utreds det somatiska men sällan den psykiska hälsan. Sadiq tycker att det vore värdefullt med psykiatriska konsulten på vårdcentraler så att patienterna slipper stigmat att gå till psykiatri. En konsult brukar uppskattas och ses som en kunnig person. Sadiq anser att det vore bra om andra yrkesgrupper i kontakt med nyanlända flyktingar, som SFI-lärare och kommunpersonal, har kännedom om hur psykiska sjukdomar yttrar sig och var och hur man kan få hjälp. Dessa personer kan underlätta för nyanlända flyktingar att få hjälp i ett tidigt skede så att de inte väntar för länge.

– Folkbildning kan ske på många sätt påpekar Sadiq. För att förbättra kontakten med psykiatri är folkliga ledare och sheikher viktiga. Får ledarna veta mer om psykiatriska sjukdomar så kan de hjälpa till att sprida information om psykiatrisk vård och bidra till att den ingår förtroende. Om folkledare ser att vården är till hjälp för människor blir de positiva till den. När ledarna känner till psykiatri och vet att den är bra är vägen dit öppen. På somaliska finns ett ordspråk som säger "det ben som brutits blir inte som förr" berättar Sadiq. Det finns också ett ordspråk som säger "den som blir galen kan bli bättre men inte återställd". Förväntan på att psykiatrisk behandling skall vara till hjälp är låg bland somalier.

– Avslutningsvis säger Sadiq att det är mycket som är nytt i sjukvården för den som kommer hit som flykting och att det är mycket som behöver förklaras. Som hälsokommunikatör informerar Sadiq om hälsorelaterade tillstånd, som exempelvis vad stress kan leda till och vikten av fysisk aktivitet och hälsosam mat. För många nyanlända är detta ett nytt sätt att tänka.

Faktarutor:

Djinner

Djinner (alternativt jinner), liknar Esposito (1998 s.52), i boken "Islam. Den raka vägen", vid en sorts andar som finns i koranens universum. Djinnerna är skapade av eld till skillnad från människor som är skapade av jord. Djinnerna kan anta synlig form och kan liksom människor vara både onda och goda, de kan både synda och frälsa. Precis som människor överlämnas de på den yttersta dagen till paradiset eller helvetet. Den amerikanske antropologen Byron Good (1997) beskriver hur människor och djinner, i stora delar av den islamiska världen, interagerar i vardagslivet och hur djinner kan orsaka sjukdom och har betydelse för behandling. Till skillnad från änglar, är djinner jordiska väsen (Good 1997).

Djinner är intelligenta, och kan uppträda i olika former (t.ex. som en svart katt, get, orm, jätte eller dvärg) och de kan utföra hårt arbete (Lewis m.fl., 1965). I boken "The Encyclopedia of Islam" (Lewis m.fl., 1965) sägs att djinnerna har tre ursprung: de fanns i den arabiska världen före Islam; de är omnämnda i koranen på flera ställen, och de finns i folkliga traditioner och berättelser, som exempelvis i Tusen och en natt. Djinnerna kan uppföra sig på olika sätt mot människor. Om människorna inte irriterar djinnerna så gör de ingen skada, men djinnerna kan också ställa till med olika trick och problem. Djinnerna kan påverka människor med belöningar eller straff. Som straff kan en person drabbas av sjukdom. Sjukdomarna kan vara av olika sorter, vanligast är förlamningar och förvridna armar och ben. Ibland kan djinnerna även påverka äktenskap och orsaka skilsmässa (Lewis med fler 1965).

När djinner orsakar allvarliga sjukdomstillstånd kan de behöva drivas ut. Utdrivningen kan göras av en sheikh (i den arabiska världen) eller en hodja (folklig läkeman i Turkiet). Utdrivningen kan även göras av en kunnig lekman. Formerna för utdrivning kan variera men innehållet handlar om att utdrivaren får kontakt med djinnen och sedan förhandlar så att den drabbade befrias. Förhandlandet kan omfatta såväl hot som ursäkter (Lewis med fler 1965).

Hälsokommunikatörer

Hälsokommunikatörer i Stockholm är ett tvåårigt projekt i Stockholms län som startade 2010 av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen med stöd av Europeiska flyktingfonden. Syftet med projektet är att främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända asylsökande och flyktingar. Hälsokommunikatörerna informerar om: hur man kan hitta rätt i vården; hälsoundersökningar för asylsökande; hälsofrämjande livsstil; egenvård och munhälsa; och stresshantering. Informationen ges på arabiska, persiska, somaliska och tigrinja.

Utifrån Sadiqs berättelse framstår information och folkbildning till nyanlända flyktingar men också samarbete med folkliga företrädare som viktiga vägar till att begränsa kulturkrockar och skapa förutsättningar för meningsfulla möten i den psykiatriska vården.

Sofie Bäärnhielm
Överläkare, med dr
Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Faktaruta:

Transkulturellt Centrum

Transkulturellt Centrum är Stockholms läns kunskapscentrum i transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt tandvård för asylsökande och papperslösa. Centret startade 1999 och stödjer vårdpersonal i Stockholm med handledning, konsultation, rådgivning, utbildning, information, nätverk och olika former av samverkan. Utbildningar anordnas på Centret men också på lokala arbetsplatser. Handledning, konsultation och rådgivning är kostnadsfri (för verksamheter med avtal med SLL). Centret har också ett kostnadsfritt nyhetsblad som ges ut tre gånger årligen (för prenumeration skicka e-post till info.tc@sll.se, märkt "Nyhetsbladet"). Vid centret finns nätverk bland annat för transkulturell psykosvård, asylsjukvård och läkare inom psykiatri. Varje höst anordnas en fördjupningsutbildning i transkulturell psykiatri. För mer info se hemsidan: www.slso.sll.se/tc

Referenser

Esposito LJ. Islam. Den raka vägen. Lund: Studentlitteratur; 1998.

Good, B.J. (1997). Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective.

UK: Cambridge University Press.

Lewis, B., Pellat, CH., & Schacht, J. (1965). The Encyclopaedia of Islam, New Edition, Volume II. London: Luzac & CO.



Fotograf: Maria Bergman

Ingemar Engström fick debattpris!

Ingemar Engström, professor i barn- och ungdomspsykiatri i Örebro, och ordförande i Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, tilldelades i januari Dagens Medicins stora debattpris.

Ingemar Engström fick priset för att han varit aktiv i ett flertal högaktuella debatter, bl.a. om vård i livets slutskede och organdonation.

I juryns motivering framhålls att han på "ett pedagogiskt vis satt ned foten i etiska spörsmål och pekat på frågor som behöver diskuteras vidare".

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Socialstyrelsen bidrar till god vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa

Jag är mycket glad för möjligheten att skriva i tidningen Svensk Psykiatri. Att utveckla dialogen med professionen är något Socialstyrelsen har prioriterat de senaste åren bland annat genom det s.k. NU-projektet som nu är avslutat. I den strategi som myndigheten har lagt fast för psykiatriområdet fram till 2014 vill vi fortsätta på den vägen. Jag vill ta tillfället i akt och redovisa vilka frågor vi övrigt tänker driva de närmaste åren.

I somras publicerade Socialstyrelsen rapporten *Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård*. Rapporten är en utvärdering av vuxenpsykiatri i Sverige och ett steg på vägen mot att öppet kunna jämföra och utvärdera psykiatriens resultat. Den visar att psykiskt sjuka dör betydligt oftare än andra i sjukdomar som går att förebygga eller behandla. En lungcancerpatient med psykisk sjukdom löper 50 procent större risk att dö till följd av cancer än andra. De psykiskt sjuka vårdas på sjukhus i större utsträckning för sjukdomar som hade kunnat tas om hand inom öppenvården om de hade fått adekvat behandling i tid. Under de senaste fem åren har dödligheten efter hjärtinfarkt minskat med 10 procent. Denna förbättring i överlevnad finns inte alls hos psykiskt sjuka.

Naturligtvis är denna ojämlikhet i hälsa ovärdig ett välfärdssamhälle som vårt. Frågan om förbättrad somatisk hälsa för personer med psykisk sjukdom står därför högt på dagordningen för Socialstyrelsen. Vi kommer att göra fördjupade analyser av förhållandet mellan psykisk sjukdom och somatisk hälsa samt tydliggöra för huvudmännen att de har ansvar för att dessa personer får ta del av förebyggande insatser och effektiv behandling på villkor som är anpassade till deras förutsättningar och behov. Även om detta inte är ett huvudansvar för den specialiserade psykiatrien måste den naturligtvis samverka med t.ex. primärvården och annan specialistvård. Jag noterar med tillfredsställelse att Psykiatriska Föreningen tagit initiativ till professionella riktlinjer för behandling av det metabola syndromet.

För Socialstyrelsen är kunskapsstyrning en huvuduppgift. De senaste åren har vi publicerat nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, för psykosociala insatser vid schizofreni, för demens och för missbruk och beroende. Det är en stor utmaning främst för huvudmännen att säkra att riktlinjerna också gör skillnad i praktiken för de patientgrupper de berör. Riktlinjerna för ångest och depression förutsätter t.ex. att det finns tillgång till psykologisk behandling i primärvården och att det finns ett bra samarbete mellan vårdcentralerna och den specialiserade psykiatrien.

Ett område som jag vill lyfta särskilt är tvångsvården, och där är jag angelägen om att få en bra dialog med professionen. Tvångsvården är prioriterad för Socialstyrelsen därför att den utgör en mycket ingripande myndighetsutövning mot enskilda som dessutom i de flesta fall är svårt sjuka och har svårt att själva hävda sina intressen. Vi måste som tillsynsmyndighet ställa höga krav på sådan verksamhet, inte därför att vi misstror psykiatrien

utan därför att det följer av vår uppgift att värna rättssäkerheten för medborgare i sådana situationer.

Jag har förhoppningar på det utvecklingsarbete som bedrivs av SKL och ser att det blir en viktig uppgift för Socialstyrelsen de närmaste åren att följa utvecklingen inom den psykiatriska tvångsvården.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat en rad problem och brister inom den vård som ska finnas för barn och unga med psykisk ohälsa och sjukdom. Detta är en grupp som mår allt sämre. Vi ser fler utåtagerande pojkar och självskadande flickor. De psykiska problemen bland barn i asyl- och migrationssituationer ökar. Därför genomförde Socialstyrelsen en omfattande tillsyn av hela den vårdkedja som har ansvar för vården av barn och ungdomar med psykisk ohälsa och sjukdom. Vårdcentraler, BVC, ungdomsmottagningar, skolhälsovård och öppen och slutenvård inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP, har inspekterats. Resultaten har publicerats i rapporten *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*

På många håll saknas förebyggande och tidiga insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Barnet riskerar att helt bli utan vård, vilket kan få livsavgörande konsekvenser. Anledningen till oklarheterna är att kommuner och landsting ger otydliga uppdrag eller inga uppdrag alls till verksamheterna. I knappt hälften av de granskade journalerna från öppen vård hade patienterna haft kontakt med en läkare. Utan specialistläkarkompetens – i samverkan med övriga professionella kompetenser – blir det svårt att värdera patienternas hela behov. Därmed riskerar patienterna att få felaktiga eller bristfälliga insatser.

De granskade journalerna visade oacceptabla dokumentationsbrister. Nära hälften av journalerna från den öppna vården saknade t.ex. dokumenterad diagnos. Socialstyrelsen bedömde att en femtedel av journalerna inte innehöll godtagbar dokumentation, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

Granskningen visar att det på många håll är oklart vem som har ansvar för att ge de primära behandlingsinsatserna till barn mellan 6 och 18 år med psykisk ohälsa. Det är ett allvarligt brott i vårdkedjan när dessa tidiga insatser, som kan förebygga psykisk sjukdom, saknas. Det beror ofta på att kommuner och landsting inte gett något uppdrag, eller otydliga uppdrag, till verksamheterna. Det skapar oklarhet kring ansvarsfördelningen med resultatet att ingen tar ansvar.

