

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2012

TEMA:

Livsstil



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
- 3** Redaktionsruta
- 4** SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 5** SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
- 6** SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel Jakobsson*
- 17** Kommande temanummer
- 19** Kalendarium
- 25** Bokrecension: Felicia Försvann. Felicia Feldt
Hanna Edberg
- 29** Bokrecension: Nya Bipoläroboken. Lars Häggström, Margareta Ries, Håkan Jarbin
Daniel Frydman
- 48** Bokrecension: Slutstation rättspsykiatri. Sofia Åkerman, Thérèse Eriksson, *Hanna Edberg*
- 74** Bokrecension: Att sjunga på skarven. Britt-Marie Walling, *Leif Öjesjö*
- 84** Bokrecension: Barn- och ungdomspsykiatri - nya perspektiv och oanade möjligheter, Sören Hertz, *Björn Wrangsjö*
- 34** Professorsrutan: Jag svär på heder och samvete att jag har myror i huvudet, *Ulf Rydberg*
- 36** Professorsrutan: Psykiatri - en ständig krisbransch, *Lars Jacobsson*
- 50** Professorsrutan: Svensk psykiatrforskning från norr till söder - som jag ser den 2012, *Ulf Rydberg*
- 67** Tigers krönika
Mikael Tiger
- 80** 10 frågor till Anders Bergstedt,
Stina Djurberg

Aktuell information:

- 49** Ekonomiskt stöd för implementeringsarbete
Dan Gothefors
- 72** Ansök om resestipendium till Nordic Congress of Psychiatry, *Hanna Edberg*
- 72** Revision av SPF:s rekommendationer är klar
Kerstin Lindell
- 79** Söderbergsska priset till Christopher Gillberg,
Tove Gunnarsson

Kommande möten:

- 11** Riksstämman 2012
- 20** Svenska Psykiatrikongressens kulturspår
Tove Gunnarsson
- 32** Amfetamin och ADHD - orsak och verkan.
Augustikonferens i Göteborg, *Åsa Magnusson*

Tema:

- 8** Tankar och livsstil och ägande, *Björn Wrangsjö*
- 10** Från tredje till andra person, *Daniel Frydman*
- 12** Tankar kring livsstil, *Lena Eidevall*
- 38** Fysisk aktivitet i psykiatri, *Jill Taube*
- 42** Att arbeta med somatisk hälsa för den psykiatriska patienten,
Karin Nordberg, Johan Bergstedt
- 53** Musicerande som livsstil, *Björn Wrangsjö*
- 62** Kerstin, dansen och ångesten, *Jill Taube*
- 69** Stil, *Hanna Edberg*

Psykiatrins historia

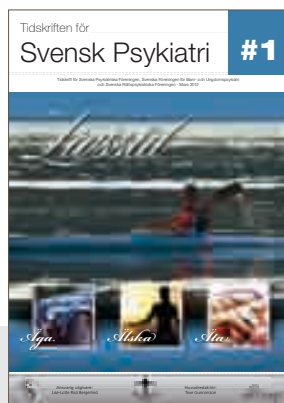
- 58** En resa genom den svenska psykiatrins historia, del 6, *Karin Enzell*

Rapporter från möten och resor

- 13** Rapport från SFBUP:s verksamhetschefsmöte,
Lars Joelsson
- 16** Från Socialstyrelsens webbplats
Hans Ericson
- 22** På spaning efter den framtid vi hoppas slippa - eller.... , *Björn Wrangsjö*
- 26** Filosofi och psykiatri, *Helge Malmgren*
- 46** SLUP:s ST-konferens 2012, *Isak Sundberg*
- 76** Fullsatt på Medicinska Riksstämman,
Simon Kyaga
- 78** Barn- och ungdomspsykiatri på Riksstämman 2011, *Lars Joelsson*

Debatt och diskussion:

- 7** Psykiatriskt tvång och tvångslagstiftning
Wolfgang Rutz
- 31** Dömd till intimring, *Lars Farde*
- 44** Vetenskap och beprövad erfarenhet är sjukvårdens Heliga Graal, *Arne Stenstedt*
- 47** SKL och fortsatt förändring av BUP utan grund,
Jan Pilotti
- 55** En enad front?, *Maarit Wirkkala*
- 56** Hur lär man ut suicidpreventivt tänkande,
Daniel Frydman
- 60** Hur TV-dualismen i Plattlandet övervanns,
Jan Pilotti
- 64** De små stegens tyranni, *Anders Almingefeldt*
- 70** En besvärlig vetenskap, *Anders Almingefeldt*
- 82** Finns det öden värre än döden?
Anna Lindblad



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
(daniel.frydman@comhem.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

Båt/bil – Carol Schultheis,
Yoga – Shutterstock/Yuri Arcurs,
Jordgubbar – Shutterstock/Liv friis-larsen

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Från kost och motion till körsång och motorcyklar...

... det är något av spännvidden i våra bidrag på temat Livsstil. Vi kan mena olika saker då vi använder oss av ordet. I sjukvården likställer vi det ofta med begreppet livsföring eller levnadsvanor, som kan vara en del av en livsstil men inte en livsstil i sig. Kultur och kulturutnyttjande kan också ingå i livsstilsbegreppet. Artiklarna i detta nummer handlar om både - och.

Registrera mera

Det blir temat för nästa nummer.

I en ständigt ökande omfattning ska vi registrera, dokumentera, kvantifiera, rapportera... Syftet är oftast begripligt och gott, insamlade data ska leda till bättre kvalitet och högre säkerhet för våra patienter. Samtidigt är man inom många verksamheter dödens trötta på att fylla i formulär. Framför allt om det inte klart framgår hur uppgifterna sedan ska sammanställas och användas, så kan det uppfattas som ett närmast imbecilt fylleriarbete på bekostnad av tid för patienterna.

Redaktionen hoppas att det finns många tankar, om såväl kvalitetsregister som annan registrering. I Sverige har vi ju en lång historia av att dokumentera uppgifter om medborgarna med osedvanlig nit och noggrannhet, vilket bl.a. gett oss unika forskningsmöjligheter, men även negativa upplevelser av kontroll och förmynderi.

Själva ordet registrering har dock inte bara med införande att göra utan också med hur man tar in information från omvärlden - registrerar det som händer. Vi översköjs av intryck varje sekund - hur filtrerar vår hjärna ut det som vi ska göras medvetna om? Hur bär den sig åt? Och vad är det som gör att man vid en del psykiatriska tillstånd har en försvagad filterfunktion?

Säkert finns det många andra infallsvinklar.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Vad hände i SPF 2011 och vad kommer 2012 att innebära?

Ja, att berätta vad som hände är kanske lätt på ett sätt, det finns ett facit. Det svåra är att inte bli för långrandig. Men att sja om 2012 är svårare, livet blir ju så sällan det vi tror. Men trots detta skall jag försöka mig på båda.

Ett bra tips för att få reda på vad som händer 2011 är att komma på SPF:s årsmöte torsdag 15/3 kl 17 i samband med Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg. Där redogör vi i styrelsen mer i detalj för allt. Redan nu, med 4 veckor kvar, har vi ca 300 anmälda. Slår vi manne rekordet från förra året? Då blev vi 600 och i slutet fick vi tacka nej. I år kan vi ta emot fler!

2011 blev ett bra år: Vi vände ett ekonomiskt underskott 2010 på 900 000:- till ett litet överskott. Vi gav ut 4 nummer av denna tidning med mängder av intressant läsning. Vi ordnade SPK, se ovan. Vi höll vår hemsida väl uppdaterad med mängder av information, bl.a. våra remissvar. Vi var i Almedalen där vi deltog i debattcafé och andra aktiviteter med fokus på politiker och allmänhet. Vi fanns med på Bok- och Biblioteksmässan och spred information om psykisk sjukdom till allmänheten. I samband med Riksstämman hade vi ett omfattande psykiatriskt program med flera Riksstämamosymposier och många psykiatriska kurser. Allt var mycket välbesökt, salarna ofta helt fulla och vi psykiatrer var den specialitet (bortsett från allmänmedicin) som hade flest besökare. Vi startade upp samt arbetade vidare med SPF:s kliniska riktlinjer. Just nu har vi 7 under arbete, några helt nya och andra revideringar. Nordic Journal of Psychiatry gick från pappersupplaga till on-line version efter beslut i styrelsen för den nordiska psykiatriska föreningen, Joint Committee (JC).

Men 2012 då? Ja, vi kommer att få några nya kamrater i styrelsen eftersom några slutar. Alltid dubbla känslor i detta...

Som ni förstår är det mycket som kommer att vara samma. Det är en stor utmaning att fortsätta att göra SPK lite bättre för varje år, samma gäller SP, Riksstämman osv. Två beslut av JC kommer att verkställas i år; en ny nordisk papperstidning "The Psychiatrist" kommer ut med sitt första nummer i april, tror vi. De första två numren sponsras av JC men sedan måste den vara självfinansierande, annars läggs den ner. Det andra som kommer att märkas är att vi i Norden nu ansluter oss till Royal College of Psychiatry's CPD on-line. Detta är ett webb-baserat fortbildningsverktyg för psykiatri med en enorm potential. Det speglar SPF:s avsikt att under några år nu lägga fokus på specialisternas fortbildning som fått stå tillbaka något under de år vi arbetat intensivt kring ST-läkarnas nya målbeskrivning och METIS sökt sina former. Vi kommer att under SPK 2012 ge vår första "Metisliknande" kurs för specialister och den var fulltecknad redan i början av februari. Faller konceptet väl ut kommer vi att ta initiativ till flera t.ex. i samband med Riksstämman.

Vi kommer under 2012 t.o.m. 2014 att vara en av de sektioner, hittills 8, som deltar i Svenska Läkaresällskapets levnadsvaneprojekt för att stödja implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Regeringen har avsatt medel till detta som SPF kommer att få del av. Till styrelsen har Jill Taube adjungerats för att ha en samordnande roll för SPF:s räkning men även Dan Gothefors, som nu efter många år avgår ur styrelsen, kommer att fortsätta att följa och stödja arbetet.

SPF gav 2009, ihop med 6 andra specialitetsföreningar, ut "Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom".



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Maria Starrsjö

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfeldt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors

(gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

SPF har, inte minst genom Dan och resten av arbetsgruppen som står bakom riktlinjerna, arbetat för implementeringen. Att få in detta förebyggande arbete som en del av psykiatrisk rutinsjukvård är målet. Svenska Läkaresällskapets levnadsvaneprojekt som dessutom erbjuder oss ekonomiska möjligheter är en unik möjlighet och en av orsakerna till temat för detta nummer av SP. Vi tackar och tar emot!

Så här tänker jag om detta år utan att ha fått igång kristallkulan. Det som jag lärt mig av livet hittills är att ta glädjeämnen ur nuet och inte skjuta upp dem till framtiden. Så njut av att det är på väg att bli vår. Dagarna har blivit flera timmar längre redan och när jag skriver detta skiner solen från en klarblå himmel på vackert vit snö. Jag skall strax dricka en kopp kaffe med min man. Kan det bli bättre?

Som avslutning: Varmt välkomna till SPK - jag ser fram emot att träffa många av er där!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Att tänka rätt är stort - att tänka om är större

För ett par år sedan behandlade jag en pojke med ADHD. Han hade stora problem i skolan och hemmet. Det var dagliga konflikter och både skolan och föräldrarna var oroliga för honom. Vi provade Concerta och Stratterra utan någon större framgång. Mamman var av den sorten som inte ger sig. Hon kontaktade en "naturläkare" som tog IgG-prover. Jag såg svaren och kunde bara se marginell förhöjning på ett par födoämnen utan någon klinisk betydelse. "Naturläkaren" däremot hade en helt annan tolkning av proverna. Detta resulterade i att pojken fick en lång lista på födoämnen som han skulle utesluta. Jag hade svårt att ta det på allvar då bland annat ostron var ett av dom födoämnen som skulle uteslutas. Skolan gick dock med på diätsaneringen som också genomfördes hemma. Efter en tid kom det inte längre några klagomål från skolan och vid ett skolmöte kom det fram att pojken fungerade helt normalt. Nu ett par år senare fick jag ett meddelande från skolsköterskan på högstadiet där han nu går. Vid hälsokontrollen berättade han att han mår bra när han undviker mjölk och veteprodukter men får ADHD-symptom när han tar dessa.

När jag hörde Lidy M Pelsser på Riksstämman, där hon pratade om ADHD och födoämnesallergi (se rapport i tidningen) kom jag åter att tänka på min forna patient. Kanske det var så att "naturläkaren" sköt från höften med ett hagelgevär och lyckades att pricka in två livsmedel som han inte tålde. Pelssers resultat är förbluffande bra. Om det är sant så är det ju en behandlingsmetod som vi måste ta till oss. Ett tvivel är naturligtvis att resultatet är för bra för att vara sant. Ett annat är att vi kopplar symptom till visa organsystem. Jag utredde en flicka med ofta återkommande buksmärtor. Vi hittade ingen förklaring tills barnläkaren kom på att det kunde vara bukmigrän. När hon började med Inderal så försvann buksmärtorna helt. När jag berättade detta för de andra i teamet såg jag deras förvåning - hur kan man ha migrän i tarmarna, det måste ju vara i huvudet. Likadant kan det vara att vi kopplar ihop allergier till huden eller slemhinnorna i ögon, näsa, luftrör och tarmar men inte till hjärnan.

Jag hoppas att några andra forskare tar upp utmaningen och försöker replikera Pelssers studie. Det skulle klart förändra vår syn på behandling av ADHD.

Under hösten har jag åter träffat en apatisk pojke. Det var som att förflytta sig tillbaka i tiden.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

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

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

Exakt samma mönster och förlopp. Mamma djupt deprimerad, neddragna gardiner, mörkt och helt tyst i rummet. Familjen vårdar sitt sjuka barn och det är svårt att stimulera barnet och familjen. Min upplevelse har varit att vi inte kan påverka barnets tillstånd så länge som familjen står inför utvisning, även om man försöker stimulera barnet så gott som det går. Jag blev därför lite förvånad och glad när jag kom i kontakt med en annan apatisk flicka som återfick sin funktionsförmåga utan att familjen hade fått uppehållstillstånd (jag hade bara varit med om det en gång tidigare). Det visade sig att barnet och mamman hade behandlats på Solsidans behandlingshem i Skara. Detta behandlingshem har närmast specialiserat sig på apatiska barn och har haft ett 30-tal mammor och barn inne de senaste 7-8 åren. I början hade man inte så bra resultat men de senaste åren har man lyckas vända alla barn utan att de fått uppehållstillstånd. Deras filosofi är att barnen är friska men att de har släppt eller tappat sina fysiska och psykiska funktioner. Man ser också att barnen nästan alltid är traumatiserade. Man gör en vårdplan som bygger på att man hela tiden stimulerar barnet, trots att det inte ger någon kontakt. Mammornas inställning är ofta att barnen är svårt sjukt och skall vila och vårdas. De kan därför ha svårt att acceptera vårdplanen. Behandlingshemmet och socialtjänsten har då tillfälligt separerat mamman och barnet för att kunna genomföra behandlingen. Behandlingshemmet hävdar att de nu på detta sätt lyckas hjälpa alla barn ur apatin och det ganska snabbt.

Detta fick mig verkligen att tänka till och tänka om. Stämmer behandlingshemmets resultat så är det ju också uppseendeväckande. Svårigheten är att de inte sammanställt sitt material. Man skulle vilja mer i detalj se vilka faktorer som spelar in t.ex. uppehållstillstånd men också hur barnet påverkas om man skiljer det från mamman.

Jag brukar alltid tänka på Semmelweis som förde fram tankar som framstod som helt stolliga i samtiden men som nu är självklara. Ibland är det bra att våga tänka om men ändå vara lite skeptisk.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Vi behöver Dig!



Det är dags för årsmöte i föreningen och det blir i Göteborg eftersom vi har valt att förlägga årsmötet i anslutning till Svenska Psykiatrikongressen. Det går givetvis bra att komma till årsmötet även om man ej deltar i kongressen.

Vi i styrelsen skulle så gärna vilja att fler läkare som arbetar med utredning eller behandling av psykiskt störda lagöverträdare (specialister i rättspsykiatri eller ej) engagerar sig i föreningen och i styrelsearbetet. Om sanningen skall fram så hinner vi i styrelsen bara gå igenom en bråkdel av de remisser vi får från Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet gällande allt från psykiatrilagsutredningen och missbruksutredningen, till utvärdering av dostjänster och föreskrifter om ST-utbildning. Här finns chansen att tycka till om de saker man gått och irriterat sig över i alla år eller de saker man uppskattar och vill värna om inom svensk rättspsykiatri. Min mailkorg bågner av förslag till olika spännande forsknings- och kliniska projekt, av frågor om rättspsykiatri som ställs av alla från skolbarn till universitetsstuderande och internationell media, av inbjudningar att delta i konferenser och seminarier, i utvecklingsarbeten och studiebesök. Det finns uppenbarligen en uppsjö av människor, från alla möjliga delar av det svenska samhället och av världen, som är intresserade av vad rättspsykiatrier gör i vårt lilla och aningen udda land. Till exempel, för tre veckor sedan berättade jag om oss på mentalsjukhuset i Agra, Uttar Pradesh, Indien (det var i och för sig på min semester) och i övermorgon skall jag delta i planeringen av nästa Nordiska Rättspsykiatriska Symposium som skall hållas 2013 i Kuopio, Finland.

Ni hör ju att en ensam ordförande, inte ens med hjälp av de utmärkta styrelsemedlemmar vi redan har, hinner med allt detta vid sidan om kliniskt arbete, doktorandutbildning, småbarn, hundar, hus (där en röd lampa nyss börjat blinka hotfullt på värmepannan) och alla andra stolar jag råkar sitta på lite nu och då när jag väl tar en chans att sätta mig. Jag är med i SRPF: s styrelse trots att jag, liksom alla andra styrelsemedlemmar, egentligen inte hinner, eftersom jag tycker att det är viktigt att rättspsykiatrins talan ändå förs, att folk får veta vad vi gör, att vi slår håll på myter om våra patienter, att vi får inspiration i nya och gamla behandlingsmetoder, att vi lär oss av andra system i andra länder och sist men inte minst att jag lär mig av och har kul med mina trevliga, smarta och erfarna kollegor från hela landet när vi träffas och diskuterar i SRPF!

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Internationell sekreterare: Per Lindqvist

(per.lindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner

Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson

Ledamot: Klas Attrell

Ledamot: Harald Nilsson

Ledamot: Per-Axel Karlsson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

SRPF: s årsmöte sker den 15 mars kl. 17 i lokalen Hyppeln på hotell Opalen som ligger precis mitt emot Bergakungen där Psykiatrikongressen håller till. Ni är välkomna vare sig ni kommer för att lyssna, delta i mötet eller kanske till och med erbjuda föreningen en liten del av er tid framöver, trots att ni egentligen inte hinner!

Kristina Sygel
Ordförande SRPF



Psykiatriskt tvång och tvångslagstiftning

Några reflexioner ur ett Internationellt Perspektiv

Generellt

Allmänt kan sägas att psykiatrisk tvångsanvändning och dito lagstiftning i mångt och mycket återspeglar utvecklings- eller avvecklingsprocesserna i motsvarande samhällens psykiatri, dess humanisering, dess dehospitalisering och dess avinstitutionalisering - i utvecklingen mot en allt högre grad av normalisering, integrering, deinstitutionalisering och avstigmatisering när det gäller psykisk sjukdom och sårbarhet.

Vissa europeiska länder håller sig än idag med en illa resurstillgodosedd, inhuman och förvarande kustodiell vårdstruktur, där de mest basala mänskliga rättigheterna för de psykiskt sjuka ej är respekterade. Det är klart att sådana samhällen behöver en annan typ av lagstiftning för att starta en humaniseringsprocess än länder där institutionsomvandlingen har nått så långt att mänskliga rättsprinciper är tillgodosedda, även inom institutionerna. Längst har några länder kommit där psykiatrisk vård och stöd huvudsakligen erbjuds i samhällsnära tjänster - länder som t.ex. Island, Spanien och Norge, där en särskild psykiatrisk lagstiftning har avskaffats eller diskuteras att avskaffas, utifrån tanken att normal sjukdomslagstiftning borde räcka till för att erbjuda den vård "oberoende av samtycke" som ibland behövs för att "rädda liv".

I ett internationellt perspektiv blir det klart att tvångsvårdens omfattning även i mångt och mycket återspeglar samhällsstrukturen, med dess kulturella och "politiska" syn på psykisk sjukdom, psykisk svaghet och vulnerabilitet.

"Föraktet för svagheten" eller solidariteten med även mindre starka medmänniskor är olika utpräglad i olika samhällen. Den är underkastad politiska inflytanden och processer vilket för närvarande blir tydligt bland annat även i vårt land. Detta återspeglas också i psykiatridiskussionen - i samhället såväl som inom professionen. Forskning har visat att man enbart inom EU kan se en 5-10 faldig variabilitet gällande förekomsten av tvångsvård, vilket bland annat återspeglar familjernas sammanhållning, samhällets "social cohesion", samt traditioner att inom samhällets ramar utöva även ett inofficiellt mer eller mindre "auktoritativt" eller "kärleksfullt" tvång (Jacobsson 1996, diLeo 2001, Salize 2004). Det är dock även olika syn på avvikande beteende, pluralism och tolerans mot det som är annorlunda såväl som mer eller mindre övertro på och olika sätt att ladda och använda sig av psykiatriska diagnoser som reflekteras här.

Tvångsvårdens omfattning och karaktär återspeglar även samhällets tendenser både till ett socialt ansvarstagande, men också till att tillgripa och utöva kontroll gentemot den enskilde.

Trots en någorlunda harmoniserad tvångsvårdslagstiftning inom EU så ligger de skandinaviska länderna högst i användandet av tvång, något som har noterats såväl inom EU och WHO:s aktiviteter (WHO, Bukarest 2004) som i Europarådets inspektionsberättelser (Lehmets, 2005).

Till yttermera visso bör påpekas, att psykiatriska tvångsvårdande ingrepp så gott som alltid subjektivt mer eller mindre upplevs som ett integritetskränkande och traumatiserande våldförande. Det bör därför användas så sällan och så restriktivt som möjligt. Risken är stor att man sätter långsiktiga skador, bland annat genom att förstöra och försvåra förtroendet, compliance, terapeutisk relation, kommunikation och behandlingsmotivation för lång tid framöver.

Patienterna är legio som berättar om ett tvång de "aldrig kan glömma".

Detta innebär krav på empatisk närvaro, tröst, humaniserade polisiära omhändertaganden, människovänliga, respektfulla och professionella emottaganden, och aktiva försök att upprätthålla rättsäkerhetskänslan, att inte vara "allena och utsatt", att ha tillgång till både juridisk och humanitär "advocacy" - att ha "någon som står på min sida".

Specifikt

Det finns vissa riktlinjer som internationellt tvångsreglerings- och lagstiftningsarbete återkommer till (WHO 2005):

1. Tvång får enbart utövas när "huvudindikationen" föreligger, nämligen en svårartad psykisk sjukdom av sådan art och grad att autonomi och rättskapacitet inte längre kan förutsättas. Med detta menas oftast tillstånd av psykosvalör.

2. Detta innebär att farlighet i sig ej är tillräckligt för ett tvångsingripande (utöver ingripanden som motiveras av nödvärnslagen), om den inte förorsakas av psykiatrisk sjukdom eller ett likställt tillstånd. Här finns gråzoner - personlighetstörning, psykopati, missbruk eller patologisk (själv)aggressivitet - vilket de senaste årens diskussioner visar. Internationellt kan tyckas, att man i vårt land under senaste åren snarast har utvidgat indikationer och frekvensen för tvångsvård, medan man i andra länder har gått i motsatt riktning. Hit hör även diskussionen om brist på slutenvårdsplatser, trots att antalet slutenvårdsplatser i vårt land fortfarande är en av dom högsta i EUs och WHO:s Europa (Eurostat 2005, WHO Atlas 2005) och trots att utvecklingen till samhällsnära psykiatriska vårderbjudanden de senaste åren tydligt har avstannat.

Fortsättning sidan 24

Tankar om livsstil och ägande



En livsstil är först och främst mönstret i den enskilda individens sätt att leva sitt liv, men detta sätt har inte bara individuella utan också kulturella och subkulturella bottnar. Samhälleliga omständigheter skapar ramar både för individens förväntningar på sig själva och sina liv och för deras möjligheter att leva upp till dessa förväntningar. I vårt samhälle, liksom i varierande grad i hela västerlandet finns tunga determinanter att förhålla sig till vid val av livsstil, i den mån denna är ett

uttryck för medvetna val. Dessa determinanter har olika influens i olika subkulturer varierande från påtaglig till relativt obetydlig. Individuell materiell/ekonomisk framgång, förmåga att konkurrera, konformitet med vissa kroppsideal men också miljömedvetenhet, val av kosthåll, val av vård av kroppen.

Vi är rikare, somatiskt friskare och lever längre, samtidigt tycks vi i vissa avseenden mer stressade, deprimerade och möjligen också existentiellt vilsnare än tidigare. Den nuvarande ungdomsgenerationen är den första under lång tid som tycks komma att få det sämre än sina föräldrar och den psykiska ohälsan hos tonåringar ökar, särskilt hos flickor.

Kanske skulle det kunna gå att vaska fram livsstilar som är möjliga att specifikt koppla till psykiatriska tillstånd. Personer med tung psykisk problematik har ju närmare 20 års kortare livslängd, huvudsakligen beroende på ökad somatisk sjuklighet, vilket kan avspegla en påtvingad snarare än självvald livsstil. Jag tänker dock lämna detta spår och närma mig en grundläggande aspekt i vardagen som kan vara kopplad till ägande. Ägande är en central företeelse i våra liv och förhållandet till det kan vara bas för en livsstil eller livshållning.

I många andliga föreställningssystem ingår sparsamt ägande, eventuellt fattigdom som både ett ideal och ett medel för att befrämja individens utveckling. Denna syn på ägande tycks ha påtagligt liten relevans i moderna västerländska kulturer. Men fanns och finns en poäng med detta förhållande till tingen utöver en solidaritet med dem som intet äger? Är det något med vårt förhållande till ägande och ting som kan ställa sig i vägen för vår mentala utveckling?

Föremål – och annat ägande – som vi disponerar, väcker känslor inte minst när vi ställs för att skiljas från dem på eget eller andras initiativ. Vissa ting och annat vi äger är svåra att skiljas ifrån därför att de underlättar vår vardag. Andra ting, till exempel arvegods, kan vara svåra att skiljas ifrån om inte någon annan betrodde tar över och vårdar dem.

Men när tingen/ägandet har blivit en del av vår person och identitet kan de också bli ett hinder för utveckling och självförverkligande.

De tycks kunna fylla hål som uppstått i vårt inre utifrån erfarenheter som vi inte kommit att genomleva och integrera. Hur kan vi skilja detta förhållande till ting och ägande från det förhållande som innebär ett hinder?

Eckhart Tolle, tysk/kanadensisk andlig ledare, har formulerat ett perspektiv på vårt förhållande till ting och ägande utifrån den art av känsla och impuls som väcks inom oss när detta ägande hotas. Tolle menar att när skilsmässan från ett ting utlöser en spontan reaktion av "nej, detta är min eller mitt" finns skäl att besinna sig. Kanske är detta ett perspektiv som är mest användbart under livets senare hälft.

Ingen blir väl bekymrad över den tvååring som håller hårt i sin nalle, tittar misstänksamt på barn i närheten och sammanbitet säger "min". Barnet behöver sin nalle för en period som övergångsobjekt i sin självständighetsutveckling. Men Nalle hamnar bortglömd i garderoben när den spelat ut sin roll. Den behövs inte längre för att hantera mammas/pappas frånvaro.

Visst ägande har inte bara en praktisk natur utan även en symbolisk. Det markerar vår status och vår tillhörighet genom val av kläder, bilar, hus, inredningar, vänner och kontakter. Om de blivit en del av vår personlighet kanske man kan våga antagandet att de känslor som väcks om detta som är "mitt" tas ifrån oss är kopplade till de känslor vi reglerar och håller ifrån oss genom ägandet och förfogandet av detta "min" och "mitt". Att berövas detta som är "mitt" påverkar något djupt inom mig, det uppstår en förnimmelse av brist och tomrum inom mig. Betänk hur känslorna kan svalla vid bodelningar där föräldrars egendom ska fördelas "rättvist". Ting och ägande kan vara så laddade med känslor.

Förfogande över ting och andra företeelser som bygger upp vardagen är nödvändiga men ägandet är ingen självklarhet, framför allt inte det ägande som är laddat med "mitt". Indianerna i Nordamerika förstod inte hur man kunde tänka sig att äga land och natur. Nå, varför envisas över att gräva vidare på detta tema? Jag tycker det är intressant därför att vi lever under omständigheter där införskaffande och ägande av ting är så iögonenfallande. Hela vårt ekonomiska system bygger på att vi ständigt skaffar nya ting antingen vi behöver dem eller inte. Slutar vi handla och konsumera rasar världen – eller åtminstone ekonomin.

Dynamiken förstärks genom att ägandet av ting indikerar framgång och status, så påtagligt att "självförverkligande" i stor utsträckning blivit synonymt med konsumtionskapacitet av ting, egendomar och upplevelser.

Detta införskaffande är så vanligt och kultursyntont att dess eventuella problematiska psykiska implikationer först relativt nyligen blivit klarlagda i form av termen "shopaholics", ett beroende som funnit sin plats i skaran av beroenden; drogberoende, alkoholberoende, spelberoende, sexberoende. Flera av dessa beroenden har ekonomiska implikationer och kan bidra till att individen hamnar i en skuldfälla.

"Mitt"-dynamiken är dock komplex vid detta "min/mitt"-beroende. Många av de ting man har skaffat har inte särskilt mycket "mitt"-laddning efter en tid. Vissa ting kan slängas eller ges bort utan minsta aktivering av "mitt"-känslor. Men i inköpsögonblicket kan "mitt"-faktorn vara hög - "jag måste ha detta ting, annars..." Ja, vad då "annars"?

Ett barn i leksaksaffären som blir förtvivlat om det inte får vad ögonen "fastnat" på, får hjälp att avstå genom både handfasta gränser och tröst av en förstående förälder. Vad aktiveras under ytan inom den vuxne i samma läge när "ögonen fastnat" och ingen sådan förälder står att få: övergivenhet, förvirring, känslor av värdelöshet, utanförskap?? Kanske har den tomhet och brist som uppstår länkar över till brister i anknytning och otrygghet?

Låt oss ta oss tillbaka till livsstilen. Konsumtion är en hörnsten i vår livsstil och för vissa av oss kan det finnas en beroendeproblematik inlätad i denna konsumtion. Vi vill väl gärna föreställa oss att vi har ett visst mått av oberoende och självbestämmande i förhållande till de samhälleliga och kulturella värderingar vi är mer eller mindre "marinerade" i. Kanske är dessa frihetsgrader inte så stora som vi tror och önskar. En viktig aspekt av detta beroende kan vara åtkomligt (för den som är intresserad) och göras synligt genom att testa "mitt/min-laddningen" i förhållande till ting och äganden. Vad väcks det inom mig när jag föreställer mig att bli av med en viss "ägodel", något som jag förfogar över och kontrollerar? Om det instinktiva svaret inifrån är "nej, nej det är min" så pekar det på något att reflektera över. Hotar det att hända något med självbild, självkänsla och identitet?

Kan dessa resonemang ha någon bäring på psykiatri? Ja, kanske. Visserligen har vi alla att förhålla oss till den underliggande samhälleliga dynamik som jag skissat, men man kan anta att människor med svåra psykiska problem är mer sårbara än andra för denna konsumtionens dynamik, även om många patienter inom psykiatri kan uppleva en brist och tomhet som inga ting och inget ägande kan lindra.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: Shutterstock/Vladimir Sazonov

Deadline för bidrag till nästa nummer:
16 maj

Från tredje till andra person

Magnus Uggle har framför allt gjort sig känd för sin slagfärdighet och den ironi som hans låttexter ofta är full av. Innan han hittade sin vinnande formel utnyttjade han också en annan sida av sin begåvning. Han kan på ett effektivt sätt berätta historier som bär större teman än vad som först syns. På hans andra skiva "Livets teater" – vars omslag är en direkt parafras på en av Tom Waits' tidiga skivor "Closing time" – finns en skiss till en bildningsroman insprängd.