Avslutningsvis vill jag slå fast att vård och stöd till personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning är ett prioriterat område för Socialstyrelsen. Kanske har vi syns lite mindre i dessa frågor i samband med den stora omorganisationen som myndigheten genomgått under 2010. Arbetet har emellertid inte avstannat och vi ser nu fram emot en period där Socialstyrelsen kommer att ha en tydlig position i frågor som rör psykisk hälsa. En fortsatt dialog med professionen är en förutsättning för att detta ska lyckas.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Att bli sig själv igen

– med effektiv behandling

En väg ut ur det svåra

Som specialist på depressionssjukdomar är du naturligtvis intresserad av att kunna erbjuda dina patienter en effektiv behandling. Därför bör du titta närmare på Cipralex® (escitalopram).

Cipralex är ett modernt* antidepressivt läkemedel som med dokumenterat god effekt¹⁻² ökar möjligheterna att behandla patienterna till remission.

Patienter i remission hittar snabbare tillbaka till en fungerande vardag och får en ökad livskvalitet – viktiga mål såväl för dig som specialist som för patienten och dennes anhöriga.

  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2010-08-24. 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.

* SSRI/SNRI

- 1) Cipriani et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- 2) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Medisinsk metodevurdering, Rapport Nr 17-2007.

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

CINP World Congress i Stockholm 2012

Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) arrangerar vartannat år en världskongress med ca 5000 deltagare.

Nästa kongress kommer att äga rum i Stockholm 3-7 juni 2012.

För mer information se <http://www.cinp2012.com/>

Allt är inte depression som suckar



Oxveckorna råder och tidningen innehåller regelbundet reportage om folksom inte kommer till arbetet på grund av bister vinterväder. Småbarnsföräldratillvaron lägger till ytterligare en dimension till dragdjursupplevelsen. Fritiden är inte längre särskilt fri, och vårt enda stående program är 40 grader, någon enstaka gång strykfritt, i tvättstugan.

Dagens höjdpunkter har ändrat karaktär och följer i stort sett vår dotters utveckling. Vem kunde ana att en liten smakportion med mosad palsternacka skulle bli en livshändelse?

I det trägna stretandet återstår en relativt lättåtkomlig kulturupplevelse – man kan ju fortfarande läsa. En vänlig kollega lånade mig Horwitz och Wakefields *The loss of sadness, how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. En av bokens förtjänster är att den titeln till trots inte är antipsykiatrisk. Författarna tillstår villigt att depression existerar och att det kan vara ett gastkramande tillstånd. Deras poäng är att människor kan reagera med nedstämdhet på yttre livshändelser utan att nödvändigtvis ha en egentlig depression. Enligt författarna började inflationen i depressionsbegreppet i och med att DSM III 1980 tog bort kontexten i diagnoskriterierna för depression, med sorgreaktion som undantag och möjlig reaktiv differentialdiagnos.

Behandlar vi då i psykiatrin individer som är ledsna utan att vara egentligen deprimerade? När jag rannsakar mig själv kommer jag att tänka på några patienter där jag nog med fördel kunde ha vilat på receptblocket. För en ung kvinna vars nedstämdhet började när hennes pojkvän häktades för våldtäkt på en annan kvinna, var den avgörande insatsen snarast att se till att hon fick samtalstöd för att bringa reda i sin reaktion. Hennes symtom uppfyllde för all del DSM IV-kriterierna för depression, men så här i efterhand undrar jag om hon inte belyser Horwitz och Wakefields tes att man i en förtvivlad livssituation kan uppfylla diagnoskriterierna utan att ha en egentlig depression. Patienten anade intuitivt detta själv och påbörjade inte sin förskrivna antidepressiva medicinering.

Samtidigt slår det mig hur sällan jag tycker att den psykiatriska patientens lidande helt kan förklaras med normalpsykologiska termer. Jag har i psykiatrin flera gånger upplevt det som Peter Kramer beskriver i *Listening to Prozac*, att en del patienter blir bättre med antidepressiv medicinering än de någonsin varit, utan att för den sakens skull vara hypomana eller maniska. Det rör sig då om patienter med komorbiditet, som förutom effekt mot sin depression får lindring mot exempelvis ett plågsamt ångestsyndrom.

Kristänkandet har för övrigt prövats i psykiatrin, särskilt under det progressiva 70-talet. En av mottagningarna i vår sektor kallades under en period för krismottagning, där arbetshypotesen var att patientens symtom kunde ses som en reaktion mot psykiska stressorer. Följdriktigt inriktades behandlingen primärt på krishantering.

När en av överläkarna på mottagningen tjänstgjort ett flertal år fick hon frågan om hur många rena krisreaktioner hon träffat som psykiater. "Kanske ett tiotal", blev hennes summering. När patienten ständigt befinner sig i kris får man överväga annan primärdiagnos än krisreaktion.

I första linjens psykiatri, inom primärvården, är läget annorlunda. Patientens symtom låter sig oftare sammanfattas med en, eller i vissa fall ingen, diagnos. När endast de äldre antidepressiva medicinerna, i första hand tricykliska antidepressiva, stod på den farmakologiska menyn, fanns det en viss självreglering i förskrivandet. Att sätta in exempelvis Tryptizol var ett stort beslut, då man kunde räkna med biverkningar. Muntorrhet var en del av paketet. På de psykiatriska avdelningarna fanns rutiner för laxering. De relativt skonsamma SSRI öppnade upp för en bredare marknad och attityden "man kan ju testa". Problemet när man behandlar stressreaktioner med antidepressiva är dock att man förutom biverkningar och tveksam effekt tilldelar patienten en sjukroll, som borde förbehållas dem som faktiskt är sjuka.

I bedömningen av en reaktion är proportionaliteten mellan livssituation och symtom enligt Horwitz och Wakefield central. Psykotiska symtom talar för sjukdom, oavsett yttre omständigheter.

Som kvällens psykiatrijour skrev jag en gång in en man som blivit mobbad på sin arbetsplats och slutligen bryskt avskedad. Föregående läkare bedömde det som en krisreaktion, för vilken patienten med from förhoppning om samtalskontakt hänvisades till sin vårdcentral. När jag kom in i rummet där patienten satt drabbades jag av den förstämning som kan finnas runt patienter med en rejält sänkt grundstämning, som är deprimerade så att det "ryker" om dem. Patienten öppnade samtalet med sammanfattningen: "Det luktar svavel härinne". Efter en stunds samtal framkom att patienten var övertygad om att han i själva verket var död och befann sig i helvetet. Trots detta såg han sig kontinuerligt om efter någon lämplig anordning för att hänga sig i. Föregående bedömning kastades i papperskorgen och patienten fick extravak och ECT, med "Lazarus-effekt" (patienten bokstavligen väcktes från de döda), trots kvarstående besvärlig livssituation.

Som alltid är det således inte bara en fråga om hur patienten har det, utan också hur patienten tar det. Psykiatrins kärngrupp är människor vars lidande inte uteslutande förklaras av hur de har det. ◀

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Inspirerande psykosvård i Melbourne

Christoffer Rahm, ST-läkare i psykiatri i Stockholm, har gjort en studieresa till Melbourne, Australien, och psykosvården där. Han imponerades och inspirerades av deras verksamheter för nyinsjuknade och för långtidssjuka, terapirefraktära patienter.

Hur skulle du göra? Låt oss säga att du var chef i psykiatri och fick medel att bygga upp en ny psykosvårdsinrättning. Skulle du satsa på de unga nyinsjuknade och de i riskgruppen för att få en psykos? Eller skulle du satsa på de i andra änden av spektrat; långtidssjuka, terapirefraktära, utslagna?

Om du var nybliven specialist – var skulle du välja att jobba?

Antagligen skulle många välja det förstnämnda. Nyinsjuknadegruppen är i ropet, arbetet känns dynamiskt, är akademiskt högtintressant, och man får känslan av att *man faktiskt kan göra något*. Terapirefraktära associeras snarare med fait accompli, nedlagda vapen och handpåläggning.

Glädjande nog, efter att ha haft möjlighet att se och delta i vården på två kliniker som sysslar med vardera av dessa patientkategorier – Orygen Youth Health respektive Sunshine Hospital i Melbourne – måste jag säga att de båda ter sig lika lockande numera. Inte minst därför att jag har fått upp ögonen för hur spännande (och välgörande) vården för de allra sjukaste kan vara.

Resan förverkligades tack vare Johan Cullbergs resestipendium och i det följande ska jag berätta om mina intryck.

Orygen Youth Health

Strax nordväst om Melbourne, i ett område fullt med kyrkor och små sjukhus, på 35 Poplar Road, ligger en oansenlig byggnad som man inte skulle märka om det inte vore för den lila fasaden och känguruskulpturen i trä som pryder entrén.

Därinne pågår sedan mitten av 1980-talet ett ofta uppmärksammat och prisat arbete med att ge unga i riskzonen för psykosinsjuknande, eller med etablerad sjukdom (psykotiska och bipolära syndrom och borderline personlighetsstörning) ett bra omhändertagande. Designern bakom det hela heter P.D. McGorry och med hans intresse för tvärdisciplinära angreppssätt har det byggts upp en verksamhet som i behandlings- som forskningshänseende genomsyras av ett biopsykosocialt tänkande i uttryckets mest positiva bemärkelse.

Vad jag imponerades mest av, förutom deras högriskgrupp och att de anlagt en infrastruktur som så naturligt integrerar forskning med kliniskt arbete, var deras psykosociala omhändertagande.

Vad sägs till exempel om följande:

Patient- och föräldraambassadörer, d.v.s. sådana som kommit en bit in i behandlingen, som rutinmässigt tar kontakt med nyinskrivna och sedan fortsätter att hålla kontakten.

Seniorerna fick känna sig behövda och kunde använda sig av sina

erfarenheter och juniorerna fick en förebild och ett unikt stöd. På det hela taget bidrog det till en kamratlig och uppmuntrande attityd.

Ambitiösa satsningar på att alla patienter skulle ha jobb. Genom samarbete med motsvarande Arbetsförmedlingen – en förmedlare kom ut till kliniken två gånger i veckan – hade andelen med jobb höjts från 50 % till 85 %.

Speciellt förebyggande program för individer med hög risk för allvarlig våldsamhet, i samarbete med rättspsykiatrisk öppenvård.

Det fina med högriskgrupperna är förstås att det är ett fönster in i sjukdomen, en möjlighet att studera syndromet utan dess symtom, men även ett sätt att kunna hitta riskmarkörer och kanske behandlingsvägar att hindra eller lindra sjukdomens mer akuta uttrycksformer senare.

I början av projektet för 10-15 år sedan var det 40 % av patienterna som utvecklade en psykos men i takt med att projektet blivit känt och antalet remisser ökat så har gruppen späts ut och nu är de nere i 20 % – en erfarenhet man delar med andra högriskcentra runt om i världen. Professor Alison Yung, ansvarig för högriskprojektet, manade till eftertanke apropå det, när jag nämnde intresset att starta en liknande mottagning hemmavid.

En sak förbryllade mig; att man inte alls använder sig av undersökningsmetoder såsom strukturell MRI på kliniska frågeställningar, trots att det sedan länge görs mycket fin forskning med lovande resultat just här. Men nej, man tycker inte att data håller än.

Och så knäckfrågan: gör detta behandlingskoncept att patienterna mår bättre? Flera jag intervjuade hänvisade till en pågående studie, men vad man hittills kunnat visa är att denna typ av omhändertagande tycks skjuta upp insjuknandet och tar udden av första akutfasen.