Det är låten "Sommartid" som låter oss göra ett besök i den subkultur som berättarjaget lever i. Sången hade kanske inte varit lika intressant om det inte varit för dess i mikroformat



Foto: Shutterstock/Svand

väl antydda beskrivning av utvecklandet av relationer. Framförallt är förskjutningen från grupptillhörigheten till länkandet till en annan individ spännande. Låten börjar alltså med att

Jag tog min Harley in till city/mötte en brud vid en bar/vi drog från stan i 190/mot en popfestival

Berättarjaget är alltså en kille som gillar motorcyklar och brudar, hans huvudsakliga identitet är baserad på hans livsstil och hans roll som "fri ung man", som sällar sig till den större gruppen. I några få ord ger han oss en bild av det fria han har när de

fick följa med på vägen/av ett bågägare från stan/vi åkte raka rör på leden/och hade party vid en kvarn

Man vet hur det går. Sex, droger, rocknroll och ändå är popfestivalen den plats där allt kommer att förändras. Uggle låter sitt berättarjag åka dit som ett subjekt utan bestämda relationer. Kvinnan beskrivs i objektsform i första versen, en brud.

Närdelämnarfestivalen har han mognat, han har vuxit in i gänget som en fast medlem och han ser tillbaks på den sommaren när

Jag tog min Harley in till city/och mötte dig vid en bar ...

Ugglas teknik när han bygger texten är imponerande. Magnus Uggle har lyssnat och lärt av Karl Gerhard, den främste av kuplettmakare, och förvaltar lärdomen väl. Han återanvänder ett helt versfragment, med undantag för det viktiga bytet av objektets term, från tredje person till andra person. Dessutom lägger han betoningen på denna förändring genom att flytta frasens plats inom den sista versen så att texten avslutas med detta poängterande av att den individuella relationen har blivit så mycket tydligare.

Det är för detta syfte gänget finns där. Gänget har där en moderlig funktion, ger honom tryggheten som han kan vila i så att han vågar sig ut i det stora äventyret, bort från gänget och in i en närmare relation till en person. Grupptillhörigheten är just den språngbräda från den ursprungliga familjen som för många behövs för att kunna ta sig vidare ut i en egen individualitet. Under tonåren har de flesta stora behov av att identifiera sig med andra på ett mer opersonligt sätt, många livsstilsfenomen hänger ihop med detta. Det gäller idoldyrkan och olika grupperingar som skiljer ut en grupp från de andra, där individens uttryck är av mindre betydelse än de gemensamma attributen. Det brukar inte vara helt okomplicerat när en kärleksrelation "ställer sig i vägen" för ens plats i gruppen. Man ställer sig ju då utanför, sviker samtidigt som man själv tagit ett kliv vidare, bort från den avindividualiserade identitet som gruppgemenskapen ger. Förälskelsens minimala grupp ger en annan identitet, alltid tillfällig.

Men man kan påminna sig om att Magnus Uggle inte bara gett oss teoretiskt material för att studera livsstilsfrågor, han kanske till och med struntar i det. Däremot ägnade han sig åt att berätta om sin tid, på ett sätt som ibland var just så här kärleksfullt. Eller som när han på skivan efter, "Va ska man ta livet av sig för när man ändå inte får höra snacket efteråt" beskriver en konsert på Kåren i Stockholm. Han hörde där ett band, Mott the Hoople, som han ser som det största, och erkänner att han brukar tänka på dem när han själv står på scenen, har dem som sitt memento mori och påminner sig så om sina begränsningar. Och oss om våra.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Svenska Läkaresällskapet
MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN
S T O C K H O L M 2 0 1 2

28 nov – 30 nov

”Framtidens hälsa”

**Gratis inträde endast för medlemmar i
Svenska Läkaresällskapet**



Det psykiatriska programmet på Medicinska Riksstämman 2011 samlade hundratals besökare på temat ”Nyheter inom psykiatrisk behandling”.

Missa inte att ansöka om medlemskap i Svenska Läkarsällskapet (www.sls.se) senast i sommar för gratis inträde på Medicinska Riksstämman 2012. Övriga betalar 5000 kr.

Tankar kring livsstil

Tänk att ni i redaktionsgruppen kan hitta teman som gör att man känner att man bara *måste* skriva!! Livsstil var precis ett sådant ämne för min del. Snabbkoll i Wikipedia (En livsstil är en människas sätt att leva), NE, ut på nätet, slå i lite böcker - mental uppmjukning inför skrivpasset: Tänker andra på samma saker som jag? Finns det något spännande därute??

Oh vad härligt! Dags att vässa pennan.

Alla spår inne i hjärnvindlingarna aktiveras, jag riktigt känner hur det stökar och bökar där inne i synapserna, fram och tillbaks bland minnen, nutid, dåtid, kunskap, lösryckta citat, saker man hört på tåget, egen erfarenhet – allt i en salig röra. (I röran flyger saker som gå i trappor, ät frukt, borsta tändarna, lev aktivt och stressfritt, valfrihet, sup inte, knarka inte, lev inte i osunda relationer, var inte hemlös, bo vackert, skaffa dig bra gener...)

Raskt sorterar jag igenom denna bråte, hoppar över det som kom först - associationerna till min egen livsstil - för evigt förbundna med klass, kön, ålder och alla de förutsättningar som kommer med att vara en del av den bildade medelklassen. Gott vin, njuta av musik, goda vänner, läsa, resa... (Var ute i förrådet häromdagen och letade efter något och hittade rester av mina balettkläder från 3-4 årsåldern, operautstyrlar, slalomskidor, väskor med märken från resor; om man står i ett förråd en stund så får man syn på en del av livsförutsättningarna!)

Läkartidningen hade ett nummer häromåret där rubriken var **Bra livsstil lönar sig!** (LT nr 36, 2010). Absolut. Helt enig. Det råder ju ingen tvekan om att praktiskt taget alla sjukdomstillstånd kan förbättras, förebyggas, dämpas, fördröjas - beroende på vilket tillstånd hos vilken människa vi pratar om - och att det är oerhört angeläget att kompensera på olika sätt för det vi inte redan har med oss i vår genuppsättning.

Kultur på recept och fysisk aktivitet på recept är det många som rynkar på näsan åt. Varför det? Tja, går man själv på konsert och teater 40 ggr/år, på gym 2 dar i veckan, har skidsemester och dyksemester så behöver man ju inte det. Eller så tänker man att det är farmaka och psykoterapi som är det viktiga för patienten, inte nåt duttande med blommor, teater och promenader.



Men den som behöver det – var och hur ska han eller hon få tillgång till det? Idag kan man få yoga efter hjärtinfarkt, mindfulness på vårdcentralen, kultur vid långtidssjukskrivning, hjälp med rökavvänjning efter stroke och med viktninskning vid schizofreni - men det finns inte tillgängligt för alla.

Jag tror personligen att detta med livsstil och kopplingen till hälsan är en våra riktigt stora frågor i vården framöver - att hitta en väg där riskgrupper och individer med ett klart och tydligt behov av att förändra sin livsstil för sin hälsas skull (oavsett klass, kön och social status) får tillgång till det som finns. Jag ser framför mig nya behandlingsprogram, nya yrken, nya nischer med coacher med gediget kunnande som finns med hela vägen och bidrar till att skraddarsy det individen behöver. Erbjudanden och möjligheter för alla!!

Men så blir jag så trött - är detta inte bara en ny variant av moralkakor och pekpinnar – kejsarens nya kläder? Vem är jag, som doktor, att tala om vad andra ska göra? Och kan man ge råd utan att vara perfekt själv? Och: Är detta att leva längre ett mål i sig?

Det jag som psykiater är mest upptagen av när det gäller livsstil är hur i fridens dar de som allra mest behöver förändra sin livsstil ska vilja/kunna/våga/ bli coachade till det. Den stora frågan är naturligtvis *Vem tar emot råd och vem tar till sig nya rön?* Hur blir det verkstad?

Vägen till beteendeförändring är ju som bekant både lång och snårig. Man måste visst göra en ny sak 50-60 ggr för att den ska få fäste – vare sig det är matvanor, motion, användning av njutningsmedel, stressnivåer eller annat som ska förändras.



Flera forskare, t.ex. Hanne Tønnesen, professor vid Kliniskt Centrum för Hälsofrämjande Vård vid Lunds Universitet, menar att introduktionen till vägen för att ändra livsstil måste innehålla både motiverande samtal och rent handgriplig hjälp att komma till det stadium där man aktivt genomför beteendeförändringen.

Professor Daniel Nettle, Newcastle University, framför tesen att man i socialt utsatta situationer inte uppfattar att det lönar sig att ändra sitt beteende för att man lever med verkliga eller upplevda stora risker som motverkar positiva effekter av att leva sunt.

Det gör människor mindre benägna att lägga tid, kraft och pengar på att ändra sin livsstil. Och resultatet blir ännu sämre hälsoförutsättningar.

Så detta är det jag landar i mina tankar kring livsstil. Att en stor utmaning för oss i psykiatri är hur vi kan bidra till förändringar i hälsobefrämjande livsstil även för de socialt allra mest utsatta barnen, familjerna och vuxna bland våra patienter? Där inte ord räcker.

Text och foto:

Lena Eidevall

Specialist i Barn och ungdomspsykiatri

FOUU koordinator

Psykiatri Skåne

Rapport från SFBUP: s årliga möte med landets verksamhetschefer

SFBUP ordnar varje år ett möte där Sveriges alla verksamhetschefer och chefsöverläkare inom BUP har möjlighet att delta. I år var mötet 16-17:e februari i Stockholm.

Drygt 40 personer kom till mötet. Varje år brukar vi bjuda in en föreläsare. I år var det Per Gustafsson från Linköping och Socialstyrelsen som kunde presentera vårdprogrammet angående beteendestörningar. Han har skrivit vårdprogrammet som SFBUP ställt sig bakom och publicerat på hemsidan. Föreläsningen blev en dialog mellan Per och församlingen och där flera verksamheter kunde presentera bra resultat. Efter Per kom Ing-Marie Wieselgren från SKL. Ing-Marie kommer varje år och brukar då presentera vad som är på gång från SKL men också för att höra vad verksamhetscheferna har att säga.



Glada miner och livlig diskussion

Ing-Marie började med att säga att det är mycket på gång just nu och det var verkligen ingen överdrift. Hon berättade att SKL var mycket nöjd med att alla BUP-enheter hade lyckas att hålla den förstärkta vårdgarantin, sjukvårdens strängaste med första besök inom 30 dagar och utredning/ behandlingsstart inom ytterligare 30 dagar.

Vi har också lyckat få den att innefatta all vård och alla diagnoser. Inom andra specialiteter har man ofta begränsat vårdgarantin till vissa diagnoser. BUP-verksamheterna blev lovade stimulanspengar om man klarade vårdgarantin. Staten har betalat ut pengar till landstingen men dessa pengar har inte alltid gått till BUP.



Verksamhetschefer från hela Sveige

Ett exempel på detta är Västra Götaland där inte en enda krona har gått till BUP utan till landstinget. Tanken var ju att stimulera och stödja BUP-verksamheterna.

Ing-Marie pratade också om att det troligen kommer nya stimulanspengar för ytterligare tre år. Denna gång vill man mäta vårdens innehåll och hur gör man det? En sätt är att mäta hur många av alla patienter har en vårdplan som de är delaktiga i. Diskussionen om detta lär fortsätta. Verksamhetscheferna har en kontaktgrupp som förmedlar tankar och synpunkter till SKL och som SKL kan konsultera. Ing-Marie redogjorde för modellarbetena och hur man får in 1:a linjen i arbetet med barn som har psykiatriska problem. Det finns flera olika modeller som SKL nu vill prova. Olika verksamheter bör välja den modell som passar bäst men det är viktigt att man tydliggör var gränserna skall se ut. För mer information se www.skl.se/psynk.

SFBUP presenterade sin verksamhet. Föreningen är aktiv inom flera områden. En stor uppgift som vi nu står inför är att försöka ge ut nationella riktlinjer för de fyra stora områdena, ADHD, depression, ångest och beteendestörningarna. Vår ambition är att riktlinjerna skall vara lättlästa och enkla, typ "kokbok" eller checklistor. Ett annat område som vi vill lyfta fram är de ensamkommande flyktingbarnens situation, framför allt de som faller inom Dublinkonventionen. Många har blivit mycket illa behandlade i några länder som de först kommit till och är rädda att återvända dit. Detta medför att de får självmordstankar och gör självmordsförsök. Under en vecka nu i februari var 9 av 11 akutplatser i Malmö upptagna av ensamkommande barn.

Kris och Traumaenheten på Malmö BUP har skrivit en skrivelse om detta som SFBUP stödjer och vi planerar nu att skriva ett följebrev till Socialdepartementet och Migrationsministern.

Mötet var mycket trevligt. Det fördes många bra samtal där man kunde utbyta erfarenheter mellan olika verksamheter i Sverige. Nu ser vi fram emot nästa års möte men innan dess kommer verksamhetscheferna att träffas igen till hösten

Foto och text:
Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP



.....och Stockholm

Avdeling for rusbehandling er en del av Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold HF. I nye moderne lokaler på Nøtterøy er følgende enheter lokalisert; Enhet for avrusning og utredning av stoffavhengige, Enhet for avrusning, utredning og behandling av alkohol og medikamentavhengige, LAR (legemiddelassistert rehabilitering), samt avdelingssjefens stab. Behandlingsenheten for stoffavhengige er i dag lokalisert på Vivestad, men vil bli samlokalisert med resten av avdelingen på Nøtterøy ved årsskiftet 2013/2014. Avdeling for rusbehandling har for tiden 44 døgnplasser, 365 pasienter i LAR, i tillegg til en tverrfaglig sammensatt personalgruppe på ca 110 årsverk. Avdelingen består av et medisinsk kollegium med to psykiatere (i ansettelsesprosess av to til), en spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, samt en assisterende lege. Det er også 8 psykologer ved avdelingen, hvorav 4 er spesialister.

PSYKIATER TIL NORGE

Bli med på laget i et av Norges aller mest offensive og utviklende sykehusmiljøer innen rusbehandling og psykiatrien i Norge. Gode muligheter for fagligutvikling og relevant forskning innenfor rusfeltet.

Se full annonse på www.dignusmedical.no (ledige stillinger – faste stillinger)

For ytterligere informasjon ta kontakt med:

Dignus Medical v/ Partner Harry S. Klein på Telefon+47 22871055 eller Mob.:+ 47 91351666



SPEKIALISTER PÅ REKRUTTERING OG FORMIDLING AV HELSEPERSONELL

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättshspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se



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



Från Socialstyrelsens webbplats:

Det tar för lång tid för Socialstyrelsen att handlägga bevis om specialistkompetens för läkare. Därför vill Socialstyrelsen pröva ett nytt sätt att utreda ansökningarna. Man föreslår att ansökningarna ska granskas av sakkunniga specialistläkare på Socialstyrelsen, i stället för av externa bedömare.

Sedan den 1 januari 2010 ska alla ansökningar om bevis om specialistkompetens granskas av externa bedömare, innan Socialstyrelsen fattar beslut.

Syftet är att säkra en rättvis bedömning av ST-läkarnas kompetens. Men systemet har tydligt varit mer tidskrävande än det var tänkt. Man har inte heller kunnat utbilda de externa bedömarna tillräckligt för att de ska kunna göra enhetliga bedömningar.

– "Handläggningstiden är oacceptabelt lång just nu. Vi tar situationen på allvar och måste göra något åt den" säger Anders Printz, avdelningschef på Socialstyrelsen.

Därför föreslår Socialstyrelsen att de drygt 150 externa bedömare ersätts av 9 sakkunniga specialistläkare, en per medicinskt område. Möjligheten att kontakta de externa bedömare föreslås finnas kvar i enstaka fall, till exempel om en sakkunnig specialistläkare behöver mer information om en specialitet för att kunna göra en bedömning.

Man föreslår att de sakkunniga specialistläkarna ska vara deltidsanställda på Socialstyrelsen. Detta för att de ska ha fasta arbetstider och finnas på plats under handläggningen. På så sätt ska de sakkunniga specialistläkarna också kunna utbildas regelbundet.