Sunshine hospital

När jag ändå var nere i Melbourne passade jag på att maila till en förgrundsgestalt inom min egen forskningsnisch - professor Christos Pantelis – som har sin verksamhet där, och undrade om det gick att träffas. Med vändande post fick jag positivt svar och sedan följde några dagar när han inte bara med generositet och värme introducerade mig till sin egen forskargrupp utan också tog mig med till den avdelning han nyligen öppnat på Sunshine Hospital en bit utanför centrum.

Avdelningen riktade sig mot patienter med terapirefraktär schizofreni med kroniskt förlopp. Patienterna vårdades innerligt mellan sex månader och två år.

De utreddes på nytt, "case managed" och genomgick strukturerade kontrollerade återinsättningar av medicin. Hela avdelningen andades optimism och framåtanda och den neurovetenskapliga grundsynen på schizofreni avspeglades i arbetssättet. Jag fick följa med Pantelis på ronder och i patientsamtal och på rundvandringar i lokalerna.

Mitt intryck var att man med ett strukturerat och hängivet arbete i denna patientgrupp har möjlighet att verkligen göra skillnad. Och, att denna grupp patienter är nog så attraktiv för en modern psykiatri som någonsin de nyinsjuknade. ◀

**Text och foto:
Christoffer Rahm**
ST-läkare Psykiatri Sydväst Stockholm,
doktorand vid Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet.



Gina Woodhead, arbetsterapeut och samordnare för de psykosociala programmen vid Orygen Youth Health. En av idéerna hon förverkligat är den om patient- och föräldraambassadörer för nyinsjuknade.



Informationsmaterialet till patienter, anhöriga och besökare var professionellt utformat och inbjudande formulerat.



Besök på Sunshine Hospitals 26-bäddsavdelning för svårbehandlade långtidssjuka patienter med schizofreni. Från vänster: ST-läkare Brij Kishore, professor Christos Pantelis, jag själv och överläkare Naveen Thomas.

Kalendarium

16-18 mars 2011
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

24-26 augusti 2011
9th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
<http://eventus.trippus.se/9th-NSFP>

6-7 april 2011
BUP-kongress i Örebro
<http://www.svenskabupforeningen.se/>

2-4 september 2011
14th International Conference for Philosophy and
Psychiatry
Göteborg
<http://sffp.se/EEE.html>

2nd Young Psychiatrists Network Meeting
6-8 april 2011, Riga, Lettland

12-14 april 2011
52nd Annual Meeting of the SCNP (Scandinavian
College of NeuroPsychopharmacology)
Oslo, Norge
<http://www.scnp.dk/>

3-7 september 2011
24th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Paris, Frankrike
<http://www.ecnp.eu/emc.asp?pagelid=1686>

4-7 maj 2011
The 14th Nordic Sleep Conference
Reykjavik, Island
<http://asp.artegis.com/nsc2011>

17-21 september 2011
8th Congress of International Society for Adolescent
Psychiatry and Psychology, Berlin, Tyskland
www.isapp2011.org

14-18 maj 2011
164th Annual Meeting of the American
Psychiatric Association
Honolulu, Hawaii, USA
<http://psych.hawaiiiconvention.com/us>

18-22 september 2011
15th World Congress of Psychiatry
Buenos Aires, Argentina
http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=16&content_id=707

29 maj - 2 juni 2011
10th World Congress of Biological Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.wfsbp-congress.org

30 november-2 december 2011
Medicinska Riksstämman
Stockholm
www.svls.se

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se



Varför blev jag psykiater?

En personlig betraktelse

– Varför skall du bli psykiater? Du verkar ju rätt normal och vettig!

Den unge läkaren på det stora universitetssjukhuset spände ögonen i mig, när han frågade. Jag var jourhavande underläkare och hade bedömt en patient på hans medicinavdelning, skrivit ett remissvar och ville nu även muntligen avge mina synpunkter. Det här var för många år sedan, men jag minns det fortfarande. Frågan kom oväntat, provokativt och nyfiket undrande. Jag kom av mig och hade inte något bra svar.

– Är du säker på att jag är så normal, då? sade jag till sist. Han skrattade litet generat. Ja, varför skall man vara psykiater? Låt mig börja med några patientfall innan jag nu idag försöker besvara frågan.

– Var så god och kom med, sade jag efter att ha hälsat och hämtat min patient på mottagningen. Vi gick ner i källaren, där jag hade en skrubb som min expedition som underläkare. Det var senhöst och det började redan skymma. Det var sista patienten för dagen och det var alldeles lugnt och tyst på hela mottagningen. Han var en student som enligt remissen hade fastnat i studierna och satt hemma och isolerade sig på sitt hyresrum.

– Varsågod och berätta, sade jag. Han började trevande berätta om sina studier och om sitt ensamma liv. Han hade inga kompisar.

– Vad har du för besvär? fortsatte jag.

– Jag har inga besvär, sade han. Jag förstår inte varför jag skulle komma hit, sade han. Det var hans faster, en känd läkare, som hade remitterat honom. "Gossen är inte allvarligt sjuk, men astenisk och kanske på väg att bli deprimerad" stod det i remissen jag hade framför mig. Vi fortsatte. Jag ställde några frågor, men fick egentligen inte några riktiga svar. Vi kommer ingen vart, tänkte jag. Antingen litar han inte på mig eller så har han inte så mycket besvär.

Men varför hade han kommit efter i studierna då? Han tittade ogärna på mig, men plötsligt sade han försiktigt avvaktande,

– Jag har inte tid att studera. Jag har så mycket annat att stå i.

– Jaha, sa jag

– Jag har ansvar för bilarnas avgasutsläpp

– Oj, har du det. Jag tittade på honom nyfiket. Han sade det fullständigt lugnt och naturligt. Mörkret höll på att sänka sig. Det var alldeles knäpptyst i rummet. Vem är det som

håller på att bli galen här, jag eller patienten, tänkte jag?

Det här utspelade sig vid den tiden då några journalister hade lurat sig in på Sundby mentalsjukhus, för att sedan skriva negativa artiklar om psykiatrin. Är han journalist, tänkte jag. Plötsligt sade han,

– Det som är tyngst, är att jag också har ansvar för kemiindustrin. Jag vill stoppa miljöutsläppen. Tyvärr håller några som inte vill det, på att förgifta mig. Jag klarar mig inte hemma längre, Dom släpper in giftiga i rummet. Dom är ute efter mig!

– Då tycker jag att du skall stanna här, sade jag. Kom så går vi upp på min avdelning och du får ett rum och en sängplats, så att du kan ta det lugnt, och så får vi prata mer sedan.

På den tiden fanns det slutenvårdsplatser och det var en lugn vårdmiljö. Dessutom fanns det ingen öppenvårdsorganisation som kunde ta hand om människor som insjuknat i psykos.

– Var så god och sitt, sade jag och visade min patient på sittgruppen på min överläkarexpedition. Det var en 55-årig major, klädd i kostym och slips och lite stram. Jag såg på en gång, att han granskade mig från topp till tå och bleknade,

"Fan också, vilken otur, när jag äntligen tog mod till mig att söka", såg jag att han tänkte. "och så kommer jag till en sån där skäggig vänsteridiot, visserligen i kavaj men i jeans!" Han satte sig i alla fall. Han var långsam och trevande. Ansiktet var utslätat. Han berättade så småningom att han fått byta arbetsuppgifter gång på gång; fått flytta till nytt regemente flera gånger. Allt skulle läggas ned. Han hade fått allt svårare att sova, låg bara och grubblade på att han var så värdelös att inget regemente ville ha honom. Hustrun klagade och stod inte ut med honom längre. Jag insåg att han hade en rejäl depression. Jag förklarade vad en depression var och att han måste ha behandling och att man blir bra igen. Jag fick intrycket av att han glömt bort att jag var en sådan där vänsteridiot. Efter ett tag frågade jag om självmordstankar.

– Nej, inte direkt, jag måste tänka på min familj, sade han. Militärer har tillgång till skjutvapen. När jag direkt tog upp frågan, lovade han dyrt och heligt att inte skjuta sig.

– Du får komma tillbaka redan om två dagar och jag skulle uppskatta, om du ville be din fru komma med, så kan jag informera henne om depression.

– Ja, sade han.

– Var så god och sitt sade jag till den spända och ångestfyllda kvinnan. Hon såg lite förvirrad ut när hon såg mitt stora klinikchefsrum med stort arbetsbord och soffgrupp.

– Slå dig gärna ner i soffan där, sade jag och pekade. Hon hade haft svåra ångestattacker och sökt på medicinjouren upprepade gånger. Hon var helt övertygad om att hon skulle dö. Man hade lyssnat på hjärtat, tagit EKG, blodprover och till slut också gjort arbetsEKG och ekokardiografi. Det fanns inget kroppsligt fel på henne. Hon förstod det nu, men var ändå osäker. Kanske hade hon någon konstig cancer istället. Jag frågade sedan hur hon hade det i livet. Jo hon var sekreterare. Trivdes med sitt arbete. Var gift och hade två barn 7 och 11 år. Allt var bara bra med maken och barnen. Möjligen var hon lite bekymrad över sin egen mor, som blivit änka och var rätt beroende nu av henne.

– Men, sade hon, det är synd att klaga.

Jag började så småningom försöka förklara skillnaden mellan rädsla och ångest och om kroppens larmsystem. Jag har en standardversion, där jag beskriver, vad som händer med en, när man går över en åker och det plötsligt kommer en tjur emot en, varför larmsystemet slår på och varför man andas häftigt och får hjärtklappning. Jag tittade på henne noga och upptäckte att hon inte hört något av det jag sagt.

– Du har ett litet blåmärke på kinden, sade jag frågande.

– Jo, jag slog i en skåpdörr hemma, sade hon.

– Ja... sade jag dröjande. Hon tittade på mig. Plötsligt fick hon tårar i ansiktet. Det var tyst. Så sa hon med låg röst,

– Min man har slagit mig.

– Oj! sade jag.

– Han slår mig ibland, när han dricker, men jag kan inte skilja mig ännu. Barnen är för små...

Nu, närmare 35 år efter att underläkaren ställde den provocativa frågan till mig, skall jag försöka svara honom. Var han nu finns? Hur kan man år ut och år in ständigt möta nya människor i djup nöd och som lider? Ibland möter man människor som missbrukar, är aggressiva och skäller ut en. Riskerar man inte att till slut bli cynisk eller nedsliten? Det kan finnas många orsaker och ibland tillfälliga faktorer som leder till ens yrkesval, men omedelbart kommer jag att tänka på två förhållanden, som är viktiga för mig och dessutom fem punkter, som gjort det möjligt för mig att inte bli skadad av yrket.

Att få göra nytta.

Vi har våra olika yrken för att kunna försörja oss. Kan man dessutom känna att man gör nytta, berikar det ens tillvaro. Jag valde inte psykiateryrket medvetet för att göra nytta, men alltmer under åren har det bidragit till en viktig del i meningen med mitt liv. Jag upplever nästan varje dag att jag gör nytta.

Tvärtemot vad många tror kan man nästan alltid hjälpa människor med psykiska störningar. Många blir faktiskt helt bra, låt vara att det ibland kan vara trots behandling.

Att få vara intellektuell

Jag tänkte läsa litteraturhistoria, men vågade inte. Hur skall man kunna försörja sig på det? Jag visste som nybliven student att jag inte ville bli civilingenjör eller läkare. Inget fel i de yrkena, men det var nog inget för mig. Däremot har litteratur, filosofi och relationer människor emellan alltid varit mina stora intressen. Jag blev biträdande psykolog, men på den tiden i slutet av 1960-talet satt de kliniska psykologerna för sig själva i en källare och deltog inte i den kliniska vardagen. Dessutom ville jag ha inflytande och därför blev jag så småningom psykiater. Psykiatri är ett yrke, där man för att klara den kliniska vardagen är tvingad att på ett intellektuellt och kognitivt sätt samtidigt kombinera fyra referensramar: Den biologiska, den psykologiska, den sociala och den existentiella; ett arbete där jag kunnat ständigt få fördjupa

"Livet är kort men konsten är lång"

mina intressen.