– Målet med förändringarna sägs vara att göra handläggningen mer effektiv, enhetlig och rättssäker.

Därefter kommer man att utvärdera det nya systemet för att se vilka effekter det har gett, säger Pernilla Ek, chef för enheten för behörighet på Socialstyrelsen.

Förslaget innebär att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring behöver ändras. Ändringarna kommer att förankras genom remiss under 2012.

Hans Ericson
SPF:s utbildningsutskott

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2012

NUMMER 2 2012

Tema: Registrera mera
Deadline 16 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2012

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

NUMMER 4 2012

Tema: Ej bestämt
Deadline 14 november
Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

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

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



SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskspsykiatri.se



Vad gör du när patienten ser livet i gråskala?

Alternativ för de patienter som på grund av biverkningar inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat depressionsläkemedel.*

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminupptagshämmare (NDRI) som genom sin annorlunda verkningsmekanism har en antidepressiv effekt jämförbar med SSRI, men en biverkningsprofil utan serotonerga inslag.¹⁻⁸

Den unika verkningsmekanismens selektiva effekter gör att Voxra kan ges till patienter med en symtombild som tyder på dysfunktion i noradrenalin- och dopaminsystemen. Med Voxra kan du därigenom undvika residualsymtom som trötthet och utmattning och minska risken för biverkningar som viktuppgång och sexuell dysfunktion.¹⁻⁹

För patienter som på grund av biverkningar inte nått önskade behandlingsmål med SSRI eller annat inledande läkemedel, erbjuder Voxra ett effektivt alternativ vid behandling av egentlig depression.

Och en möjlighet till ett liv med fler nyanser.

**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.*



GlaxoSmithKline

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


Voxra[®]
bupropionhydroklorid

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. Indikation: Behandling av egentlig depression hos vuxna. Styrkor och förpackningar: Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. Dosering: 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. Kontraindikationer: Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampanfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampanfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig forskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2011-03-29. *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. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007;21(5): 461-7. 2. Voxra produktresumé GlaxoSmithKline www.fass.se. 3. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005;7:106-13. 4. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004;6:159-66. 5. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005;66:974-81. 6. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000;61:196-202. 7. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997;58:532-7. 8. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51:234-42. 9. Papakostas et al. European Psychiatry 2008;23:s205, abstract P0046.

Kalendarium

14-16 mars 2012

Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg

www.svenskpsykiatri.se

23-24 april 2012

Svenska BUP-kongressen
Stockholm

[www.conferencemanager.dk/
SvenskaBUPkongressen2012](http://www.conferencemanager.dk/SvenskaBUPkongressen2012)

25-27 april 2012

53rd Annual Meeting of the Scandinavian
College of Neuropsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark

www.scnp.dk/

5-9 maj 2012

165th APA Annual Meeting
Philadelphia, USA

[www.psych.org/MainMenu/
EducationCareerDevelopment/Meetings.aspx](http://www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/Meetings.aspx)

3-7 juni 2012

28th CINP World Congress of
Neuropsychopharmacology
Stockholm

<http://cinp2012.com/>

5-8 juni 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
Tromsø, Norge

www.ncp2012.org

13-17 oktober 2012

25th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Wien, Österrike

<http://conference.ecnp.nl/emc.asp?pagelid=1903>

17-21 oktober 2012

World Psychiatric Association International
Congress
Prag, Tjeckien

www.wpaic2012.org/en/welcome

28-30 november 2012

Medicinska Riksstämman
Stockholm

www.sls.se/riksstamman/

Livsstil är:

Livsstilen just nu är att bo i en tårtort med 400 invånare. Här finns en liten butik. Bibliotek två timmar i veckan. Bank onsdag, fredag. Ja det var allt. Men vi har ju färjan som tar oss över fjorden till den stora byn, 2 timmar bort. Du, jag saknar ingenting. Föräldrar, barn och barnbarn finns här och det är det viktigaste. Mitt jobb ligger 4 hus bort, och jag trivs! Livet är så bra det kan bli. Och så har jag ju min nya gasolgrill.

Anonym på Facebook



**Deadline för bidrag till nästa nummer:
16 maj**

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

Svenska Psykiatrikongressens Kulturspår Bergakungen Salong 7 Årets tema: Författande

Onsdag 14 mars

Kl. 13.00–14.00

Cullbergstipendiet

Johan Cullberg inleder och tillkännager 2012 års stipendiater.

Därefter berättar förra årets stipendiat **Lena**

Carlisle om sina erfarenheter:

Psykisk ohälsa vid kromosomala avvikelser. Utredning och behandling vid Maudsley Hospital

Kl. 15.00 – 16.00

Slutstation rättspsyk

Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott

Författarna **Sofia Åkerman** och **Thérèse Eriksson**

Fredag 16 mars

Kl. 09.00 – 10.00

Kerstin, svärtan och dansen

Ett axplock ur Kerstin Thorvalds digra litterära produktion.

Dansade hon bort sin depression? Går det?

Jill Taube plockar ur författarens texter och gör reflektioner om dans och depression, svärta och smärta.

Torsdag 15 mars

Kl. 09.00 – 10.00

Boken Bryt skam och hur den blev till

Föredrag och bildspel

Fotograf och intervjuare

Agneta Ekman Wingate

Kl. 10.45 – 12.00

Johan Theorin om sitt författarskap

Möt författaren till succéromanerna

Skumtimmen, Nattfåk, Blodläge och SanktaPsyko.

Kl. 14.00 – 15.00

Att skriva utifrån flera utgångspunkter

Per Magnus Johansson och

Claudia Fahlke, författare till den nyutkomna boken Psykopatologi

Kl. 15.15 – 16.30

Psykiatern som författare – att våga skriva

Det är inte så många psykiatrer som skriver om sitt arbete. Varför? Och hur

gör man för att börja skriva?

Möt några psykiatrer som skrivit böcker och artiklar:

Göran Rydén och **Eleonore Rydén**, författare till Komplexa fall inom psykiatin, **Annika Brar**,

författare till Från busfrö till brottsling, **Tove**

Gunnarsson, redaktör och **Hanna Edberg**,

redaktionsmedlem Tidskriften för Svensk

Psykiatri. Samtalsledare **Lena Forssén**,

utgivningschef Natur & Kultur

En del kanske aldrig blir helt fria från sin depressionssjukdom, fast du kan
hjälpa dem **HITTA EN VÄG UT.**

Vägled dina patienter genom depressionens många svårigheter
med hjälp av Cymbalta® (duloxetin).

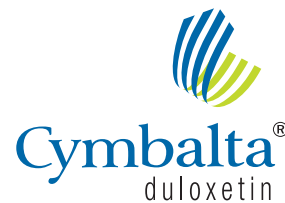
De flesta som drabbas av en depression får ytterligare minst en sjukdomsepisod senare i livet och för varje ny episod ökar sannolikheten att insjukna på nytt.¹ Depression är för många en kronisk återkommande sjukdom.¹

Det är inte ovanligt att patienter som tar läkemedel mot depression inte får tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.² Genom att byta behandling till Cymbalta har du en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat SSRI och venlafaxin utan att ha fått tillräcklig effekt eller drabbats av biverkningar.² En hjälp mot ett liv mindre märkt av depression.

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.

Referenser: 1. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. 2004. SBU-rapport nr 166. 2. www.tlv.se.

Cymbalta® 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetin). **ATC-kod:** N06AX21. **R_x:** F. **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: 20110726. För ytterligare information se www.fass.se.



Cymbalta®
duloxetin

hela vägen tillbaka

På spaning efter den framtid vi hoppas slippa – eller...

Stockholms Psykiaterförening ordnade i november en Spaningsafton under vilken fyra inbjudna spanare fick lägga fram sina iakttagelser inför en debattlysten publik, övervägande bestående av alerta psykiatriker. En spaning ska (enligt det radioprogram som är förlaga sedan drygt 20 år tillbaka) ha tre iakttagelser som utgångspunkt. Dessa iakttagelser ska peka mot en trend av något slag. Vi var fyra stycken inbjudna spanare som dels skulle lägga fram våra iakttagelser och resonera om dessa, dels utan att vara allt för hindrande, uppmuntra och i någon mån häckla varandra under presentationens gång. Publiken bidrog med kommentarer framförallt mot slutet av kvällen. Den efterföljande diskussionen hade både lättsamma och allvarsamma inslag. Några åhörare ansåg att mitt bidrag både hade ett visst underhållningsvärde och lyfte fram vissa fenomen som kunde vara underlag för en seriös diskussion. De föreslog att jag skulle försöka göra något publicerbart av min framställning. Om detta var en bra idé avgör Du som läsare.

Min första tanke var en diagnosspaning, men det verkade lite lättköpt då DSM V är på väg, inte olik Ferlins "den stora kometen" – vi stirrar mot skyn i skräckblandad förtjusning. Jag har dock sedan länge propagerat för "psykiatrisk diagnos åt alla", av rent demokratiska skäl. Alla har rätt att få veta hur det egentligen är med dem, även om problematiken ligger latent. In med "psykiatrisk diagnos åt alla" som en mänsklig rättighet enligt FN. DSM V tycks vara ett bra steg på vägen. Jag blev mycket stimulerad av själva spanandet och fick inte stopp på mig förrän jag hade fått till tre spaningar som bas för vart psykiatrin skulle kunna vara på väg.

Spaning 1

Baserad på följande iakttagelser

- Ökad frekvens av ungdomar, framför allt pojkar, som blir hemmasittare med virtuell värld på nätet som social respirator
- Spelen på nätet blir allt mer sofistikerade
- Patienter inom barnpsykiatrin får fylla i datoriserade diagnosinriktade självsvartest innan de kommer till mottagningen
- Terapi på nätet är på frammarsch vilket sparar terapeuttid

Då avtecknar sig följande möjligheter

1. Du uppmanas att ringa mottagningen. Du får information om vilka formulär Du ska fylla i och var på nätet Du hittar dem. Du får omedelbart automatiskt din diagnos då Du fyllt i alla frågor. Sedan får Du adressen till självhjälpssaiten, knappa dig sedan fram med ledning av Din diagnos. Om Du nödvändigtvis måste ha mänsklig kontakt får Du följa en telefonröst med självval. Då presenteras Du för följande: Tryck 1 för depression. Tryck 2 för ångest. Tryck 3 för tvång. Tryck 4 för självskadebeteende osv. Du kopplas då till ett eller flera följande interaktiva spel: World of Depression, World of Anxiety, World of Obsession, World of Self Destruction. Spelet World of Family Disaster är obligatoriskt. (I spelen finns utbildade infiltrerande spelterapeuter som ser till att "allt blir till det bästa"). När dessa ungdomar spelat tillräckligt länge kan de avancera till spelterapeutassistenter och så småningom få diplom som spelassistenter.
2. Personkontakt med mottagningen motverkas. Patienterna blir visserligen ofta bättre av relationen med behandlaren. Detta innebär i sin tur en negativ förstärkning, det vill säga patienten flyr från sina symtom genom sin relation med behandlaren. Det leder också till ett beroende av behandlaren vilket naturligtvis inte är bra. Positivt bemötande av patienten - originalsymtomen byts successivt ut till en beroendeproblematik.
3. Här uppstår ett problem med övertalig personal. Hur ska det hanteras? Man får börja med att fråga sig vad personalen får ut av att arbeta inom psykiatrin. Inte handlar det om lönen eller det personlighetsutvecklande klimatet eftersom tiden inte är så väl tilltagen att man hinner tänka och/eller reflektera. Man överlever istället genom givande patientkontakter. Man kan inte släppa ut den övertaliga personalen på stan så där rätt av. Tänk om man släppte ut alla militärer eller administratörer fritt i samhället – de sist nämnda med sitt ständiga behov av att dra in en hjälplös allmänhet som medberoende i sitt blankettfylleri.

En åtgärd kan vara att bilda slutna självreglerande system där personalen turas om att vara behandlare respektive patient. Ett arrangemang som suger upp mycket mental materia, håller alla parter sysselsatta och dessutom ger professionellt utbyte är att installera en roterbar divan för kombianalys där man ligger skavfötters på soffan.

Divanen roterar ett halvt varv var femtionde minut. Det kan vara problem med att växla roll men problemet löses lätt genom vägledande tavlor på väggarna: När man har ett porträtt av Freud i blickfånget vet man att man är patient. När det är Woody Allen är man terapeut

Spaning 2

Baserad på följande iakttagelser

- Inga bromsar hindrar personal inom psykiatri från att gå i väggen, man pressas och uppmuntras att "plocka pinnar" tills man stupar och blir sjukskriven
- Rehabiliteringen av personal efter sjukskrivningen tycks i många fall vara varsam, genomtänkt och sofistikerad
- Produktionen måste också även tillp risetavp ersonalens psykiska hälsa

Här avtecknar sig följande möjligheter

1. Man lägger på personalen betydligt mer jobb så att de fortare kollapsar. De får då mycket snabbare en skonsam rehabilitering och kanske inte hinner bli så nerkörda. Detta kan dock leda till en temporär personalbrist innan de har rehabiliterats tillräckligt.
2. Denna personalbrist kan lösas genom att man ger kortkurser t.ex. i KBT för kroniska psykiatripatienter som redan kan allt om psykiatri och sjukvårdssystemet genom sin mångåriga erfarenhet. De har en mycket användbar genomgripande erfarenhet av vad som inte fungerar i vården och kan således undvika att utsätta andra för dessa interventioner. Man anställer dem i verksamheten där de till en början blir friskare för att de äntligen har något att ge och bidra med vilket gör att de känner sig uppskattade och värdefulla. Snart kollapsar också de men får å andra sidan bra rehabilitering, möjligen bättre än den de annars skulle ha fått genom att de nu faktiskt är personal.

Spaning 3

Baserad på följande iakttagelser

- En hög andel av de patienter som läggs in på sjukhus lider av läkemedelsbiverkningar
- En avsevärd del av bland annat psykofarmakas effekter bygger på förväntningar
- Spelandet i samhället ökar och statusmarkörer blir allt mer betydelsefulla

Här avtecknar sig följande möjligheter

Placeboeffekten som en effekt i sig och som en aspekt av psykofarmaka är numera i fokus. Om man vill inrikta sig på att få bukt med biverkningar av aktiva substanser är satsning på placebo det givna alternativet. Uppgiften blir då att optimera förväntningarna på det intagna pillret som ju måste marknadsföras under annat namn än placebo. Det handlar om att marknadsföra ett Superplacebo, drogen som verkar direkt på hjärnans förväntningscentrum utan biverkningar. Koncepten tas fram av Läkemedelsindustrins marknadsförare. Man kan tänka sig olika varumärken, Brands, till exempel Turbo, Giga och Maxi. Naturprodukter, ekologiska, inga trista biverkningar andra än dem man själv förväntar sig.

Varumärket byggs upp mot att bli en statusmarkör, man trycker t-shirt, man jämför deras effekter på sociala media, Face bookar, Bloggar och Twittrar. Man korar årets bästa koncept och varumärke i en stor gala i konserthus efter att ha haft regionala uttagningar. De tävlande som representerar sina varumärken presenterar sina FFB (FörväntningsFörbättringsBerättelser). Den som på scenen kan berätta och gestalta den bästa får övertyga publiken om hur bra deras märke är och sedan röstar publiken och svenska folket om den mest hänförande FFB:n.

De tävlande får förbehandling av utbildade motivationsförstärkare för att kvalificera sig och coachning för att trimma fram sin mest fängslande s.k. FFB:n. Vinnaren får ta emot Läkemedelsindustrins stora pris och det företaget får ha en kort reklamsnutt för både sin superplacebo och andra produkter.

Spelbolagen kan kopplas in och man kan spela på Maxi, Giga, Turbo under den tid som tävlingen pågår. Verksamheten kring varumärkena och FFB utvecklas med utbildning av FFB-konsulter, högskola och forskning. Inom forskningen myntas begrepp som Metaförväntan och Självförstärkande förväntningsförväntan. För att knyta ihop utvecklingen med spaning 2 kan de behandlare som inte klarar av att vara patienter i de slutna patient/behandlarsystemen (med den roterande divanen) möjligen få förtur till utbildning som FFB-konsulter trots deras misslyckande i patientrollen.

Kan man genom dessa spaningar och de möjligheter de öppnar, våga sig på att säga något om psykiatrins roll i framtiden?