Efter 35 år i yrket, kan man tro att man sett det mesta och att det egentligen inte finns några nya situationer. Men så är det inte. Ritningarna stämmer inte alltid. Variationen är mycket stor. Vi människor är ju lika men också oändligt olika. Detta är en intellektuell uppgift!

Fem punkter för att klara yrket

Det är fem punkter, som gör att jag inte blivit nedsliten. Jag är nu så gammal att jag skulle vilja berätta för yngre kollegor och studenter, varför det kan vara ett berikande yrke att vara psykiater. "Livet är kort men konsten (dvs. läkekonsten) är lång", sa redan Hippokrates.

1) *Relationen.* Man måste våga ge sig in i en relation med sina patienter. Denna relation är strikt yrkesmässig och ojämlig. Det är laddning i den under mötet. Patienten skall känna att läkaren ser henne eller honom. "Doktorn är här för mig nu. Jag är viktig". Den kände psykiatriprofessorn Irvin Yalom har i sin bok *Terapins gåva* (Natur och Kultur, 2003) givit ett credo till yngre terapeuter. Som en röd tråd genom hela boken ligger vikten av relationen till patienten. Det här med relationen var inte något jag kunde sätta ord på, som ung underläkare. Tvärtom skämdes jag lite, när jag gick i terapiutbildningar och fick lära mig att vara passiv och inte synas. Jag är alldeles för aktiv, tänkte jag. Tur att mina kollegor inte ser mig, när jag sitter ner med mina patienter, tänkte jag. Men jag lyckades ofta inte så illa.

Med åren har jag förstått, att när en yrkesmässigt bra relation har etablerats, kan patienten i större utsträckning lita på mig, och lättare ta till sig mina synpunkter och följa ordinationer. Nu är det inte alltid enkelt. Tyvärr har många patienter haft så dåliga erfarenheter, så att de inte kan lita på någon. Det gäller särskilt unga människor med otrygg anknytning. Man blir ofta testad på relationen och det gäller att vara ärlig! Även om det är laddning i relationen, vet patienten att den är yrkesmässig.

Man måste också vara beredd att gå in i en tydlig yrkesmässig relation med sina medarbetare. Som psykiater bli man patientansvarig doktor även för patienter man inte ens sett, dvs. patienter som går hos psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och andra medarbetare. Här finns enligt min uppfattning ett felaktigt ansvarstänkande, vilket skrämmar unga doktorer från yrket. En erfaren psykolog kan självklart göra en bättre självmordsriskbedömning än en AT-läkare, ändå får AT-läkaren det yttersta ansvaret. Psykologen är också anställd inom sjukvården. Läkarrollen har traditionellt varit utformad: en läkare – en patient. Som psykiater är man inte med automatik bra på att arbeta i team. Men lär man sig, är det mycket stimulerande. Ett moget team är slagkraftigt och kan på ett bra sätt förena de fyra referensramarna. Teamet har mer kunskap ihop än varje enskild medarbetare. Jag har haft förmånen att få arbeta i flera mycket bra team.

2) *Ett terapeutiskt förhållningssätt.* Utan ett gott terapeutiskt

“Det finns tre sorters psykiatrer: De lata, de tokiga och de kloka.”

förhållningssätt överlever man inte psykiateryrket bra. Många som hört mig undervisa, har hört mig berätta historien om den nyutexaminerade skogsvaktaren, som hade en lapp i fickan, som han tittade på i smyg med jämna mellanrum. I ett obevakat ögonblick såg en skogshuggare vad det stod på lappen. Där stod: gran – korta barr och tall – långa barr. Så efter en konstpaus säger jag, Ni skall ha en mental lapp i fickan och på den står det: Närhet – Distans. Varför krångla till det hela. Först måste man gå nära och få historien och se patienten. Sedan måste man distansera sig och fundera över det man hört och sett. Det är en intellektuell och kognitiv process: ”Hur stämmer det jag hört med min kunskap?” Man måste pendla mellan närhet och distans. Är jag bara nära hela tiden, blir jag uppslukad av patienten och förlorar förmågan att använda min kunskap. Ett bra exempel på detta är hur illa det brukar gå om man försöker vara doktor för sina närmaste.

Det låter så lätt det här. Men det är inte alltid lätt. Först skall man se vad det är som pågår, men det är inte alltid man gör det! Ibland ser man inte blåmärket. Sedan skall man förstå det man har sett, men det är inte alltid man gör det och framför allt inte på en gång.

Till sist skall man svara på det man sett och förstått och det är inte alltid man gör det.

3) *Kunskap.* På den tiden jag handledde kandidater på avdelningen brukade jag ibland vid första träffen, säga en sak, som jag generat tänkte var en billig poäng att bli populär på. Men dessvärre behövdes det ofta sägas. Kandidaterna drog ju från kurs till kurs, motiverade, prestationsdrivna och ibland var de ansträngt pådrivna av andra kollegor. Jag brukade då säga, ni behöver inte kunna den här kursen innan ni har gått den. Man riktigt såg hur kandidaterna slappnade av. Men blir ni psykiatrer och har jobbat i fem år då är det en skandal om ni inte är kunniga!

Kunskap är självklart viktigt och man blir aldrig fullärd. En fördel med åren är att man kan bli mer ödmjuk. Som kliniker har jag under många år ringt till kollegor, som forskat på olika områden eller arbetat inom olika discipliner och frågat dem till råds. De har alltid varit trevliga och jag har fått många bra svar. Sedan är det inte alltid jag lytt råden. Man måste ju väga ihop allt det man har om patienten. Men för mig har det varit ett mycket bra sätt att dra nytta av andras kunskap.

4) *Självkännet.* Jag har ibland brukat reta mina kollegor och säga att det finns tre sorters psykiatrer, nämligen: De lata, de tokiga och de kloka. Sedan brukar jag säga att min tystnadsplikt förbjuder mig att avslöja vilken kategori jag själv tillhör. Möjligen kan jag ha en släng av alla tre kategorierna. De lata psykiatrerna är på utdöende med den psykiaterbrist som finns idag och alla rimliga och orimliga krav som ställs på oss. Att försöka ha distans till sig själv är nödvändigt för att orka vara psykiater. Arbetet är också bara en del av livet. Hur får man självkännet för att arbeta bra i yrket? Här finns naturligtvis många vägar. Först och främst behövs en beredskap till självreflektion och kommunikation med sina medarbetare. Tidvis har det varit en ganska het diskussion inom psykiaterkåren, om man som specialist i psykiatri borde gå i en obligatorisk utbildningsterapi. Jag tycker det borde vara en självklarhet. Som kliniker, men även om du blir chef, använder du dig själv som instrument i mötet med patienten eller med personalen. Skall du kunna använda din teoretiska kunskap på patienten, måste du överföra den med din egen person.

5) *Livsfilosofi.* Jag sitter i min segelbåt. Vi är några vänner. Det är en augustikväll. Det är varmt. Jag har gjort coq-au-vin. Nu sitter vi med ett gott Merlot-vin, med ost och päron till efterrätt. Mörkret står som en vägg runt oss. Ovanför lyser det av stjärnor. Vi ser Vintergatan. Vi finns där i utkanten. Vi är små. Stoffkorn i rymden. Obegripligt. Fyra stora frågor måste varje människa fundera över. Det är om döden, friheten, ensamheten och om meningen. Döden förstör våra kroppar, men tanken på döden kan göra oss levande, säger Heidegger. Det innebär att vi inte slarvar bort våra liv i onödan och inser att vår tid är ändlig. Frihet är ett honnörssord i dagens samhälle. Men frihet innebär val och det är svårt. Många gånger törs vi inte välja själva utan låter andra göra det. Med val följer ansvar och väljer vi fel uppstår skuld. Men det finns också förlåtelse och försoning. Vi föds ensamma och vi dör ensamma, säger existentialfilosoferna.

För att i någon mån lindra den existentiella ensamheten, bildar vi relationer med andra människor.

I det finns glädje och lust men också alltid plikt. Slutligen, meningen innebär en utveckling och en resa för var och en. Meningen ligger inte där fix och färdig och väntar på en. Sartre menade att det inte finns någon mening, men det kan vi inte stå ut med, så vi måste uppfinna vår mening. Viktor Frankl sade däremot att det finns en mening i tillvaron och vår uppgift blir att hitta den. Meningen måste hittas eller skapas och är väldigt olika för olika människor.

Dessa stora fyra livsfrågor gäller lika mycket för oss som psykiatrer som för våra patienter. Om man själv kan ha en relation till dessa fyra frågor, kan man lättare ha en diskussion med patienten, som måste finna sitt eget svar. Jag hänvisar igen till Yalom, som i boken: *Existential Psychotherapy* (Basic Books, 1980) på ett litterärt och existentiellt sätt fördjupar frågorna.

Vi kan aldrig lösa en annan människas existentiella frågor. Men som läkare oavsett disciplin skall vi vara beredda att lyssna. Psykiatriska patienter som kommer till oss är ofta i en svår kris. Det är också vår uppgift att möta denna kris oavsett diagnos. Det är ofta inte så svårt, att enas med den schizofrene patienten om en viss neuroleptikados.

Men hur skall man som ung tjej eller kille leva sitt liv? Hur skall man hitta en kärlekspartner, som står ut med en? Kan man jobba? Vad är meningen med ens liv?

Det vore förmätet att säga att jag själv löst dessa fyra existentiella frågor. Men en del i meningen är faktiskt att försöka göra gott! Det kan man göra som yrkesverksam psykiater! Det är inte illa!

Lars Albinsson
Albinsson Utbildning
Uppsala

Välkommen till

Barnneuropsykiatriska sektionens utbildningsdagar

24–25 mars 2011,
Bonnierhuset i Stockholm

ADHD hos ungdomar

För mer information och anmälan besök hemsidan
www.akademikonferens.uu.se/bnps11

E-mail: bnps2011@akademikonferens.uu.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri



Torsdag 24 mars Moderator: Alf Kågström

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 Tonårshjärnan, Hans Forsberg
- 10.45 Att vara tonåring med ADHD, Gert Andersson
- 11.15 Paus
- 11.30 ADHD hos tonåringar, aktuellt kunskapsläge, Björn Kadesjö
- 12.15 Lunch
- 13.15 ADHD och missbruk, Bo Söderpalm
- 14.00 ADHD/bipolär störning
- 14.45 Kaffé
- 15.15 AD/HD og risiko for ulykker i veitrafikk, Truls Vaa
- 16.00 Årsmöte
- 18.00 Visning av Vin- och sprithistoriska museet med efterföljande middag på Hotel Norrtull

PRELIMINÄRT PROGRAM

Fredag 25 mars Moderator: Harald Sturm

- 08.30 Update on Tourette Syndrome and its relationship to ADHD, Ari Rothenberger
- 10.00 Kaffé
- 10.30 Tonårsflickor med ADHD, Svenny Kopp
- 11.15 Att hjälpa tonåringar förstå och hantera sin ADHD-diagnos, Agneta Hellström, Lena Westholm
- 12.00 Lunch
- 13.00 Färdighetsträning i grupp för vuxna (och tonåringar?) med ADHD. En metod baserad på dialektisk beteendeterapi, Tatja Hirvikoski
- 13.45 Gamla och nya BUSA - så ser ADHD-vården ut idag, Jan-Olov Larsson, Linda Halldner Henriksson
- 14.30 18 år - vad händer sen? Annika Brar
- 15.15 – 15.30 Avslutning

Diagnostik- och konsultationsteamet vid affektiva kliniken II inom psykiatrin på Sahlgrenska universitetssjukhuset

Bakgrund

I likhet med andra stora och sammanslagna sjukhus har Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) de senaste åren genomgått ett flertal organisationsförändringar och nedskärningar. SU i sig är det gemensamma namnet på tidigare Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus, inklusive de verksamheter som bedrivs på Högsbo sjukhus, i Lillhagsparken och flera andra adresser, inte minst psykiatrins öppenvårdsmottagningar. När SU bildades fanns en psykiatrisk klinik på vardera av de tre stora sjukhustomterna. 040101 utskiljdes en Beroendeklinik, en Neuropsykiatrisk klinik (äldrepsykiatri och omsorgspsykiatri) och en Rätt psykiatrisk vårdkedja, varvid det alltså blev sammanlagt sex vuxenpsykiatriska kliniker. De tre ”vanliga” vuxenpsykiatriska klinikerna upplöstes dock vid senaste årsskifte och de olika sluten- och öppenvårdsenheterna omfördelades till en Psykosklinik, som handhar all sluten- och öppenvård för patienter med egentlig psykossjukdom, och två affektiva kliniker; I och II, med ansvar för affektiva sjukdomar och ångesttillstånd, i var sin halva av SU:s upptagningsområde.

Sedan 100506 finns vidare, under hela dygnet, endast en psykiatrisk akutmottagning (inklusive för beroende- och missbrukspatienter) inom SU, belägen på SU/Östra. Långt tidigare hade det inom SU funnits tre dygnetruntöppna psykiatriska akutmottagningar; vid Psykiatri Sahlgrenska, vid Psykiatri Östra (tidigare Lillhagens sjukhus, där kliniken senare flyttade till SU/Östra-tomten) och vid Psykiatri Mölndal (som i sin tur var en arvtagare till halva St. Jörgens sjukhus, där den andra halvan blev Psykiatriska kliniken vid Kungälv's sjukhus). Sedan drygt tio år tillbaka har dock SU-ledningen successivt stängt 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 förkortade ”sommartider” på SU/Östra. Eftersom Psykiatriska kliniken på Kungälv's sjukhus (som inte ingår i SU) aldrig haft annat än akutmottagning öppen dagtid och under övrig tid replierat på först akutmottagningen vid SU/Mölndal, senare SU/Sahlgrenska och nu vid SU/Östra, är upptagningsområdet för gemensamma psykiatriska akutmottagningen vid SU, under jourtid, nio kommuner, med ett befolkningsunderlag på 715 000 invånare.

Den tidigare psykiatriska akutmottagningen vid SU/Sahlgrenska, som det senaste dryga decenniet hade varit den enda heldygnsoöppna i ett område beskrivet ovan, rymde i samma organisatoriska enhet också andra funktioner; konsultläkarmottagningen, kristeam, mobilt team (tyvärr enbart kontorstid), specialmottagningar i klinikens huvudbyggnad och SU/Sahlgrenska's ECT-verksamhet.

Inför den påtvingade stängningen av psykiatriska akutmottagningen vid Psykiatri SU/S arbetade vi inom kliniken med att identifiera de tjänster för omvårdnads- och behandlingspersonal som ursprungligen inrättats för andra uppgifter än den egentliga akutmottagningen. På så sätt lyckades vi ”rädda kvar” sex tjänster; specialistsjuksköterska och 1:e mentalskötare från icke akut mottagningsverksamhet och ECT-behandling, sjuksköterska och behandlingsassistent (socio)nom från mobila teamet samt psykolog och kurator (terapikompetenta) från jourgruppen (klinikens kristeam för patienter i akut och avgränsbar kris). Till detta kommer sekreterarfunktionen samt två heltidstjänster för specialistläkare (VÖL/ÖL respektive ÖL). (Vi specialistläkare har dock utöver det kliniska arbetet och VÖL-skapet också andra uppgifter; yrkesutvecklare för specialistläkarna vid gamla respektive nya kliniken, handledarskap för tre respektive en ST-läkare, schemaläggning för nya kliniken och engagemang i utvecklandet och kursgivandet av var sin SK-kurs i METIS-formatet. Formellt är jag också 50 % forskningsledig). Sedan flera år ingår också en längre placering vid enheten för klinikens ST-läkare i psykiatri och, beroende på intresse och schemaläge, ofta en kortare placering för AT-läkare och ”randande” ST-läkare från andra sjukhusspecialiteter och allmänmedicin. Den på så sätt formerade enheten tog sig namnet Diagnostik- och konsultationsteamet (DOK-teamet).

SU-psykiatrins nya organisation 110101 innebar ytterligare några förändringar; enheten/teamet flyttades från sin ”historiska” placering inom Psykiatri Sahlgrenska's Psykossektion till nya Affektiva kliniken II, vilket bland annat gjorde att den formella vägen att, som tidigare, vid behov ”adjungera in” psykossjukvårdens neuropsykolog blev något längre. Sedan årsskiftet har också enheten tillfälligt fått ytterligare en medarbetare, mentalskötare från vid samma tidpunkt nedlagda Mellanvårdsteamet. Den i lokala massmedia kraftigt omdiskuterade nedläggningen av Mellanvårdsteamet, var det val ledningen för Psykiatri Sahlgrenska gjorde när SU-ledningen, efter Västragötalandsregionens (VGR) omfördelning av resurser från sjukhusspecialiteterna till primärvården, lade 42 % av neddragningen på psykiatrin som svarade för 8 % av SU:s volym.

Mellanvårdsteamets patienter, som var Psykiatri Sahlgrenska "svåraste" allmänpsykiatriska patienter, fördelades på Allmänpsykiatriska sektionens fyra "vanliga" öppenvårdsmottagningar, som samtidigt förutsattes remittera ut stora delar av sina övriga patienter till primärvården. Eftersom en stor del av Mellanvårdsteamets arbete ägt rum utanför mottagningen, förutsattes att DOK-teamets mobila verksamhet skulle stötta de andra mottagningarna vid behov av hembesök och teamets nya tillfälliga medarbetare skall svara för samordning och vara kontinuitetsbärare.

DOK-teamet

Tillbaka till våren 2010 - arbetade vi i det blivande DOK-teamet, tillsammans med dåvarande klinikledning, med att definiera och utveckla gamla och nya arbetsuppgifter.

Till de nya hörde att göra en första bedömning av de patienter som, utanför SU-psykiatri, remitterats till dåvarande Psykossektionen, under frågeställning schizofreni eller annan egentlig psykosjukdom. Psykossektionen hade nämligen sedan ett par år utvecklat ett vårdprogram för nydebuterad psykosjukdom; STOP, med mycket snabbt omhändertagande. Dock uppstod problem genom att rekryteringen var påtagligt överinklusiv och det var både psykologiskt svårt att slussa patienterna vidare till rätt vårdkedja efter ett tätt och högkvalitativt omhändertagande vid någon av Psykossektionens mottagningar, och svårt att få allmänpsykiatri att ta emot patienterna inom rimlig tid.

En annan ny uppgift uppstod genom att den nya gemensamma psykiatriska akutmottagningen vid SU/Ö, hade ambitionen att bli en "blåljusmottagning", och i vart fall inte såg sig ha möjlighet att ta emot patienter för de snabba uppföljningsbesök, som hade varit en väsentlig del av Psykiatri Sahlgrenska akutmottagning, i en tillvaro med mycket hög ribba för inläggning i slutenvård, en hårt ansträngd öppenvård och en primärvård med liten beredskap för att ta emot patienter med psykiatriska diagnoser. De dåvarande klinikerna valde olika lösningar för att klara dessa uppföljande besök, men vid Psykiatri Sahlgrenska blev lösningen att DOK-teamet åtog sig att svara för dessa besök, som huvudsakligen är tänkta att engagera omvårdnads- och behandlingspersonal, för en kontroll av huruvida planeringen på kort sikt vid akutbesöket tycktes fungera eller ej. Självklart med beredskap för annan intervention, inklusive av läkare, om så ej var fallet.

Samtidigt hade vi ambitionen att fortsätta med våra hittillsvarande uppdrag; konsultationerna mot somatisk slutenvård vid SU/S, inklusive liaisonarbete; handledning och utbildning även från medlemmar i teamet med annat yrke än läkare, de tidigare jourgruppsmedlemmarnas arbete med patienter i akut och avgränsbar kris. Vidare även i fortsättningen bedömning, uppföljning, diagnostik och slussning till rätt vårdkedja/vårdnivå av patienter som inkommit till SU/S efter suicidförsök (oftast med konsultation på medicinsk akutvårdsavdelning, ortoped eller kirurgen som initial kontakt), diskret handläggning av medarbetare inom SU med psykiatrisk problematik (dock naturligtvis med korrekt journalföring), second opinions och allmänt svårbedömda ärenden inom kliniken, SU, VGR och

någon gång från övriga delar av landet, samt mobila teamets hembesök, ofta initierade från socialtjänsten, men också från de ordinarie öppenvårdsmottagningarna. Även ECT-verksamheten och mottagningspersonalens stöd vid de återbesök som kollegorna vid klinikens slutenvårdsavdelningar har, i väntan på långsiktig uppföljning inom specialistpsykiatri eller primärvård, beräknades fortgå oförändrat.

Rent praktiskt flyttade vi in den tidigare elektiva delen av mottagningsverksamheten i psykiatriska akutmottagningens lokaler. Vi löste också upp de redan flexibla gränserna mellan olika medarbetares uppdrag ytterligare och kunde på så sätt komma fram till ett schema där den gemensamma psykiatriska akutmottagningen kunde erbjudas två bokningsbara tider per vardag, som kunde bokas av akutmottagningen, via det patientadministrativa datasystemet, även när vår mottagning är stängd. ("Kontorstid" vardagar kan man naturligtvis också höra av sig på telefon). Planeringen av arbetet sker via morgonmöte alla vardagar (utom onsdagar då kliniken har läkarmöte), samt vid teamkonferens senare på förmiddagen två dagar per vecka. Eftersom enheten egentligen är för liten för att få vara en egen enhet enligt sjukhusdirektörens påbud, har enhetschefskapet lagts utanför enheten tills vidare, med enhetschefen närvarande vid APT en gång per månad.

Arbetet är strukturerat, bland annat via användande av formella instrument i hög utsträckning. Alla medarbetare är utbildade i SCID och kognitionsvärderingsinstrumentet SAK. I de flesta sammanhang använder vi oss också av 25-items-versionen av självskattad CPRS, samt vid behov ett flertal andra instrument. För flera år sedan utvecklade också medarbetare vid enheten (som då inrymde även akutmottagningen) ett eget farlighetsbedömningsinstrument att använda i akutsituationen; SULFA. Volymen av antal ärenden kan exemplifieras med antalet konsultationer i somatisk slutenvård utförda av läkare, som de senaste åren legat förvånande konstant kring 1200/år och antalet polikliniska besök till läkare på c:a 800. Ärendena handlagda av övriga medarbetare kan rimligen inte rättvist redovisas, eftersom enheten i sin nya form har verkat mindre än ett år, under vilken tid teamet sökt sina nya arbetsformer.

Flera nya tankar kring hur vi kan fortsätta utveckla verksamheten finns. Inte minst funderar vi i teamet och på vår nya klinik om helhet hur vi skall integrera den nyttillkomna Hisingsdelen med de delar av allmänpsykiatri som redan fanns inom Psykiatri Sahlgrenska.

Anders Bergstedt

Specialist i psykiatri och neurologi, fil mag

Vårdenhetsöverläkare DOK-teamet, Affektiva II, SU-psykiatri

Psykologer tittar...

När jag för fyra år sedan startade "Psykologer tittar på film" var ett av flera syften att skapa ett offentligt samtal om psykologi för allmänheten. Efter en termin på psykologiska institutionen på Stockholms Universitet hade jag slagits av hur introvert den akademiska miljön förhöll sig till sitt eget område. Dessvärre tycker jag att det är ett bestående uttryck även för yrkeskåren. Allt sedan dess har jag gång på gång förundrats över hur frånvarande psykologer är i det offentliga samtalet.