Psykiatrin blir föregångare i demokratiseringsprocessen, patienter och personal får mer jämlika villkor och roller och svensk psykiatri slår igenom internationellt genom sin förmåga till mental miljöförbättring genom effektiviserad återvinning av patienterfarenheter.

**Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**

Fortsättning från sidan 7

3. Även inom en annan gråzon – suicidaliteten – återspeglas oklarheten i diagnostiken. Den varierar mellan olika samhällen men är även utsatt för "Zeitgeist" och "tidsandan". Så anses till exempel suicider i forskningsevidensen i allt mellan ca 45 % av fallen (Bertolote 2004) till 75 % (Paykel, Rutz, 1992) till ca 90 % av fallen (aktuell svensk diskussion) vara förknippade med allvarlig psykisk sjukdom, fr.a. klinisk depression.

Siffrorna påverkar förstås såväl beredskapen att tillgripa tvång som tendenserna att medikalisera, psykiatisera och instrumentalisera stigningen av ungdomssuicider och suicidförsök vi kan notera i vårt land (FHI 2011).

Sverige har idag en absolut ungdomsarbetslöshet som är tre ggr högre än den i Österrike och ligger med 25 % ca 5 % över EUs genomsnitt. Den relativa ungdomsarbetslösheten är den högsta i Europa och ligger tre gånger så högt som den tyska. Vi har således problem – och risken är att såväl politikerna som professionen kan känna sig frestade att tackla problemen genom ökade tendenser att teknikaliserat suicidproblematiken med fysiska metoder rörande säkerhet, bevakning, och andra skyddsåtgärder. Detta gör igen att politiskt relevanta socialpsykiatriska och existentiella egentliga bakgrundsfaktorer ("the cause behind the causes") i behov av stöd – och terapiåtgärder kommer i skymundan.

4. En annan internationellt fastlagd princip är att psykiatrisk tvångsvård alltid skall ges i minsta möjliga omfattning samt att psykiatrisk behandling finns och resursmässigt kan erbjudas. Psykiatrisk tvångsvård utan behandlingsmöjlighet inom psykiatrin bör anses vara oetisk. Psykiatriskt tvång skall också juridiskt kontrolleras och begränsas, med strukturerade och återkommande kontroller i ett domstolsförfarande. Ofta föreslås det ett juridiskt ombudsmannaskap, med en fast anställd, oberoende och även anonymt tillgänglig person – ett system som också har etablerats i olika länder.

5. Ett återkommande och svårbalanserat internationellt diskussionstema är tvånget efter utskrivningen och inom öppenvården. Avsaknandet av en sådan möjlighet leder ofta till en svängdörrsproblematik som i flera länder har försvårat eller omöjliggjort positiva decentraliserings- och deinstitutionaliseringsprocesser.

Där under slutenvården förtroende, sjukdomsinsikt, positiva terapeutiska relationer och compliance aldrig har kunnat etableras, där tenderar nyss utskrivna patienter till att återinsjukna, att återkomma efter allt för sent påkomna tvångsåtgärder och att återigen befolka institutionerna så snart de "släpps fria".

Ett motsatt skräckexempel är forna tiders förhållanden i till exempel de baltiska länderna, där patienterna efter ett psykosinsjuknande aldrig blev fria igen i åtnjutande av sina grundläggande mänskliga rättigheter som rösträtt, rätten att välja arbete, rätten att välja bostad eller andra medborgerliga rättigheter.

6. En intressant utväg här är kanske utvecklingen till det som med ett illa valt uttryck kallas "psykiatriskt testamente", där människor med psykisk sårbarhet och återkommande sjukdomsbenägenhet frivilligt kan teckna kontrakt med en medmänniska – professionell eller icke professionell – som har deras förtroende. Den kan då i fall av akutisering och återinsjuknande med patientens goda vilja ingripa innan det är för sent och prognosen har försämrats, eller ett socialt eller fysiskt liv har förstörts, för att få den vård och det omhändertagande till stånd som behövs för att bryta en förnyad och ibland deletär sjukdomsutveckling.

7. Tvångsvårdslagstiftningen skall vara enhetlig, lättförståelig och tydligt sammanfatta det behov olika grupper av möjligen tvångsvårdsbehövande patienter kan ha. Den skall dock tillämpas individuellt och anpassas till olika riskgruppers behov. Att sammanfösa unga och gamla, senildementa och alkoholiserade, kroniskt sjuka, primärt utvecklingsstörda och debuterande förstagångspatienter i samma slags omhändertagandeprocédur är inhumant, oterapeutiskt, kontraproduktivt och borde inte förekomma.

Slutligen:

Frågan om psykiatrisk tvångsvård är komplex. Den innehåller inneboende konflikter – mellan människornas självklara rätt till frihet och autonomi men även samma självklara rättighet till att få behandling, bot under sjukdom samt skydd mot en eventuell sjukdoms socialt eller fysiskt ibland katastrofala konsekvenser.

Till sist:

Enskilda komplexa situationer kan nog enbart lösas i en individuell både medmänsklig humanistisk och professionell kontakt "på samma ögonhöjd". Den bör utgå ifrån "gyllene regeln" att man även som professionell vårdare och terapeut inte tillfogar en medmänniska något man inte skulle acceptera för sig själv eller sina närmaste i samma sjukdomssituation.

Ett samhälles sätt att behandla avvikande, vulnerabla, sjuka och svaga är den yttersta indikatorn för dess pluralism, tolerans, humanism och slutligen dess demokratiska potential.

Vi, som arbetar inom området "Mental Health" - "Psyisk Hälsa" är tydligt en avgörande del av den.

**Wolfgang Rutz, MD PhD
Professor in Public Mental Health
SPF Styrelsens Internationella Kommitté
WHO European Advisor for Mental Health 1998 - 2005**



Felicia försvann *Felicia Feldt*

Jag måste börja med att ge er lite bakgrundsinformation. Jag har inga barn. Jag har inte läst Barnaboken. Jag har – i egenskap av icke-barnhavare – heller inte intresserat mig så mycket för sådant som rör barn och barnuppfostran. Däribland Anna Wahlgren.

Boken jag nu skall berätta om är skriven av en av hennes döttrar, Felicia Feldt (pseudonym). Weylers förlag beskriver det som "en berättelse om rätten att vägra försonas". Det som föranledde att jag läste den här boken, var en recension i DN. Där stod något i stil med att om ens en tiondel av det Felicia Feldt beskriver är sant, då är Anna Wahlgren körd. Ungefär så.

Ha! Offentliga litterära avrättningar, I love it. Jag rusade iväg och köpte boken. Såg framför mig något i stil med Carina Rydbergs Den Högsta Kasten, en plågsam desarmering av De Kända och Beundrade. Jag tänkte hånfullt att den där Wahlgren, vilken bluff, sitta där och uttala sig om barn hit och barn dit och så är hon en drakmamma själv, va?

Så läste jag boken. Det gick ganska snabbt, den är inte särskilt tjock, stor stil, mycket utrymme i marginalerna. Knappa 200 sidor. Sida upp och sida ned av korta, svarta känslor. Missnöje, frustration, hat.

Det som beskrivs om hemska mammans hemska beteende hamnar ganska snart i skymundan, för boken är så fullständigt genomsyrad av förakt, ilska, oförsonlighet och tomhet att det inte blir någon plats kvar.

Felicia Feldt skriver om en självupptagen mor med alkoholproblem. Hon skriver om en mor med bestämda – och möjligen säregna - idéer kring barnuppfostran. En mor som gifter sig och skiljer sig vart och vartannat år. Men hon skriver också mellan raderna om en mor som hela tiden försöker återknyta kontakten med sin försvunna dotter. En mor som kommer på sekunder när barnen kallar.

Är denna beskrivning av modern sann eller falsk? Var Anna Wahlgren en bättre eller sämre mamma än alla andra mammor? Var hon djävulen personifierad i modersgestalt? Det är i princip ointressant.

För den känsla som långsamt infinner sig, rumsterar omkring lite och lägger sig tillrätta inombords är "Gå vidare. För guds skull, gå vidare. Släpp morsan, glöm det hon gjorde eller inte gjorde." Gå. För. Guds. Skull. Vidare.

Jag kan inte se att det här handlar om att äntligen våga vara ärlig. Det här är inte Patrik Sjöbergs "Det du inte såg". Vad jag ser är olösta konflikter mellan mor och dotter, konflikter hos två kvinnor med sinsemellan ganska konfliktfyllda personligheter.

Modern överkonsumerar alkohol och har kraftiga humörsvängningar. Dottern är tom och hatisk och uppmanas av sin exmake att söka hjälp på Borderlinekliniken. You do the math. Och lite cyniskt kan man säga att inte hade det blivit någon bok, om det inte hade varit för att Anna Wahlgren råkar vara lite känd.

I en intervju i SvD säger Felicia Feldt att den här boken inte handlar om hämnd. Att hon tar avstånd från hämnd. Hon uppger att hennes berättelse snarare syftar till att visa hur man kan bli hel utan att försonas. Hon beskriver också tydligt hur hon tar avstånd från sin mor, hur hon vägrar kontakt.

Gott så, kan jag tycka. Det är upp till var och en vilka relationer man väljer att bevara. Men var då konsekvent! Klipp banden och bygg nytt. Att gå på gång upprepa hur mycket man hatar sin mamma ger inte riktigt helande och läkande signaler. Att skriva en bok om sitt hat gör det inte heller. Och jag frågar mig stillsamt, kommer Felicia Feldt att känna sig mer hel efter det här..?

Hanna Edberg
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Filosofi och psykiatri

Rapport från en konferens

Filosofi och psykiatri

Psykiatrin är den medicinska disciplin som står närmast filosofi och annan humaniora. Etiska problem, frågor om förhållandet mellan kropp och själ, olika förklaringsmodeller för psykisk sjukdom och principer för sjukdomsklassifikation är några av kontaktytorna. Nationella föreningar som organiserar samarbete mellan filosofer och psykiatrer finns i ungefär 35 länder, och inom ramen för ett övergripande nätverk, *International Network for Philosophy and Psychiatry* (INPP), arrangeras sedan ett antal år internationella konferenser om olika temata.

Ethics, Experience and Evidence

År 2011 var det dags för den svenska organisationen, *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri* (SFFP), att anordna det 14:e sådana mötet. Det ägde rum i Göteborg den 1–4 september och hade rubriken *Ethics, Experience and Evidence: Integration of perspectives in psychiatry*. Omkring 170 delegater från 30 olika länder hade anmält sig till mötet, vilket är en hög siffra för INPP:s konferenser. Ett 40-tal av deltagarna var från Sverige. En stor del av förklaringen till den goda uppslutningen var SPF:s stora engagemang. Föreningen stod som medarrangör, dess ordförande var med i organisationskommittén, och genom *Svensk Psykiatri* nåddes alla medlemmar i SPF av information om mötet.

Här kan vi bara ge några stickprov på vad mötet handlade om, men hela programmet finns fortfarande kvar på websidan (<http://sffp.se/eee>). Där finns också ett bildgalleri, och under hand lägger vi upp videofilmer från alla plenarsessionerna och några workshops. Förhoppningsvis kan de filmerna komma till användning i utbildningen av filosofer och psykiatrer.

Mötet inleddes med en halvdag där fyra kurser gavs för deltagare som ville komplettera sina kunskaper: *What is Phenomenology?*; *Meaning, Understanding, Explanation*; *Essential Psychiatric Ethics* och *Evidence Based Psychiatry*. Som en extra förberedelse inför det stundande tankearbetet företog sedan ett 60-tal delegater en tur i kvällssolen med Göteborgs stolthet *Bohuslän*, en vacker gammal ångbåt som sköts av en annan ideell förening.

Fenomenologi och psykiatri

Huvudkonferensen var, som namnet *Ethics, Experience and Evidence* antyder, uppbyggd kring tre huvudområden. Den första dagen ägnades framförallt åt temat *Experience* och inleddes med en plenarsession om fenomenologiska metoder i psykiatrin. En av filosofins mest respekterade specialister i ämnet, David Woodruff Smith från University of California Irvine, föreläste om vad fenomenologi är och vad den kan tänkas ge och få från psykiatrin. Sedan talade German Berrios, världskänd psykiatrihistoriker med bas vid University of Cambridge, om fenomenologiska traditioner i europeisk psykiatri, varefter Helena de Preester (University College, Ghent) ledde diskussionen. Temat fenomenologi följdes upp under nästa dag genom en workshop, *Does phenomenological psychiatry have a future?* Där föreläste bland andra Alfred Kraus från den psykiatriska universitetskliniken i Heidelberg, dvs. den institution där Karl Jaspers en gång verkade och där traditionen från Jaspers fortfarande upprätthålls.

Några svenska bidrag

Första dagen bjöd också på ett antal workshops. Mest relevanta för svenska deltagare var kanske *Changing diagnostic thinking: evidence and values* (i regi av SPF), *Mental disorder and crime: evidence and ethics* (organiserad av samarbetsgruppen för filosofi och rättspsykiatri i Göteborg), samt *Explanation and understanding: historical trends in Swedish psychiatry* (anordnad av idéhistoriker vid Göteborgs Universitet). Likaså fanns det förstås plats, både denna dag och de två andra, för några parallella spår med fria föredrag. Det finns inte utrymme för att berätta om dem här, men alla abstracts finns tillgängliga på websidan.

Evidens och kommunikation

Andra dagen inleddes med en plenarföreläsning, *Evidence (and Ethics, and Experience): Value-Ladenness in Psychiatric Research*. Den hölls av Rachel Cooper vid Lancaster University och kommenterades av en psykiater, en psykolog och en filosof. Under eftermiddagen bjöds på workshops, varav en särskilt ska nämnas: *Integrating perspectives: An open discussion of the problems of communication and of understanding between clinicians and service users*.



Hans Ågren och Ingemar Engström, aktiva i både SFFP och SPF, ombord på ångaren Bohuslän

En representant för psykiatrins vårdtagare förde där ett mycket intressant och givande samtal med två filosofer och med auditoriet. Filmen från denna workshop är tillgänglig på nätet. Samma eftermiddag hölls också en postersession. Den blev mycket välbesökt och uppskattad, inte minst tack vare ett upplägg där alla som hade en poster fick ge en mycket kort muntlig presentation av den vid en samlad inledande session.

Värden i vården

Den tredje och avslutande dagen bjöd först på parallella muntliga presentationer och sedan på en plenarföreläsning av Jennifer Radden från University of Massachusetts, Boston. Titeln var *Ethics: Valuing Mental Health*, och den kommenterades av Bengt Brölde från Göteborgs Universitet och Bill Fulford från universiteten i Oxford och Warwick. Både Radden och Fulford är pionjärer inom den internationella filosofi-psykiatri-rörelsen, och Fulford både inledde och avslutade mötet. Det senare efter det att organisatören av nästa års konferens, Grant Gillett från University of Otago, Nya Zeeland, hade presenterat den konferensen på videolänk.

Inför framtiden...

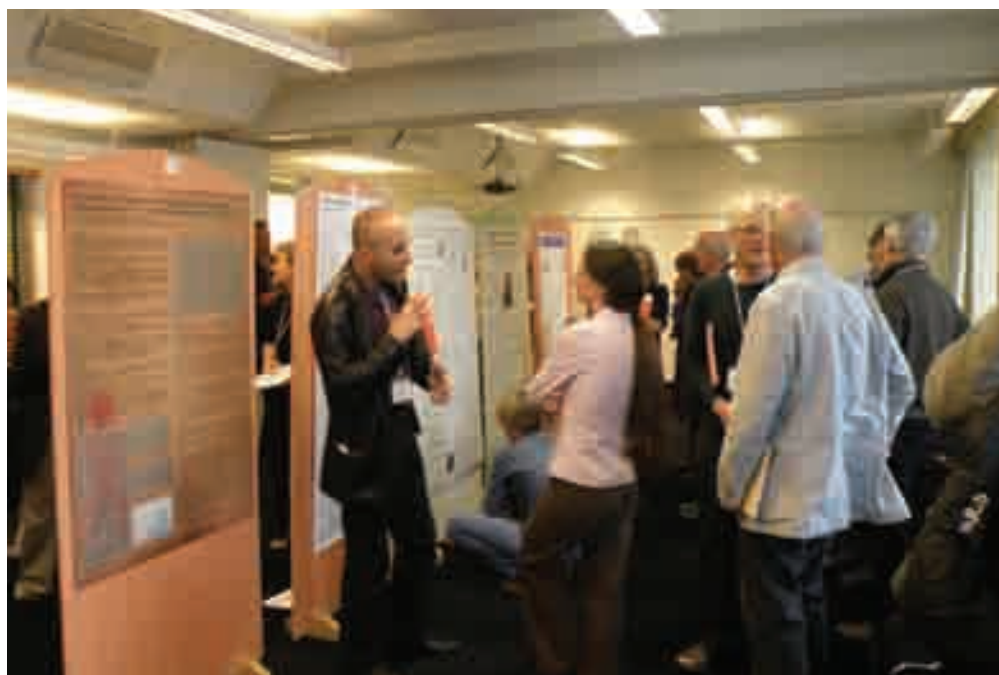
Mötet blev, att döma av många spontana reaktioner, mycket lyckat både innehållsmässigt, organisatoriskt och socialt. Vi som organiserade konferensen hoppas inte minst att den kan fungera som avstamp för ett fördjupat samarbete mellan SFFP och SPF. Diskussioner pågår om vilka de bästa formerna kan vara för detta.