Psykologer har varit överdrivet försiktiga att ta plats i offentligheten, många har motiverat detta med att man inte bör använda sin maktposition som expert på psykologi eftersom vi faktiskt har makt över enskilda individers liv i vår myndighetsutövning.

Om psykologer ofta har haft inställningen att man inte ska uttala sig i media om man inte är tvärsäker har psykiatriker haft en annan position eller tradition. Psykiatriker uttalar sig gärna vitt och brett om människans psyke i allehanda forum. Det har ofta varit uppfriskande och inspirerande att höra någon ställa en diagnos på samtiden eller dagens ungdomar. Från en psykologisk horisont har jag dock lagt märke till att psykiatriker ofta uttalar sig från ett snävt psykiatriskt och medicinskt perspektiv trots att det handlat om stora livsfrågor.

De senaste åren har vi sett ett allt livligare intresse från kulturens sida för psykologi, psykiatri och olika frågor i gränslandet mellan psykiskt lidande och kultur. Det ligger i kulturens själva idé att den är ifrågasättande, bråkig, yvig, en smula naiv och samtidigt underbar. Författare, filmare och konstnärer ger uttryck för en konstnärlig idé som ofta tar sin utgångspunkt i personliga upplevelser och inte sällan med en udd riktad mot normalitetens budbärare. Det här kulturella språket har ofta mötts med oförstående miner av företrädare i psykiatri. Man har suckat över okunniga och svepande påståenden över den egna verksamheten. Psykiatri har sett som sin uppgift att bota sjukt från friskt och hjälpa människor att bli kvitt från sina inre demoner antingen genom terapi, mediciner eller bara genom att erbjuda en lugn miljö. Att då bli kritiserad, ironiserad eller tolkad av kulturen har gjort psykiatrikerna förbannade. Lägg er inte i, ni lekmän vet ingenting. Ett sådant gensvar har en del journalister och kulturutövare uppfattat som ett uttryck för just psykiatriens maktutövning och kontroll. Något döljer ni allt.

Den här konflikten kom till skarpast uttryck i historien med Anna Odells konstverk *Okänd Kvinna*. Ett halvår efter händelsen visade jag på "Psykologer tittar på film" Lars-Lennart Forsbergs antipsykiatriska spelfilm *Misshandlingen* från 1969. I den skildras såväl psykologen, polisen, psykiatrikern som hela systemet i ofördelaktig dager och det insinueras att karaktären bara är ett offer för samhället, trots uppenbara tecken på en störd personlighetskaraktär.

Jag bjöd dit Anna Odell som samtalspartner och försökte förgäves få någon psykiatriker att vilja ställa upp att medverka i panelen. Trots att jag försökte förklara vikten av dialogen mellan kulturen och psykiatri var det ingen som ville medverka. Vissa sade att Anna Odell var oseriös, och hade skadat psykiatri. Någon vågade inte för att riskera att stöta sig med kollegor. Andra sade att det var omöjligt att föra en seriös debatt om hon var med, vilket gjorde att undertecknad som ju agerar moderator, kände sig en smula förminskad. Att inte bemöta debatter och diskussioner i offentligheten tror jag är en farlig och kontraproduktiv väg att gå. Hur ska psykologin och psykiatri kunna få gehör för sin verklighet och ställningstaganden om man inte deltar och samspelar med den omgivande kulturen?

Oviljan från psykiatri att delta på kulturens villkor tror jag i längden är förödande. För om inte psykologer och psykiatriker berättar om hur man resonerar, finns risken för en ökad misstro från allmänheten. En polarisering, ofta onödig, då många böcker på senare år ger en ganska bra och varm bild av psykiatri. Såväl Ann Heberleins självbiografi *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* liksom Beate Grimsruds fantastiska roman *En dåre fri* om en bitvis psykotisk författare, ger en ganska positiv bild av psykiatri. Det är mer av andningshål och trygg plats än gökbo. Då kanske psykiatri får leva med en och annan framställning som är naiv, obehaglig eller bara okunnig.

I dagens samhälle med internets utbredning får såväl psykologer som psykiatriker leva med att deras informationsmonopol får konkurrens av andra aktörer. Insatta klienter förväntar sig i högre utsträckning att bli bemötta som kunder som ska få sin efterfrågade behandling levererad. Många inom yrkeskåren känner oro över att vetenskap och praxis sprids till allmänheten. Själv är jag optimistisk och tror att ökad spridning av psykologi i samhället kan göra det bättre och mer humant.

Jag tror att människors intresse för "Psykologer tittar på film" och "Psykologer läser böcker" i grunden visar på människors nyfikenhet att få ta del av våra professionella rum. Låt oss skapa fler mötesplatser för människor att nyfiket upptäcka psykologins och psykiatriens innersta väsen. Det finns stora möjligheter att skapa en brygga mellan psykologin och kulturen. Jag skulle önska att såväl psykologer och psykiatriker tog till vara på det intresse som finns. Kontakten vi kan få med människor är både utmanande, lärorik och gör oss skickligare i vår yrkesroll och förhoppningsvis en smula ödmjukare.

Jonas Mosskin

Psykologstudent, frilansskribent, som driver samtalsserierna "Psykologer tittar på film" och "Psykologer läser böcker" på Kulturhuset i Stockholm

Bloggar om kultur och psykologi på www.mosskin.se



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.



De psykiatriska föreningarnas gemensamma baslista med KVÅ-koder för rapportering av åtgärder i psykiatrisk slutenvård

Hösten 2009 kom åtgärdsrapporteringen till Socialstyrelsens slutenvårdsregister att aktualiseras i samband med den massmediala uppmärksamheten kring ECT.

Detta ledde till att det från flera håll kom starka önskemål om en nationell KVÅ-lista för slutenvård som gav en anvisning om vilka åtgärder som skulle rapporteras.

Med denna bakgrund initierade vuxenpsykiatri i Stockholms läns sjukvårdsområde våren 2010 ett projekt för att ta fram en gemensam lista med KVÅ-koder för användning vid rapportering till Socialstyrelsen av åtgärder i psykiatrisk slutenvård. Styrelserna för de fyra psykiatriska föreningarna (SPF, SFBUP, SRPF och Svensk förening för beroendemedicin) ställde sig bakom initiativet och en projektgrupp skapades.

Ett uttalat syfte med projektet har varit att skapa ett praktiskt användbart urval av koder. Antalet koder som ingår i urvalet ska vara hanterbart och åtgärderna i listan ska ha en klinisk, resursmässig eller kvalitetsmässig tyngd som gör det rimligt att kräva att de alltid ska rapporteras om de har förekommit.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

är en av Socialstyrelsen förvaltd nationell klassifikation av åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården. KVÅ används bl.a. inom journaldokumentation, inom ersättningssystem och vid den obligatoriska rapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, (PAR).

KVÅ innehåller totalt mer än 9000 koder. I samband med att KVÅ publicerades har för olika specialiteter listor med urval av koder tagits fram. Dessa benämndes tidigare "förteckningar", nu är de officiellt benämnda "lathundar". Även för psykiatri togs en KVÅ-förteckning fram, den var dock i första hand avsedd för öppenvården. Eftersom den togs fram under tidsbrist var den dessutom endast avsedd att vara en utgångspunkt för fortsatt utvecklingsarbete.

Vilka åtgärder är det då som ska rapporteras till patientregistret? I den gällande föreskriften står angående rapportering av åtgärder "Avser åtgärder som har haft relevans för vårdkontakten". Vissa tvångsåtgärder enligt LPT och LRV är obligatoriska att rapportera. Vad gäller övriga åtgärder lämnas till den enskilde kliniken att avgöra vilka åtgärder som haft relevans för vårdkontakten och som därmed ska rapporteras. Det har gjort att rapporteringen i praktiken blivit ganska godtycklig och sammanställningar av data från rapporteringarna är därför ytterst svårtolkade

Beskrivning av projektet

Projektet för att ta fram en nationell KVÅ-lista för slutenvård har letts av Mattias Agestam, SPF:s kontaktperson för KVÅ, och i projektgruppen har ingått Bo Ivarsson, SPF, Stephan Ehlers, SFBUP, Britt Vikander, SFBM och Lars Eriksson, SRPF. Vård för projektet har varit chefläkare Håkan Götmark, Stockholms läns sjukvårdsområde. Projektet har genomförts i samverkan med berörda enheter på Socialstyrelsen, med SKL:s heldygnsvårdsprojekt genom Herman Holm, SKL samt med Nysam genom Göran Eiman och Per Söderberg.

Under maj 2010 gjordes en bred insamling och sammanställning av regionala och lokala lathundar, förteckningar, riktlinjer och anvisningar som ett underlag för det fortsatta arbetet. Dessutom formulerades principer för inklusion i baslistan.

I september genomfördes en workshop till vilken inbjudits professionsföreningar och yrkesrepresentanter även för sjuksköterskor, skötare, kuratorer och psykologer. I mötet deltog även Lars Holm från Socialstyrelsens patientregister. Principerna för inklusion presenterades varefter föreslagna åtgärder granskades och ett preliminärt urval gjordes.

Med detta urval som grund formulerade projektgruppen därefter en baslista som främst kom att omfatta medicintekniska åtgärder samt tvångsåtgärder. Gruppen identifierade också ytterligare ett antal i sammanhanget relevanta åtgärder för vilka koder saknas i KVÅ, för dessa åtgärder har till Socialstyrelsen lämnats förslag på åtgärdsbeteckning och beskrivning.

Under hösten 2010 har utarbetats ett dokument innehållande baslistans koder, anvisning för deras användning samt motivering till att de inkluderats. Efter granskning av Socialstyrelsens Lars Holm och Soili Palmqvist har dokumentet förankrats genom beslut i de psykiatriska föreningarnas styrelser. Dokumentet med baslistan är nu publicerat på Socialstyrelsens website, dels på <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder> och dels på <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/laddaner/kva-forteckningar>.



KVÅ-koder för användning vid rapportering till Socialstyrelsen av åtgärder i psykiatrisk slutenvård

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en av Socialstyrelsen förvaltnad nationell klassifikation av åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården. KVÅ används bl.a. inom journaldokumentation, inom ersättningssystem och vid den obligatoriska rapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, (PAR).

I detta dokument beskrivs en av de psykiatriska specialitetsföreningarna gemensamt framtagen och förvaltnad baslista med ett urval av åtgärder. Baslistan omfattar de åtgärder i psykiatrisk slutenvård som, om de har förekommit, alltid ska rapporteras till PAR. I den gällande föreskriften för rapportering till PAR står angående rapportering av åtgärder "Avser åtgärder som har haft relevans för vårdkontakten." Baslistan utgör ett av professionsföreningarna gjort urval bland de åtgärder som är möjliga att koda med i KVÅ befintliga koder, de åtgärder som ingår i baslistan bedöms ur något perspektiv ha sådan vikt att de alltid ska betraktas som relevanta. Urvalet har i denna första version av listan främst kommit att styras av tillsynens behov. Ambitionen har inte varit att ge en heltäckande bild av psykiatrisk slutenvård utan att skapa en grund för en enhetlig och användbar rapportering. Den som rapporterar kan välja att rapportera även andra åtgärder men baslistan utgör föreningarnas gemensamt rekommenderade miniminivå för åtgärdsrapportering till PAR.

Baslistan är tänkt att publiceras på Socialstyrelsens webbplats.

Baslistan har genom styrelsebeslut godkänts av:

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2010-12-01

Svensk förening för beroendemedicin, 2010-12-01

Svenska psykiatriska föreningen, 2010-12-06

Svenska rättspsykiatriska föreningen, 2010-10-22

Innehåll

Listans principiella användning.....	2
Åtgärdslistan	2
Anvisningar för kodernas användning.....	3
Kliniska åtgärder.....	3
Åtgärder enligt LPT eller LRV.....	5
Bakgrund till arbetet	7
Beskrivning av projektet	7
Principer för urval av åtgärder	8
Motiveringar för inklusion av enskilda åtgärder	9
Förvaltning av baslistan	11
Revision av baslistan	11
Tillägg av nya koder i KVÅ	11
Kontakta arbetsgruppen	11
Deltagare i arbetet.....	12

2010-12-20

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Svensk förening för beroendemedicin, Svenska psykiatriska föreningen, Svenska rättspsykiatriska föreningen

Baslistan – ett urval av KVÅ-koder för användning vid rapportering till Socialstyrelsen av åtgärder i psykiatrisk slutenvård

Baslistan är avsedd att vara ett av de psykiatriska specialitetsföreningarna gemensamt framtagna och förvaltat urval av åtgärder som om de har förekommit i psykiatrisk slutenvård alltid ska rapporteras till PAR. Den som rapporterar kan välja att rapportera även andra åtgärder men baslistan utgör föreningarnas gemensamt rekommenderade miniminivå för åtgärdsrapportering till PAR.

Att baslistan tydligt syftar till att ange vad som ska rapporteras (istället för att lista vad som kan rapporteras) gör att den har en annan karaktär än de "lathundar" som tidigare har publicerats. Detta är anledningen till att den betecknas baslista i stället för lathund.

Baslistan omfattar i sin första version 22 åtgärder, 13 av dessa är relaterade till de psykiatriska tvångslagarna. Inklusionen av dessa i baslistan har styrts av författningskrav och av tillsynens behov.

I övrigt har följande kriterier använts vid urvalet av koder:

- det måste finnas en **befintlig KVÅ-kod** med en beskrivningstext som ger ändamålsenlig avgränsning av åtgärden
- åtgärden ska ha en klinisk, resursmässig eller kvalitetsmässig **tyngd** som gör det rimligt att det är obligatoriskt att alltid registrera den om den har förekommit
- åtgärden ska vara möjlig att **beskriva så entydigt** att det inte pga. oklar avgränsning uppstår osäkerhet kring om åtgärden använts eller inte
- åtgärden ska inte ha en karaktär som gör att man kan förutsätta att den alltid används då patienten slutenvårdas med viss diagnos (registrering av åtgärden ska **tillföra information** utöver den som finns i diagnoskod, psykiatrisk vårdform och vårdtid)

För att antalet koder ska bli hanterbart har en princip varit att hellre ta med för få än för många åtgärder.

Urvalet har i denna första version av listan främst kommit att styras av tillsynens behov. Ambitionen har inte varit att ge en heltäckande bild av psykiatrisk slutenvård utan att skapa en grund för en enhetlig och användbar rapportering.

Ansvariga på Socialstyrelsen har ställt sig mycket positiva till föreningarnas initiativ och har tydligt klargjort att man fortsättningsvis ser baslistan som normerande för vad som är miniminivå för rapportering.

Fortsatt arbete

För psykiatrins del är arbetet med KVÅ-koder ännu bara i sin början. Koder för flera viktiga utrednings- och behandlingsåtgärder saknas helt eller är i behov av vidareutveckling. Det är angeläget att skapa koder för vissa åtgärder som pekas ut som centrala i nationella riktlinjer.

Dessutom finns det en rad principiella frågor som behöver klargöras – bl.a. relationen mellan kod och tilläggskod.

Baslistan för slutenvård kommer att behöva utvärderas och revideras, en plan för detta har tagits fram.

Vad gäller rapportering för öppenvården kompliceras arbetet av att det endast är läkarbesök som rapporteras till PAR, den registrering som i journaler och patientadministrativa system görs av övriga yrkesgrupper kan dock användas för lokala eller regionala syften. Socialdepartementet utreder förslag om att även andra yrkesgruppers besök ska rapporteras till PAR. Det är först när rapporteringen omfattar alla besök inom psykiatrin, oberoende av yrkesgrupp, som den kan ge en meningsfull bild av psykiatrisk öppenvård.

Som nämnts ovan skiljer man nu inom arbetet med KVÅ-koder för psykiatrin på begreppen *baslista* och *lathund*. Baslista avser ett urval av åtgärder som alltid ska rapporteras till patientregistret om de har förekommit. Lathund avser ett urval av åtgärder som är gjort för att det ska bli lättare att hitta psykiatrirelaterade koder för användning på lokal, regional eller nationell nivå. Som ett första steg mot nationella lathundar för psykiatrin kommer uppdaterade exempel på sådana att publiceras under våren 2011.

Arbetsgruppen har en mailadress för dialog kring KVÅ-relaterade frågor som medlemmar är välkomna att nyttja - kva-i-psykiatrin@kcp.se.

En presentation av baslistan kommer att göras på psykiatrikongressen i Göteborg den 18 mars.

Gärna rapportering av god kvalitet – men till vilket pris?

Baslistan för slutenvård visar den psykiatriska professionens vilja att bidra till att skapa goda förutsättningar för användningen av Socialstyrelsens patientregister för tillsyn och andra uppföljningar.

Men det måste också vara möjligt att med en rimlig arbetsinsats genomföra rapporteringen. Vi måste ställa krav på att våra IT-system ska utformas så att löpande rapportering till PAR är praktiskt möjlig att genomföra med en rimlig tidsåtgång. Idag används på många håll stora volymer av hälso- och sjukvårdspersonalens skattefinansierade arbetstid till en rapportering som innebär dubbeldokumentation, tidsödande klickande i krångliga system, pappersrutiner etc. - allt för att kompensera för brister i IT-systemens utformning.

Denna användning av psykiatrins knappa resurser bör vi inte stillatigande acceptera.

För de psykiatriska föreningarnas gemensamma arbetsgrupp för KVÅ

Mattias Agestam,
Svenska Psykiatriska Föreningens kontaktperson för KVÅ,
Överläkare, Medicinskt sakkunnig,
Verksamhetsstöd eHälsa,
Stockholms läns sjukvårdsområde

10 frågor till.....

Vi har länge brottas med att hitta ”frivilliga” till våra 10 frågor.....

Ja, då får man göra det själv

Här frågar vi ut redaktören Tove Gunnarsson och våra tekniska redaktörer Stina Djurberg och Carol Schultheis

Född:

Tove:

Under första halvåret 1956. Precis som Björn Borg, Ingemar Stenmark, Thomas Wassberg, Frank Andersson och Linda Haglund...

Stina:

Jag föddes på 1950-talet i ett brukssamhälle utanför Borås

Carol:

Jag delar både födelsedag och år med Anne-Lie Rydé, Enimem, och Roger Pontare.

Bor:

Tove:

I en gammal villa i Bromma, några kilometer från Stockholms innerstad

Stina:

Strax utanför Borås, landet men ändå bara 8 minuter till sjukhuset. Vaknar varje morgon och ser vatten – det är livet! Kan inte förstå människor som tycker att Borås är tråkig – det är en fantastisk liten stad med storstadens utbud.

Carol:

I Skogsryd, utanför Borås.

Familj:

Tove:

Sambo Lars

Stina:

Jag lever tillsammans med Carol och har en son, Simon 25 år gammal, som har flyttat hemifrån. Vi har en klok hund som heter Lucas.

Carol:

Djurbergs på den svenska sidan och min bror och syster på den Amerikanska sidan.

Arbetar:

Tove:

På Psykiatri Nordväst och Centrum för psykiatriforskning, Stockholm. Arbetar numera enbart administrativt, med undantag för enstaka inbrott i klinisk verksamhet på sommaren.

Stina:

Jag är ingen hoppjerka! Jag har arbetat inom vuxenpsykiatri i Södra Älvsborg i 39 år. Jag arbetar som utbildningsledare och har också på min lott att vara brukarsamordnare och ansvarig för vårt brukarråd.

Carol:

Jag arbetar för ett mediaföretag i Borås, där jag gör annonser och kartlayouter. Översättningar, kundservice och webbdesign.

Vad gör du när du INTE jobbar:

Tove:

Inte jobbar? Hur menar du?

Nåja, jag umgås med Lars och övrig familj. Ägnar mig åt hus och trädgård. Är en sådan där som tycker om konst och litteratur och musik, men har svårt att hinna med. Mycket road av historia av olika slag. Tycker om att promenera.

Stina:

Då jobbar jag, för SPF och även SFBUP och SRPF. Blir det tid över njuter jag vid sjön, antingen slappar jag bara eller fiskar. Tycker om att odla och få smutsiga händer. Att resa, bo gott och äta god mat är ett stort intresse. Att träffa min gamla mor och mina systrar med familjer är himla mysigt och ger glädje och lycka.

Carol:

Det blir inte så mycket fritid. Men när vi har ledigt tycker vi om att ladda genom att resa och njuta av god mat.

Favoritmat:

Tove:

Anka, skaldjur, pasta, piggvar, grillat kött, sashimi, choklad, grönsaker... Äter väl det mesta utom pölsa, kalops och sorbet.

Stina:

Det har alltid varit grekiskt, japanskt och italienskt men på senare år är jag helt betagen av svensk husmanskost

Carol:

Listan skulle bli mycket mindre om jag skrev om vilken mat jag inte tycker om. Svensk mat är nummer ett.

Senaste läst bok:

Tove:

"Jorden de ärvde" av Björn af Kleen

Stina:

Jag har nästan aldrig tid att läsa men tre böcker försöker jag plöja igenom just nu; De ensamma av Håkan Nesser, Den fjärde åldern av Patricia Tudor-Sandahl (förstår egentligen inte varför) och Äntligen icke-rökare av Allen Carr – sägs att man slutar röka efter att ha läst den.

Carol:

"Graphic Design that works, Secrets for Successful Logo, Magazine, Brochure, Promotion, and Identity Design," by Cheryl Dangel Cullen, Lisa L. Cyr, Stacey King Gordon and Lisa Silver.

Vad gör dig lycklig?

Tove:

Att leva

Stina:

Att få se ett litet knytte växa upp, följa och sedan plötsligt möta en mogen man - min son.

Sen finns det väl ingen större lycka att ha hittat sin allra finaste vän i livet – fatta handen och säga "hänger du med". Mitt arbete gör mig lycklig, faktiskt! Däremellan är jag rätt barnslig och kan bli lycklig för väldigt små världsliga ting. Tekniska prylar kan "get me going". En vecka utan besök på Claes Ohlsson, är ingen vecka.

Carol:

Överraskningar. Det gör mig lycklig att se ett underbart leende när jag överraskar min käresta med en gåva, som kommer från hjärtat.

Vilka förebilder har du?

Tove:

Alltid min mormor. För övrigt varierar det

Stina:

Min mormor. Tyvärr dog hon redan då jag var sex år men minnena av henne är något jag alltid suger på och de ger mig styrka. Starka kvinnor har jag alltid imponerats av.

Carol:

Min mor. Hon var den snällaste, mest kärleksfulla och vårdande person jag någonsin mött. Alltid stödjande och gav mig styrka att fortsätta med saker som jag var beredd att ge upp.

Vilken är tidskriften Svensk Psykiatri största utmaning under det närmaste året?

Tove:

Att hitta nya grepp, nya idéer utan att tidskriftens karaktär går förlorad! Fler genmälen på bidrag, att ett tema leder till fortsatt diskussion.

Stina:

Att få fler medlemmar i alla tre föreningarna att bli mer aktiva i sitt skrivande. Fler debatter. Fler annonsörer än industrin.

Carol:

Göra designen och layouten så professionell som möjligt så att den speglar professionalismen av Svensk Psykiatri.



Tove



Stina



Carol

Ritalinfamiljen är äntligen utökad!