Helge Malmgren

**Professor i teoretisk filosofi vid Göteborgs
Universitet**

Leg.läkare, ordförande i SFFP

Foto: Helge Malmgren och Susanna Salmijärvi



De brittiska delegaterna Rachel Cooper och Abdi Sanati samtalar vid lördagens postersession



PSYKIATRIFONDEN

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



Nya bipoläroboken – en handbok med sikte på framtiden

*Nya Bipoläroboken
Behandlingsstrategier för klinikern
Lars Häggström, Margareta Reis, Håkan Jarbin*

Handböcker med samlad kunskap är bra att ha tillgång till när man står rådvill. De bör inte vara alltför utförliga, de får inte i för stor utsträckning komplicera sammanhangen utan måste erbjuda lättfattad information. "Nya bipoläroboken" (Häggström et al) är en sådan bok. Det är en andra, reviderad upplaga av boken, där huvudförfattaren har tagit hjälp av Margareta Reis som skriver om bipolaritet och graviditet/amning och Håkan Jarbin som skriver om bipolaritet hos barn och ungdomar. Boken ger en bild av det aktuella kunskaps- och forskningsläget kring bipolära sjukdomar med fokus på klinisk nytta.

Boken täcker på ett kortfattat sätt in beskrivning av de olika varianterna av bipolär sjukdom. Här belyses också påverkan av ärftlighet och personlighet, som ter sig olika för olika varianter inom bipolärspektrum. De olika läkemedlens effekter och indikationer belyses på ett lättfattligt sätt så att klinikern på ett föredömligt sätt kan få stöd för olika ställningstaganden.

Distinkta diagnoser visavi spektrumstörning

Goda råd är alltid behövliga och det finns, som ovan nämnts, också en rudimentär teoretisk diskussion i boken. Just nu är psykiatrin präglad av det nomenklatur- och diagnoskifte som väntar med införandet av DSM-V. De olika bipolära tillstånden, så som de är beskrivna idag, diskuteras också utifrån ett spektrumtänkande, där även asymptomatiska affektiva växlingar finns med i resonemanget. Just denna aspekt, att nästa version av DSM lär innehålla så mycket mer av spektrum-diagnoser där variabiliteten i tillstånd tas med, är väldigt intressant. De flesta av oss vet av erfarenhet att diagnoserna, så som de är formulerade i DSM-IV, i sanning känns krystade i vissa avseenden. Det finns kriterier som man inte förstår varför de är formulerade som de är gjorda, det finns tidsförloppsangivelser som ter sig slumpmässigt satta. När man talar om spektrumtillstånd öppnar man för en bredare blick på tillstånd. Samtidigt innebär idén med spektrumdiagnoser också att det kan leda till att fler omfattas av diagnoskriterierna, och att därför fler personer kan beskrivas i diagnostiska termer.

I massmedia och hos somliga inom den psykiatriska kåren beskrivs det som en överinklusiv diagnostik, samtidigt som andra ser det som en god sak, när man tar med karakteristika som kan höra till normaltillstånd men som också kan vara en del i en sjukdomsprocess, när de sociala och psykologiska konsekvenserna blir så tydliga. När det gäller bipolärspektrum förs en diagnostisk diskussion just kring personlighetsvariabler som, om de tar överhanden, kommer uttryckas som bipolära sjukdomsmanifestationer. Denna diskussion är i boken kortfattad och inte helt okontroversiell, det är uppenbart att Häggström har ägnat tankemöda åt de förlopp som kan ha med bipolaritet att göra. Ska man sammanfatta diskussionerna om bipolärspektrum utmynnar de i att vi kliniker med nödvändighet måste vara uppmärksamma på om de patienter som har återkommande depressioner eller depressioner som inte går över trots adekvat farmakologisk (och psykoterapeutisk?) behandling snarast har ett bipolärt tillstånd? Det är känt att en stor andel av patienterna i denna grupp faktiskt har hypomana episoder – oftast väldigt korta – och att dessa inte inryms i kriterierna i DSM-IV. Han reserverar sig också för att samsjuklighet med ADHD inte tas upp i detta sammanhang men det kompenseras i ett följande kapitel, av en av medförfattarna.

Mödrar och barn

Boken har också två mer specialiserade kapitel, ett om graviditet och amning och läkemedel, och ett om ungdomar och bipolär sjukdom. Dessa kapitel är måhända viktigast som tillskott till klinikerns kunskap och jag vill belysa några särskilda detaljer.

När det gäller graviditet diskuteras olika läkemedel och deras eventuella teratogena effekter, och även hur det ser ut vid amning med effekter för barnet. Risken för hjärtmissbildningar vid litiumbehandling tidigt i graviditeten tonas ner. De övriga läkemedelsgruppernas toxicitet och teratogenicitet diskuteras också. Antiepileptika är i princip alltid olämpligt på grund av att alla sorter ökar risken för missbildningar och utvecklingsförsening. Undantaget är lamotrigin som inte medför någon riskökning jämfört med graviditeter hos friska mödrar.

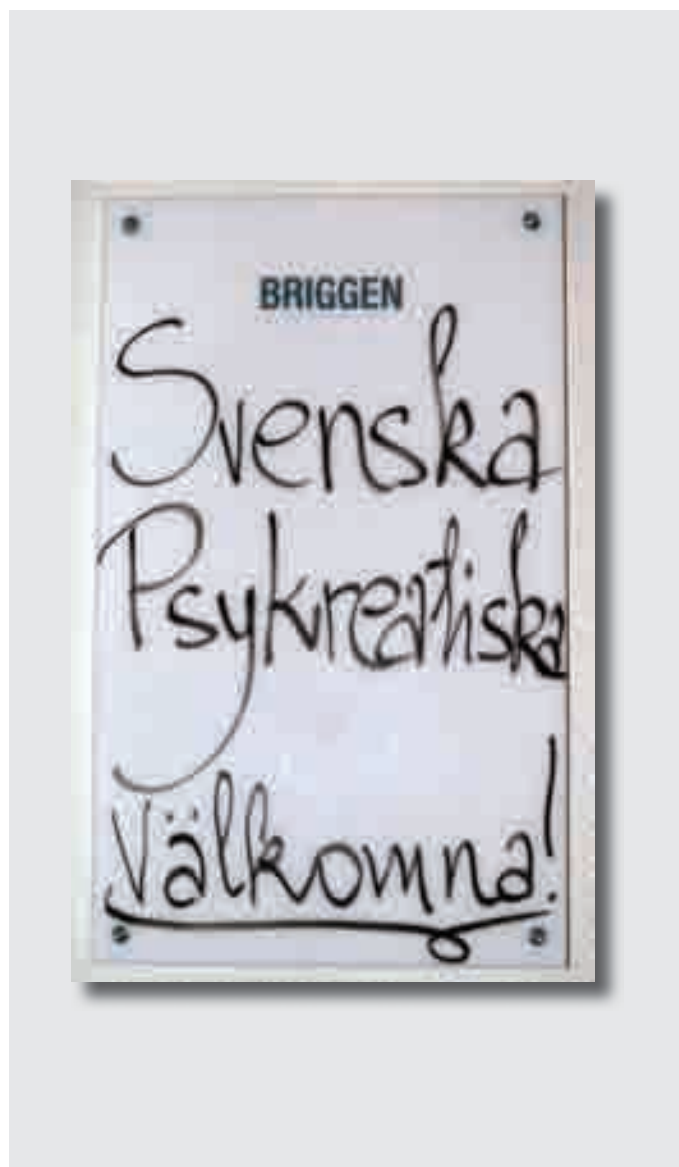
Även neuroleptika och antidepressiva läkemedel går igenom. Hos barn vilkas mödrar använt paroxetin är risken för hjärtmisbildningar högre än normalt men i övrigt bedöms risken för fostret som liten. Vid bruk av antidepressiva läkemedel bör barn observeras särskilt direkt efter förlossningen eftersom de kan få utsättningsymtom. Vid amning är sertralin det antidepressivum som ger lägst halt i bröstmjolk.

Barnets psykomotoriska eller psykiska utveckling tycks inte heller i någon mätbar utsträckning vara påverkad av om modern under graviditeten använt läkemedel. Däremot är moderns psykiska hälsa och förmåga att vara närvarande något som tydligt påverkar hur barn utvecklas. Ju djupare depression under graviditeten och ju fler skov en mamma har, desto tydligare ses det vid 4-årskontrollen. Att ge gravida och mödrar och familjer den bästa av hjälp på alla sätt som behövs, är oerhört viktigt för barnets kommande liv!

Det kapitel som belyser bipolär sjukdom hos barn och ungdomar är viktigt för att det påminner om att en tidig debut leder till flera skov, vilket är skadligt för den fortsatta utvecklingen av psykiska och kognitiva funktioner. Samsjukligheten med ADHD är stor, större för personer som får maniska/hypomana episoder tidigt än om de debuterar senare. Kapitlet går igenom olika varianter av bipolaritet och hur kopplingen mellan stämningssvängningar och störd aktivitetsreglering ser ut. Behandling med antidepressiva är mindre effektiv hos barn och ungdomar, efter att ha läst Håkan Jarbins kapitel kan en förklaring vara just den som också nämns ovan om vuxna, att det inte är unipolära depressioner barnen har utan något annat. Anamnesen är viktig och för att man ska ställa relevanta frågor krävs kunskap från flera områden. BUP-världen har erfarenhet av att behandla familjen som system och möjligen har aspekter som är direkt sjukdomssökande missats. Helhetstänkandet lär faktiskt gynnas av en övergång till spektrumtänkande, där inte bara de skarpt formulerade symtomen utan också livsförloppet finns med när man undersöker patienten.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
16 maj**



Håll koll på grannarna!

Psykiateren heter vår tidskrifts norska motsvarighet. Den utkommer - precis som Svensk Psykiatri - med 4 nummer per 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.norskpsykiatriskforening.no och klicka på länken Psykiateren i övre vänstra hörnet.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Dömd till intimring

Av och till har det föreslagits att schizofreni är en sentida sjukdom som var ovanlig före 1800. Ibland har diskussionen haft tydliga ideologiska undertoner som när det hävdats att schizofreni är ett uttryck för det industrialiserade samhällets baksidor. I avsaknad av de diagnostiska kategorier och kriterier som vuxit fram under de sista 200 åren så är det naturligtvis omöjligt att utifrån källmaterial besvara frågan om prevalens av schizofreni före 1800. Men de omfattande svenska arkiven kan ändå ge intressanta inblickar.

När jag i början av 80-talet ägnade mig lite åt släktforskning så stötte jag på följande utdrag ifrån en dombok för Anundsjö socken i Ångermanland år 1647 (utdraget återges med moderniserad stavning):

"Kyrkoherden samt Tolvmän och gemene allmoge besvära sig högeligen över Olof Nilsson i Ödsby, för hans oregerliga förehavanden och åthävor både uti ord och gärningar, emot sin hustru såväl som Prästerna och hela församlingen, och ibland undsäger han åtskillige, att slå dem till döds, eftersom han och haver velat fullborda på sin hustru, så hon har måst rymma ifrån honom utur sitt äktenskap.

Eftersom om förutbenämnde Olof Nilsson icke annat kan förstås och beaktas, utan han är förtryckt i sitt sinne och är en ursinnig människa. Alltså, på det han inte må skada någon människa till livet eller göra någon annan skada, är nu avsagt och beslutat att hans släkt äntligen så beställa skulle, det han allderförste bliver intimrad, och icke slippa ut ur samma fängelse med mindre Guds behag hjälper honom till sitt rätta sinne och förnuft, emellertid måste socknen honom med nödtorftig föda, kläder och värme uppehålla och försörja".

Även om det är omöjligt att ställa diagnos utifrån denna beskrivning så ligger det nära till hands att förmoda att Olof Nilsson led av paranoid schizofreni. På tinget var man tydligen övertygade om att han led av ett långvarigt tillstånd vilket föranledde handläggning i form av att bli "intimrad". En handläggning som egentligen bara till sin utformning skiljer sig från tvångströja eller bältesläggning. Att på grund av sinnessjukdom bli "intimrad" eller förpassad till ett låst skjul var sannolikt ingen ovanlig åtgärd på den tiden. Denna åtgärd finns beskriven redan i våra medeltida landskapslagar som i skrift finns bevarade ifrån 1300-talet. Sannolikt är förfarandet betydligt äldre eftersom lagarna har rötter före medeltiden.

I Hälsingelagen, Manhelgdbalken II, kan vi läsa "Nu kan hända att en man blir galen. Då skola hans fränder kungöra det inför socknen och hålla honom i fängsel eller ansvara för hans gärningar". Texten ger också en intressant inblick i ett prövningsförfarande

"Nu säger en, att en man är galen..., och en annan, att han ej är det; pröve det tolv män, huru det är". Detta är inte helt olik dagens system med juridisk prövning i Förvaltningsrätten.



Foto: Carol Schultheis

Frågan om personligt ansvar är också reglerad. Om en galen man dräper någon så gäldas det med halv bot. Å andra sidan gäller halv bot också för den som dräper en galen man vilket måste betyda att den sinnessjuka betraktades som mindervärdig.

Viktigt att påpeka är att alla lagtexter kring sinnessjukdom och galenskap rör dem som har dräpt eller hotat med att dräpa. Därför inryms de under Manhelgdbalken (manhelgd är en beteckning för en fri mans personliga fred och kroppsliga okränkthet). De bevarade juridiska arkiven före 1800 innehåller därmed bara undantagsvis beskrivningar som för tanken till mer stillsamma psykotiska tillstånd. Så den inledande frågan om prevalens av schizofreni före 1800 kan inte belysas av detta arkivmaterial. Men det faktum att handläggning av galenskap är reglerad i samtliga landskapslagar talar för att problemställningen inte varit ovanlig. Även under en tid med en livsstil så olik den nutida.

En helt annan sak är att den minst 1000-åriga åtgärden "intimring" har levt kvar in i vår tid. På 70-talet läste jag en journal som beskrev hur en patient ifrån Tavelesjö skrevs in 1942 på Umedalens mentalsjukhus efter att i många år levt bakom en träavbalkning i köket!

Lars Farde
Professor, Överläkare
Karolinska Institutet/ Psykiatri Nordväst, Stockholm

Källor

1. E Hare, Schizophrenia as a recent disease, Br J Psychiatry, 153: 521-531, 1988
2. Svenska Landskapslagar: Södermannalagen och Hälsingelagen, sida 326, Åke Holmberg och Elias Wessén, AWE/Gebbers, 1979



Amfetamin och ADHD - orsak och verkan

Augustikonferens i Göteborg

Andelen "tunga narkotikamissbrukare" i Sverige brukar anges till knappt 30 000, men siffrorna är osäkra. Sedan centralstimulerande medel, främst amfetamin, från 1960-talet började användas i allt större utsträckning i Sverige har det stått för en betydande del av det intravenösa missbruket, idag ungefär en tredjedel.