Nyhet!
Kapsel 10 mg



Ritalin kapsel med modifierad frisättning och tablett Rx är ett psykostimulantia, medel mot ADHD. **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. **Förpackningar:** Ritalin kapsel med modifierad frisättning finns i styrkorna 10 mg, 20 mg, 30 mg och 40 mg i 30 förpackning. Ritalin tablett 10 mg i 30 och 100 förpackning. **Läkemedelsförmån och pris:** Ritalins samtliga förpackningar är subventionerade = F. Ritalin kapsel med modifierad frisättning 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 i övrigt enligt bestämmelser i LVFS 2002:7. **Produktresumé uppdaterad:** Ritalin tabletter 2009-09-24, Ritalin kapslar 2010-08-27, www.fass.se.

Debatt

Fru Redaktör!

Eftersom vi ofta får betalt om vi levererar data till register har jag gjort det ibland tillsammans med medarbetare i psykosvården. Emellertid bekymrar det mig att jag hittills inte fått någon feedback på detta och jag vet inte hur data skall användas. Detta minskar ärligt talat ambitionerna vid inmatningen - det känns inte meningsfullt! Kravet på kvalitet i data är inte tydligt. Ingen vet något om hur kvalitet är idag.

Normalt kräver insamling av patientuppgifter, även avidentifierade, för forskningsprojekt granskning i etisk kommitté. Där krävs en konkret redogörelse för hur data skall analyseras och varför. Nödvändig statistisk "power" för att dra de slutsatser man avser skall framgå. Sådan precision lyser med sin frånvaro bland kvalitetsregistren. Varför?

Jag föreslår att man

1. tydliggör vad man vill veta
2. väljer metoder för att nå denna kunskap
3. gör begränsade pilotstudier
4. härvid huvudsakligen använder existerande register (av ofta god kvalitet i Sverige)
5. återför resultaten brett
6. väljer hur man skall gå vidare nationellt

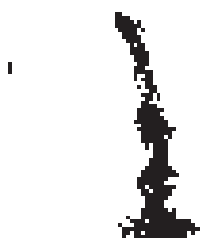
Inga data står för något absolut. Data måste alltid sättas in i ett sammanhang och tolkas. Kvaliteten i denna analys blir bäst om den görs i samband med "kliniska revisioner" gjorda av professionella, brukare och beställare.

Jerker Hanson
Docent, Psykiatricentrum Södertälje

Jäv: Har deltagit i tidigare nationella uppföljnings- och kvalitetsprojekt samt i etisk kommitté



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



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 näst?



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

Genetik vid autismspektrumtillstånd

Autismspektrumtillstånd (AST), innefattar ett brett spektrum av medfödda neuropsykiatriska funktionshinder. Dessa karakteriseras av brister inom social interaktion och kommunikation, samt begränsade och repetitiva beteenden, intressen och aktiviteter. AST är ett paraplybegrepp som innefattar flera diagnoser, bl.a. autistiskt syndrom, Aspergers syndrom och genomgripande störning i utvecklingen (PDD-NOS). AST representerar ett kontinuum av tillstånd med stor variation i graden av funktionsnedsättning, kognitiv nivå, associerade medicinska tillstånd mm. Prevalensen av AST beräknas idag så hög som 1 % av befolkningen och tillståndet är vanligare hos pojkar än hos flickor [1,2].

Som vid flera andra psykiatriska tillstånd baseras diagnosen AST på beteendeobservationer och kognitiva fenotyper och det saknas möjlighet till verifikation via laborativa tester, neuroradiologiska fynd eller biokemiska markörer. Kärnsymptomen vid AST är mycket svåra att avhjälpa och det finns idag ingen behandling, vare sig farmakologisk, psykologisk eller pedagogisk som botar AST. Genom att identifiera och klargöra de patogena mekanismerna som ligger till grund för utveckling av AST kommer framtida forskning möjligtvis ge bättre möjligheter till behandling av kärnsymptomen.

Genetik anses spela en viktig roll för utvecklingen av AST men de exakta sambanden är komplicerade. I ett pionjärbete där Kanner beskrev infantil autism noterade han att i de flesta fall sågs typiska, ovanliga beteenden hos barnet redan i mycket tidig ålder. Med anledning av detta föreslog han redan då en medfödd, troligen genetisk defekt [3]. Trots Kanners tidiga observation så hägrade ändå fram till 80-talet fr.a. psykodynamiska orsaksmodeller, som t.ex. känslökalla mödrar eller bristande föräldraskap. Betydelsen av en genetisk grund till AST blev mer allmänt erkänd först under 80-talet när AST kunde ses vid olika kromosomala tillstånd och ovanliga syndrom som t.ex. Fragilt X-syndrom [4]. Senare kunde AST även kopplas till monogena tillstånd såsom Retts syndrom och tuberös scleros.

Familje- och tvillingstudier har bidragit med fortsatt bevisning av genetikens betydelse för utveckling av AST. Uppprepningensrisken för AST hos syskon är ca 5 % (jämfört med populationsrisken som är ca 1 %) [5]. Vidare så har det observerats att syskon och föräldrar till individer med AST uppvisar subtila kognitiva störningar och beteendeeavvikelser (broader autism phenotype) i högre grad än vad som ses inom normalbefolkningen [6]. Vidare så har ett flertal tvillingstudier visat att konkordansen (samtidighet) hos monozygota tvillingar (70 – 90 %) är flerfladigt högre än hos dizygota tvillingar (0 – 10 %) [7], vilket är ett fynd som verifierats i ett flertal studier [8,9].

Även om uppkomsten av AST bedöms vara huvudsakligen genetisk så kan miljöfaktorer ändå ha betydelse och är därmed viktiga att identifiera utifrån möjlighet till prevention. Prenatala icke genetiska faktorer finns beskrivna, t.ex. exponering för alkohol eller vissa läkemedel, som valproat och thalidomid, under fosterstadiet [10] samt kongenital infektion med rubella (röda hund) [11]. Hög ålder hos modern och fadern har också visat sig vara associerat till en ökad risk för utveckling av AST hos barnen [12,13]. Epigenetiska mekanismer (förändringar i hur generna uttrycks utan att själva DNA-sekvensen förändras) har sannolikt också betydelse för uppkomst av autismspektrumtillstånd, påverkas av miljöfaktorer, och utgör ett spännande framtida forskningsfält.

Den starka genetiska effekten för AST som påvisats genom fr.a. tvillingstudier har lett forskargrupper till att gå vidare med kopplings- och associationsstudier för att därmed kunna identifiera riskgener. Flera intressanta fynd baseras på denna typ av kandidatgenstudier. Listan av gener som undersökts och påvisats kunna ha en koppling till AST är mycket lång. Man har bland dessa hoppats hitta gener inblandade i t.ex. språkutveckling, funktion hos signalsubstanter eller rubbning av metabola aktiviteter som skulle kunna förklara de molekylära mekanismerna för uppkomst av AST. Mediciner som påverkar signalsubstanserna serotonin (serotonin-återupptagshämmare) och dopamin (dopamin-antagonister) har visats ge vissa positiva effekter på beteendesyndrom vid autism [14], och därför har gener som kodar för dessa ämnen och deras receptorer blivit särskilda mål för kandidat-genstudier. Väldigt många gener har därmed studerats, men positiva resultat har varit svåra att upprepa och

fynden återfinns ofta endast i ett fåtal individer eller inom vissa familjer [15,16,17,18].

Möjligheten att diagnostisera genetiska förändringar ökar och förbättras kontinuerligt. Nya metoder som kan identifiera duplikationer eller deletioner av mycket små kromosomavsnitt som bara omfattar enstaka gener, eller delar av gener, har under de senaste åren introducerats i genetisk diagnostik. Så kallade gendos-arrayer gör det möjligt att identifiera avvikande antal genkopior nästan oavsett hur liten förändringen är [19]. Detta har medfört att antalet barn som diagnostiseras med kromosomförändringar mer än fördubblas sedan de nya metoderna införts i rutinsjukvården, vilket i Sverige skett under de senaste åren. Den praktiska betydelsen av genetiska fynd är stor eftersom dessa barn därmed får en trolig förklaring till sina symtom – en exakt diagnos, vilket i sin tur innebär att anhöriga kan utredas, risken för upprepning kan beräknas och fosterdiagnostik blir möjlig. Det senare är särskilt viktigt om risken för utveckling av AST bedöms hög. Vetenskapligt sett ger resultaten av dessa analyser också ny kunskap om olika enskilda geners funktion, bl.a. under fosterutvecklingen.

En mer oväntad ny kunskap som kommit från denna ökade mer precisa genetiska diagnostik, är upptäckten att det föreligger mycket stor normalvariation i antalet genkopior även hos till synes friska människor. Vi människor skiljer oss åt inte bara genom att DNA-sekvensen varierar i enskilda gener, utan även genom att antalet kopior av enskilda gener eller kromosomregioner med flera gener, uppvisar en stor normalvariation utan synbara tecken på sjukdom, s.k. copy number variants, (CNV) [20,21]. Samtidigt har studier av antalet CNV visat att vanliga psykiatriska/neuropsykiatriska sjukdomar som schizofreni och AST i en del fall kan förklaras av en ansamling, eller olycklig kombination, av sådana CNV [22,23]. Sebat och hans kollegor påvisade nyligen att de novo CNVs kan orsaka AST i 10 % av alla individer med sporadisk autism [23]. Utöver ovanliga de novo CNVs så har nu ett antal återkommande CNVs identifierats, vilka återfinns i ca 0,5 – 1 % av alla individer med AST. Exempel på dessa är: 15q11-13 duplikationer, duplikationer och deletioner av 16p11 och 22q11-13 deletioner [24,25,26].

Genetisk utredning vid autism

Med dagens tillgängliga metoder hittar man genetiska förändringar i cirka 10-20 % av de individer som utreds för AST. Kombinationen av analyser för några få monogena tillstånd som t.ex. fragilt X-syndrom samt högupplösande cgh array, används idag vid ett flertal kliniker som en del av den rutinmässiga kliniska utredningen av AST. Cirka 3 % av fynden som påvisar genetiska förändringar vid AST kommer från riktade analyser för monogena tillstånd (t.ex. Fragilt X-syndrom, Retts syndrom, tuberös scleros och pten) medan array-cgh- analyser står för ca 10-15 %.

Eftersom analys med gendos-array kan upptäcka alla obalanserade kromosomförändringar har metoden idag ersatt traditionell kromosomanalys som förstahandsmetod vid utredning av barn med AST. Detta leder till att betydligt fler individer med AST får chans till en etiologisk diagnos.

Sammanfattning

Gener som kan ge upphov till AST spänner över hela det mänskliga genomet. Om man sammanställer alla publicerade vetenskapliga studier med patienter som möter kriterier för AST så har kromosomala förändringar eller genmutationer kunnat påvisas i samtliga kromosomer [27,28]. Det är därmed osannolikt att man kommer att kunna hitta en enda gen eller ens en enda kromosom som skulle kunna vara helt ansvarig för AST. Detta är mycket likt situationen vid andra komplexa sjukdomar, som t.ex. obesitas. Avsaknad av upprepade fynd i flera olika studier indikerar existensen av multipla gener som i sina samspel blir viktiga för uppkomsten av AST, och forskare tror idag att kanske fler än 15 gener är av betydelse. Uppkomstmekanismerna kommer förmodligen bäst att kunna förstås genom ett nära samarbete mellan genetik, neuropatologi, utbildningsstudier, neuropsykologi och psykofarmakologi.

- Den genetiska komponenten vid autism (AST) uppskattas till mellan 70 och 90 %
- Genetiska mutationer som orsakar autism (AST) kan med dagens metoder identifieras i 10 – 20 % av individer med AST, ett flertal av dessa är s.k. copy number variations (CNVs)
- Ingen enskild mutation återfinns hos fler än 1 % av individer med autism (AST) vilket tyder på att AST är etiologiskt och genetiskt ett mycket heterogent begrepp

MaiBritt Giacobini
MD, PhD

PRIMA Barn och Ungdomspsykiatri AB
Stockholm

Referenserna finns på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



B



Snart är det vår!

"Släpp fångarne loss - det är vår"