Det finns ännu inte något specifikt läkemedel som är godkänt för behandling av beroende för centralstimulantia, men olika prövningar pågår. Ett läkemedel som testas är metylfenidat. Då samsjukligheten mellan amfetaminberoende och ADHD är hög skulle detta och liknande preparat även med fördel kunna ges till individer med den dubbla problematiken, även här pågår studier. Det kan uppfattas som kontroversiellt att erbjuda dessa läkemedel till individer med en beroendeproblematik, däribland även till personer med kriminalitet, samtidigt är dock förhoppningen att detta skall bidra till att minska drogsuget och förbättra individens funktionsnivå, för att på så sätt underlätta rehabiliteringen.

Hur många gravida som exponerar det väntade barnet för droger i Sverige, finns inga siffror på. Kvinnor utgör cirka ¼ av de tunga missbrukarna med intravenöst missbruk, men utöver det finns givetvis en grupp som använder preparaten per oralt eller sniffar, mer eller mindre regelbundet. Hur stor andel som intagit droger under graviditeten är okänt, men det finns en koppling mellan riskfylld alkoholkonsumtion under tidig graviditet och samtidigt intag av narkotika. Studier som på ett entydigt sätt visar vilka skador just amfetamin ger till det väntade barnet, saknas väsentligen. Bilden är komplex, inte minst för att alkohol ofta förekommer parallellt och det är svårt att få fram säkra uppgifter om den gravida kvinnans intag.

Symptom som beskrivs hos barn till mödrar som intagit droger under graviditet för ibland tankarna till ADHD.

Då ADHD samtidigt räknas som en av de vanligare störningarna inom barnpsykiatri och ADHD har en hög ärftlig sårbarhet, är det mycket svårt att reda i vad som kan vara nedärvda besvär och vad som är en följd av drogexponering in utero.

För att belysa sambanden mellan ADHD och amfetamin, anordnar Svensk Förening för Beroendemedicin en konferens, där dessa frågor kommer att diskuteras ur flera aspekter.

Ledande svenska forskare kommer att delta för att redovisa forskningens senaste rön och tillfälle till frågor och debatt kommer att ges. Se programmet för tider och innehåll. Vi håller denna konferens till minnet av Eva Edin, styrelsemedlem och kollega, som hade ett djupt engagemang för denna grupp patienter och som ursprungligen var den som påbörjade arbetet med denna konferens. Vi hoppas att vi med denna dag skall kunna bidra till att öka kunskapen i ämnet och därmed omhändertagandet av denna patientgrupp.

Lokal för konferensen är Wallenbergs konferenscentrum på Medicinaregatan 20A den 31 augusti mellan 09.50 och 16.00. Hela programmet finns på Svensk förening för Beroendemedicins hemsida www.svenskberoendemedicin.se.

Medlemmar av Svenska Psykiatriska Föreningen är varmt välkomna och inbjudes till samma konferenskostnad som medlemmar i Beroendemedicin.

Åsa Magnusson
Svensk förening för Beroendemedicins styrelse

Ritalin® kapsel och tablett

för barn och ungdomar med ADHD

En bra
start på
dagen



För en flexibel anpassning till olika behov hos individer och åldersgrupper

Ritalin® kapsel:

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



Ritalin® tablett:

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



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

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

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

Jag svär på heder och samvete att jag har myror i huvudet



När man tjänstgör någonstans där det är högt i tak och där kreativiteten får flöda fritt, kan man lära sig sådan klokskap som står i rubriken. Det var vad erfor när jag 1977 tjänstgjorde som tf överläkare på Psyk avd 7, Karolinska sjukhuset. Klotterplanket beredde oss både glädje och eftertanke.

Är det rykten, brevuppgifter, kopia av tidigare journaler, lab-resultat eller andra hårddata som vi grundar oss på?

**"Eftertanke och nyanser
hellre än cynism och
antagonism – när får vi det?"**

Förr skilde man tydligt på "autoanamnes", egen journal eller referentuppgifter. Med dagens skenbart uppskruvade tempo hinner man inte alltid med sådant, men det kan hämna sig, i synnerhet i vårdnadsärenden.

Vi kan lätt bli lurade. Tänk på professorn i vittnespsykologi som själv blev vittne och uppenbart misstolkade det han upplevde!

Både uppgifter från kollegor, kringpersoner och patienter måste bedömas kritiskt. Dubbelkolla, tänk två gånger! Vad vet Du, vad tror Du, vad är snack eller lömskt förtal? Yttra Dig bara om det Du säkert vet och ange källan. Rådgör gärna med en mer erfaren person.

Eftertanke och nyanser hellre än cynism och antagonism – när får vi det?

SBU gör här ett pionjärbete, oavsett om det som alltid i vårt gnälliga land finns vissa kritiker. Om man inom kåren är överens till 97 %, är det ofta de stackars 3 % -en som uppmärksammas i massmedia. Men på de % -en säljer man tydligen lösnummer, och trovärdigheten hos aktörer avtar drastiskt. Vad/vem kan man egentligen lita på?

Inom SBU, med internationell förebild, skiljer man numera på olika grader av evidens (se mer uppgifter i aktuell SBU-rapport).

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt, och man tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE (Atkins et al, BMJ 2004; 328: 1490).

Starkt vetenskapligt underlag bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag, studier med förekomst av enstaka försvagande faktorer.

Begränsat vetenskapligt underlag, studier med försvagande faktorer.

Otillräckligt vetenskapligt underlag, underlag saknas, låg kvalitet på studier eller motsägande resultat.

Men begreppen patomimi eller Münchhausens syndrom kan vara verklighet. Jag minns en journatt då en djupt svartklädd kvinna kom och hävdade att hon och hennes man hade upplevt en flyolycka i Afrika och hon berättade för mig trovärdigt, att maken omkommit i kraschen och att hon just anlänt till Stockholm.

Jag var nära att tro henne, tills en klok mentalskötare kom in och förtäljde att vår patient natten före istället legat inne på en annan akutenhet i Stockholm! Vad gör man inte för att få övernatta i en välbäddad varm sjukhussäng och få litet mediciner!

Vårdnadsärenden kan vara hur luriga som helst. Bli inte indragen, ta inte ställning för ena parten utan att höra båda sidor!

Och snart blir det vår och sommar. Det finns både vanliga och ovanliga växter, liksom sjukdomstillstånd.

Ovan ser ni en bild av Sveriges ovanligaste orkidé – lappfelan eller den enbladiga nattviolen, *Platanthéra obtusata*. Den växer bara i norra Sverige, Finland och Ryssland. Världspopulationen torde inte överstiga 3000 exemplar.

Och detta är alldeles sant (starkt vetenskapligt underlag).

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet



Livsstil är:

”Att fullt ut känna i denna intensiva tid vi lever både privat- och i arbetslivet att det är JAG och ingen annan som både äger och styr över tiden! Hemligheten är att prioritera och vara nöjd med de val man gör.....”

Anonym på Facebook



Psykiatri – en ständig krisbransch!



Psykiatri kan beskrivas som en verksamhet i ständig kris! Ingen annan medicinsk disciplin är så återkommande föremål för massmedias kritiska intresse, statliga utredningar och inte minst också intern debatt. Debatten har handlat om våra behandlingsmetoder, lobotomin, neuroleptika/antipsykosmedel, ångstdämpande medel, antidepressiva medel, elektrochock och på senare tid centralstimulerande medel. Användningen av tvång inom vården är ständigt ifrågasatt, oftast för att vi använder tvång för ofta och okänsligt, men också för att vi inte använder det när det uppenbart borde ha använts.

Vårt bemötande av patienterna kritiseras, vi är okänsliga, oempatiska, vi lyssnar inte ("Många av de över hundra läkare jag mötte under 12 år som anhörig i psykiatri var konstiga" ... Åsa Moberg, DN den 13/1 2012). Vårdorganisationen har också ständigt ifrågasatts. Mental-sjukhusen var auktoritära, slutna institutioner som styrdes av enväldiga, maktfullkomliga psykiatrer! När mentalsjukhusen stängdes hamnade många patienter i misär, framför allt pga. socialtjänstens svikt, men psykiatri blev ändå ansvarig. Nu när vårdplatsantalet minskat till ett minimum är problemet det motsatta – för få platser, för litet differentierade och miljömässigt torftiga.

Vår diagnostik kritiseras ständigt. Den är alltför omfattande och inkluderande, den leder till medikalisering av allmänmänskliga problem, det finns egentligen inga psykiska sjukdomar, möjligen "psykiska störningar"!

På senare tid har psykiatri också blivit ansvarig för självmord som ses som ett misslyckande för den psykiatriska vården.

Ingen annan medicinsk specialitet är heller så kontrollerad som psykiatri genom att domstolar har ett avgörande inflytande på tillämpningen av tvångsvårdslagstiftningen och därmed också på vården av de svårast sjuka.

En för psykiatri ovanlig problematik jämfört med andra medicinska specialiteter är att den stora patientorganisation som länge ansetts representera våra patientgrupper – RSMH – också instämmer i kritiken, för att inte säga, leder den. Detta till skillnad från de flesta andra patientorganisationer inom den somatiska vården som snarast samarbetar och stödjer sina respektive kliniska discipliner.

Så, vad är det då för fel på oss? Och hur kommer det sig att vi ändå är så många som ägnar vårt liv åt detta tvivelaktiga värv? Är vi en samling sadomasochister?

En anledning till dessa reflexioner är att jag själv känner mig i någon mening medansvarig med den nu faktiskt ganska långa erfarenhet jag har från kliniskt arbete (45 år), administration av vården, som akademisk lärare och forskare och landstingspolitiker i 18 år! Jag ska i det följande försöka ge svar på några av dessa frågor.

Först frågan om vår diagnostik. Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är svårdefinierad genom att vi inte har några s.k. objektiva metoder att falla tillbaka på. I allt väsentligt är vår diagnostik baserad på det patienten själv berättar om sin problematik, det vi kan iakttä när vi möter patienten och det som rapporteras av närstående. Vi har inga laborietester att förlita oss på och EEG och hjärnavbildningar kan bara delvis ge vägledning. Ibland är problemen helt och hållet sådant som utspelar sig i patientens inre värld, som tvångstankar, rädslor, mardrömmar, självmordstankar, självmordsplaner och vanföreställningar. Allt detta kan vi få veta om huvudsakligen genom vad patienten berättar för oss.

Att således symtom på psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i hög grad är subjektiva upplevelser och erfarenheter utesluter dock inte att det handlar om mänskliga realiteter. Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom som vi beskriver det i våra diagnostiska kategorier är universella. De påträffas och är fullt igenkännbara i de mest skiftande kulturer.

Psykiatrisk diagnostik är alltså inte "medeltida abra kadabra", "humbug" enligt Nathan Shachar i DN 9/1 2012. Psykiatrins diagnostik är i långa stycken minst lika pålitlig som diagnostik inom andra medicinska specialiteter där det också kan vara svårt att dra en tydlig gräns mellan vad som är sjukt och vad som är normalt. När blir ett blodtryck sjukligt? Hur objektiva är röntgen-utlåtanden, bedömningar av patologer, koloskopier av gastroenterologer? I väldigt mycket av även dagens avancerade medicinska teknologier finns ett stort inslag av subjektivitet. Detta försöker man hantera genom att utbilda genom sambedomningar av olika slag, precis som vi gör inom psykiatin. Att vår diagnostik annekterats av myndigheter, som Försäkringskassan och socialtjänsten (det som beskrivs som medikalisering), är ju inte psykiatrins ansvar.

När det gäller våra behandlingsmetoder är de väl så evidensbaserade som de metoder som används inom andra medicinska specialiteter. Våra läkemedel har undergått samma prövningar som andra läkemedel innan de godkänns. Att i stort sett inga av våra läkemedel "botar" psykisk sjukdom är inte avvikande från medicinen i övrigt.

Hur ofta "botar" olika cancerterapi, hur många hiv-aids-patienter blir "botade", hur ofta "botas" blodtryckssjukdomar, reumatiska sjukdomar, diabetes ...?

Så till vårt bemötande. Jag vågar påstå att inga andra specialister ägnar så mycket tid åt sina patienter som psykiatrer och andra personalkategorier inom psykiatin. Inga andra specialister får heller samma träning i att samtala och möta sina patienter som psykiatrer. Eftersom vi är så beroende av det patienten berättar för oss för att kunna ställa diagnos och föreslå bästa möjliga sätt att om inte bota så i varje fall lindra lidande och hjälpa till att hantera en många gånger svår livssituation, blir förmågan att skapa en förtroendefull kontakt desto viktigare. Att sedan en och annan av oss är mindre lämpad är väl inte heller alldeles förvånande – vi är också människor och har våra bättre och sämre sidor och förvisso också våra bättre och sämre dagar.

Användningen av tvång är, enligt min uppfattning, en yttersta konsekvens av solidaritet och vilja att göra väl. Jag känner inte någon, inte ens inom RSMH som inte håller med om att det i vissa fall är motiverat och t.o.m. en mänsklig plikt att ingripa med tvång för att hjälpa en människa som inte längre förmår att realistiskt bedöma sin situation och som drivs av vanföreställningar och hallucinatoriska upplevelser och som därför inte söker hjälp eller som t.o.m. kan bli en fara för sig själv och andra. Att då inte ingripa med tvång vore ett svek. Tvånget inom psykiatin är inget undantag utan en extremsituation av omsorg. Självklart måste tvånget vara öppet och reglerat och anpassat till den aktuella situationen och dess krav. Samtidigt måste man ju vara medveten om att detta är en mycket svår och grannlaga uppgift och att det ibland kan bli både för mycket och för litet.

Vad gäller den psykiatriska vårdorganisationen är ju den i hög grad beroende av politiska beslut. Mentalsjukhusen var på sin tid viktiga humanitära organisationer som innebar ett stort framsteg i behandlingen och omsorgen av de svårt psykiskt sjuka i samhället. De som kritiserar mentalsjukhusen glömmer hur alternativen såg ut. Att sedan mentalsjukhusen så småningom inte längre var lösningen på problemet är också uppenbart och de alternativa system som utvecklats har i grunden varit välbetänkta. Men om man betänker vilken enorm satsning mentalsjukhusen var ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är dagens satsningar inte lika imponerande. Och hur kan man t ex planera stora universitetssjukhus utan psykiatriska kliniker som nu sker på Karolinska Institutet och i Lund?

En arbetsgrupp inom Kungliga Vetenskapsakademien har uppskattat kostnaderna för psykiska sjukdomar till minst 75 miljarder kronor per år i Sverige. Detta utgörs då av sjukvårdskostnader och produktionsbortfall för sjuka och närstående. Mellan 0,1 till 0,2 % av de totala kostnaderna för psykiska sjukdomar satsas på psykiatrisk forskning.

Motsvarande anslag som går till cancerforskning är 2 %, dvs mellan 10-20 ggr så mycket som satsas på psykiatin. Detta säger något om hur samhället inklusive vetenskapssamhället ser på psykiatrisk sjuklighet.

Så vad skulle kunna göras i stället för de satsningar som nu görs på kortvariga projekt för att "kvalitetssäkra" den psykiatriska vården och omsorgen? Varför inte ett 10-årigt projekt med rejäla statliga medel för att öka kapaciteten inom den psykiatriska vården inklusive de sociala omsorgerna. I detta skulle ingå särskilda forskningsmedel riktade till sjukdomsgrupper där det finns ett stort behov av vetenskapligt stöd för att utveckla och säkerställa vilka metoder som fungerar. SBU har i sina undersökningar av forskningssituationen funnit en rad viktiga kunskapsluckor som borde täppas till. Psykiatrins patienter och den psykiatriska vården inkluderat socialtjänstens insatser för psykiskt sjuka måste respekteras på ett helt annat sätt än hittills. Detta skulle också underlätta rekryteringen av personal inklusive läkare till specialiteten. Vem vill arbeta inom en specialitet som hela tiden ifrågasätts? Det faktum att vi ändå är ganska många som ägnar oss åt psykiatin är i sig en indikator på att detta är en verksamhet som är meningsfull och gör skillnad för stora grupper av patienter.

Och till sist – när ska våra kritiker rikta kritiken mot ansvariga politiker och administratörer och själva komma med konkreta förslag till förändring i stället för den ständiga, oftast osakliga negativa kritiken.

Lars Jacobsson
Professor emeritus
Umeå

Foto: Shutterstock/Squid Media Advertising

Fysisk aktivitet i psykiatrin?

Vill du äga hälsan, så lev ett hälsosamt liv. Raderna ackompanjerar en svartvit bild av gymnastiserande barn utanför en skola.

Text och bild är hämtat ur boken "Farsoter och andra folksjukdomar. Deras behandling och förebyggande", utgiven 1925. (1)

Ett litet historiskt nedslag i folkbildning!

Lite här och var i den underhållande, tidstypiska och bitvis kloka boken finns råd om att röra på sig:

"... kraftiga kroppsövelser ute i friska luften" och "Se till att ha tillräcklig kroppsövelse..." och "Om det låter sig göra så gå till fots till din arbetsplats och likaså tillbaka hem igen".

Inte mycket är nytt under solen!

Brist på rörelse stor risk

Att vi har ett grundläggande behov av att röra på oss tvivlar knappt någon på.

Inte heller att vi har en stor brist på det i vår tid. (2) Konsekvensen blir kort och gott sjukdom och död i förtid av att många rör sig lite och ibland nästan inte alls. WHO rankar fysisk inaktivitet som en enskild orsak till död på fjärde plats i världsmåttstock. (3) Från första till tredje plats rankas: Hypertoni, rökning och högt blodsocker. Kända riskfaktorer och tillstånd som vi frågar om och behandlar i sjukvården. Men det gäller ännu inte fysisk aktivitet i samma utsträckning.

Betydelse för psykisk ohälsa?

Vilken relevans har det för psykiatrin? För behandlingen och i slutändan - patienterna?

Det finns gott om evidens som stödjer att fysisk aktivitet (definition nedan) har stor betydelse för både primär prevention, behandling och i vissa fall för sekundär prevention vid flera psykiatriska tillstånd. Stor betydelse har det givetvis för att förebygga och behandla kroppslig ohälsa hos den med psykisk ohälsa, här är det dock lite mer tunnslätt med evidens. Samsjuklighet mellan somatiska och psykiatriska tillstånd är väl kända och bättre underbyggt vetenskapligt.

Varför viktigt?

Ett exempel kanske kan räcka?

Depression ökar över hela klotet. WHO: s prognos ger för handen att depression uttryckt som DALY = Disability-adjusted life year (4) år 2030 kommer att vara nummer ett. Inte någon ärofylld förstaplats precis.

Vad räknas som fysisk aktivitet?

Allt arbete som viljestyrd tvärstrimmig (skelett)muskulatur utför ÄR fysisk aktivitet (FA). Allt vi gör förbrukar energi.

Vi kallar det för olika saker beroende på utförande och syfte;

Motion: FA med ett bestämt syfte. Få bättre kondition. Bli smalare. Bli gladare. Träffa sina vänner. Bevara hälsan.

Träning: FA för att förbättra kapacitet och med ett mål. Bli en ny Zlatan. Åka Vasaloppet. Kunna gå igen efter en stroke. Lära sig dansa.

Att mäta fysisk aktivitet en utmaning i sig

Att mäta eller skatta FA är inte alls lätt och ett eget forskningsområde, varför det här och nu bara nämns kortfattat. I stora och epidemiologiska studier används oftast självskattade uppgifter, en direkt men subjektiv metod. En objektiv och direkt metod är att använda stegräknare eller accelerometer. Indirekta metoder är att mäta kondition (fitness), kroppssammansättning eller kalometri. Allt är bara exempel.

Alla metoder har sina fördelar och nackdelar och passar självfallet bättre eller sämre i olika typer av studier.

Kondition och livslängd

Kondition är ett begrepp som förtjänar mer uppmärksamhet. Det är inte bara en "proxy" för fysisk aktivitet utan visar också vilket skick vi faktiskt är i. Därmed också för livslängd. Steven Blair, amerikansk professor och den främste forskaren kring fysisk aktivitet i världsmåttstock, har på olika sätt visat konditionens koppling till både sjuklighet och förtida död. (5)

Intressant är att vikten verkar ha mindre betydelse än kondition, vilket *skulle* kunna ha betydelse för gruppen med psykiatrisk ohälsa och vikt påverkad av psykofarmaka.

Metoder och hjälpmedel för att använda fysisk aktivitet i vården

Samlad evidens för effekten av fysisk aktivitet, både förebyggande och behandlande, finns i boken och manualen FYSS = Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (www.fyss.se). Den första versionen kom 2002 och en omarbetad och uppdaterad version kom 2008 (FYSS 2008).

FaR= Fysisk aktivitet på recept. Metod för att ordinera fysisk aktivitet för patienter, inom sjukvårdens arena. Legitimerad personal är berättigad att förskriva FaR. Används i alla landsting och regioner i Sverige. Se www.fhi.se/FaR för mer info.

Depression och fysisk aktivitet

Depression (unipolär) får utgöra exempel för att beskriva något av den forskning som finns på området, både förebyggande och behandlande.

Finns det vetenskapligt stöd för att fysiskt aktivitet minskar risken att *insjukna* i depression? Den amerikanske epidemiologen Paffenbarger publicerade 1994 slutsatser ur den prospektiva kohortstudien "Harvard Alumni Study". (6) Nästan 30 000 män följdes i 23-27 år och hade själva fått skatta sin nivå av fysisk aktivitet och angett om de behandlats för depression i sjukvården.

Förekomsten av depression befanns vara lägre hos "physically active and sports players". Högre hos rökare, men alkohol verkade inte påverka risken. Stöd för ett jakande svar på frågan med andra ord, men inte konklusivt. Problemet med höna eller ägg finns här.

Tre populationsstudier som refereras av Egil Martinsen i boken Krop og sinn (7) ger för handen att 22 av 25 befolkningsstudier visar ett positivt samband. En systematisk sammanställning ifrån 1988 (analys av fyra populationsstudier) styrker sambandet. (8) Det gällde för båda könen i alla åldrar, men var starkast för kvinnor och för personer över 40 år. Tyvärr har ovanstående publikationer ganska många år på nacken.

En framtidsblickande populationsstudie av färskare datum kommer ifrån Norge. (9) I en analys följdes 3,353 kvinnor och 3,308 män vid två tillfällen, mellan 1984-1986 och sedan 1995-1997. Sambandet FA och förekomsten av depression och ångest (mätt med HAD-S) las under lupp. Hos män var en nivå av låg fysisk aktivitet skyddande mot depression, hos kvinnor sågs skillnaden först vid måttlig FA. Sammanfattningsvis anser artikelförfattarna att unga människor (21-40 år vid baslinjen) som var fysiskt aktiva hade en lägre risk att senare i livet drabbas av depression.

Att bättre kondition är ett mått som sätts i samband med risken att insjukna i depression visades i en prospektiv studie, 2008 i USA. 15 000 män och kvinnor följdes i 12 år och varje minut mer man orkade på löpbandet minskade risken. (10)

När depressionen är ett faktum

Hur är det vid redan uppkommen depression? En studie som har några år på nacken, men förtjänar att omnämnas är en randomiserad, kontrollerad studie utförd av Blumenthal och medarbetare 1999. (11)

156 deprimerade patienter mellan 50 och 77 år slumpades till tre behandlingsgrupper. Den första gruppen fick SSRI (Zoloft), grupp nummer två fick träna i grupp tre gånger i veckan med 30 minuter på löpband eller på cykel på en relativt hög ansträngningsnivå. Den sista gruppen slutligen fick båda delarna. Allt pågick i fyra månader. Resultatet visade att alla alternativen gav lika god respons.

(I full remission var 60,4 %, 65,5 % och 68,8 %)

En uppföljning gjordes 6 månader senare och man såg att gruppen som tränat hade den största sekundära preventiva effekten. (12)

För att även studera placeboeffektens roll och för att belysa ut om det var träning i sig eller samvaron i grupp som hade effekt satte samma forskarlag upp en ny studie. (13) 202 deprimerade män och kvinnor lottades till antingen SSRI, placebo, träning i grupp och träning hemma utifrån ett program. Man såg att alla aktiva behandlingsalternativ hade bättre effekt jämfört med placebo. Dock understryker man att placeboeffekten var stor.

2011 publicerades även en ettårsuppföljning av den här studien. (14)

En ökning ifrån 46 % till 66 % i full remission sågs. Ingen av grupperna hade något signifikant samband med resultatet efter ett år, men de som var fortsatt fysiskt aktiva sträckte ut effekten ifrån 4 månader. En förstärkande effekt av träning på läkemedelsbehandlingen ansåg man sig också kunna se.

Dos-respons

Hur mycket FA behövs? Viken dos ger en antidepressiv effekt? Den frågan ställde sig Dunn med medarbetare i en studie med fyra olika behandlingsgrupper där dosen FA var väl definierad samt ställdes mot en placebogrupp (stretching 3 ggr per vecka). (15) Graden var mild till måttlig depression. Resultatet visade att den dos som var ekvivalent med rekommendationen för FA (30 min. måttlig FA 5 dagar i veckan, dåvarande rekommendation i USA) var effektiv mot depression.

Men en svala gör ingen sommar

Två systematiska översikter om fysisk aktivitet och depression har publicerats de senaste åren, båda 2009. Det ena, en Cochraneöversikt, (16) inkluderade 25 studier av randomiserad och kontrollerad karaktär. Mead och medarbetare visade att fysisk aktivitet har effekt vid behandling av depression men att effektstorleken är liten och signifikansen inte blev statistiskt säkerställd.

Dock måste man ta med i beräkningen att den strikta mall som används av Cochrane (och givetvis andra) har farmakologisk forskningsmetodik som ursprung. Det gör att man bland annat har med dubbelblindhet som en kvalitetsmarkör. Att tillämpa det fullt i studier med fysisk aktivitet eller andra livsstilsfaktorer är nästintill omöjligt. Så med lite andra, kanske modernare glasögon skulle de studier som granskades ha fått "bättre betyg".

Den andra översikten (17), samlade 58 randomiserade försök med totalt 2982 deltagare. Här såg man också en effekt av fysisk aktivitet, men svagheten var att man blandat både kliniska och icke-kliniska studier här. En intressant reflektion var att man fann samma nivå av avbrytande både i träningsgrupper och i läkemedelsgrupper. Det vill säga, följsamheten var likadan. Bra eller dålig kan väl diskuteras!

Och så kroppen...

Egil Martinsen, norsk professor i psykiatri, visade att ineliggande depressionspatienter hade sämre kondition än förväntat med tanke på kön och ålder. (20)

Att psykisk sjukdom samvarierar med somatisk dito är idag så välkänt för oss i psykiatri, att det knappast behöver nämnas.

WHO-rapporten World Mental Health Survey (21) kan slutligen få ge tyngd åt att "kroppen tar stryk" hos en individ med ångest och depression. 19 enkäter genomfördes i 18 länder över hela världen och över 40 000 individer intervjuades "psykiatriskt" av därför tränad personal samt fick svara på frågor om tio vanliga kroppsliga sjukdomar. Artros, rygg- och nackproblem, kronisk huvudvärk, annan kronisk smärta, stroke, hjärtinfarkt, hjärtsjukdom, högt blodtryck, astma, diabetes eller magsår. Den ökade risken för att ha depression vid ångest och tvärtom bekräftades, även att risken för att ha en kroppslig sjukdom vid en av de psykiatriska diagnoserna ökade och än mer vid båda. Lite respektlöst skulle man kunna uttrycka att en olycka sällan kommer ensam, men också förstå att gemensamma riskfaktorer finns. Både somatisk och psykiatrisk vård verkar alltså ha anledning att vara mer vaksamma än vi hittills varit. SPF: s riktlinjer (22) är en murbräcka i att ta detta på allvar. Socialstyrelsens riktlinjer för depression och ångest (23) samt de nyligen utgivna för levnadsvanor (24) kan ge både politiker och chefer i vården stöd för att ge vården en mer hälsosam adresslapp, bland annat med mer fysisk aktivitet.

Goda exempel ifrån verkligheten

Att få forskningsresultat att landa i den kliniska verkligheten eller med striktare terminologi: att få intern validitet att bli extern, är en utmaning.

Goda exempel på projekt, både med och utan forskningsupplägg kan inspirera!

Jag är själv djupt imponerad av Skellefteå och den psykiatri som bedrivs där och vad man har vågat göra. (28) Hästar i vården är ett spännande exempel och även Karl-Anton Forsbergs studie vid ett boende för människor med psykisk funktionsnedsättning.

Man konstaterade att de boende upplevde tillfredsställelse med att delta i ett hälsoprojekt och att det gick att minska vissa hälsorisker. (29)

I Stockholm har GIH (Gymnastik-och Idrottshögskolan) sedan 2005 bedrivit ett Hälsoprojekt, där studenter i projektform vänt sig till olika patientgrupper med organiserad träning. Här har öppenvårdspsykiatriska mottagningar deltagit. (30)

Fysisk aktivitet i psykiatrin!

Att försöka täcka området all psykisk sjukdom i förhållande till levnadsvanan fysisk aktivitet, lät sig inte göras i en artikel. Det finns mycket mer att säga självfallet, både kring depression och andra diagnoser som olika ångestsjukdomar och schizofreni.

Det finns också andra aspekter att lyfta som välbefinnande, bättre sömn, livskvalité och självskattad hälsa som förknippas med hälsosam fysisk aktivitet och som tvivelsutan skulle ge en positiv klang även till personer med psykiatrisk diagnos. Temagruppen Psykisk hälsa i Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) har syftet att; "Öka kunskap om psykisk hälsa inom hälso- och sjukvården. Ta fram metoder för att uppnå och bibehålla bästa möjliga psykiska hälsa hos patienter och närstående, trots kroppslig eller psykisk sjukdom." Här behövs bland många andra faktorer fysisk aktivitet.

Låt oss släppa in den livskraftiga fysiska aktiviteten i psykiatrin på bred front och ge våra patienter ett av de nödvändiga redskapen för att kunna leva ett hälsosamt liv!

Jill Taube
Psykiater, projektledare FaR i SLL
CeFAM, Stockholm

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

Jill Taubes bok "Själ och kropp. Rörelse för psykiskt välbefinnande" kommer att recenserars i nästa nummer av SP

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



Livsstil är:

Hörde häromdagen, en gammal man sa:

Jag förstår mig inte på dagens unga människor, varför har de så bråttom mot döden?

Anonym på Facebook



Fördelar med Cipralex® munsönderfallande tabletter

- 92 % upplevde att den munsönderfallande tabletten var enklare att ta än den traditionella tabletten².
- 70 % trodde att deras följsamhet kan förbättras av denna beredningsform².
- Enkla att administrera då inget vatten behövs.

Nu finns Cipralex® (escitalopram) som munsönderfallande tablett!

Den nya beredningsformen av Cipralex kan öka möjligheten till följsamhet och därmed remission¹. De munsönderfallande tabletterna med mintsmaak löses upp snabbt och priset är detsamma som för de traditionella Cipralex-tabletterna.



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F), ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). SPC 2012-01-19. DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska, munsönderfallande tabletter 10- och 20 mg. För pris och vidare information, se FASS.se.
1. Navarro, Adv Ther (2010), 27 (11):785-795. 2. Nilausen, Linde, VanGerven, Poster presented at EPA Vienna 2011.
H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. lundbeck.se

Att arbeta med somatisk hälsa för den psykiatriska patienten

Vi fick 2007 uppdraget av chefsöverläkare Francisco Barca att undersöka den somatiska hälsan hos patienter som behandlades med neuroleptika. Projektet avgränsades till patienter som behandlades med olanzapin och klozapin. Till projektet knöts en somatisk konsult, överläkare Arne Zingmark, och samarbetsformer med primärvården utarbetades. Vi inledde samtidigt ett samarbete med professor Rolf Adolfsson och samlade in data till hans forskning i ämnet.

Vi kontaktade cirka 150 patienter och deras respons var positiv till att någon äntligen brydde sig om deras somatiska hälsa. Två tredjedelar tackade ja till att medverka och de som tackade nej kom, i de allra flesta fall, senare att delta när nya klinikutiner infördes 2010. Några av dem som tackat nej uttryckte oro/rädsla för att få veta om de hade somatiska sjukdomar. Budskapet som förmedlades till samtliga patienter var; Att upptäcka riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar är angeläget då de flesta riskparametrar går att påverka.

Det här budskapet gjorde att patienterna blev mer hoppfulla och positiva att medverka.

Vi införde årliga hälsouppföljningar och återförande till patient och deras närmaste nätverk. Tillsammans gick vi igenom vilka faktorer som varit hjälpsamma och hur stödet ska se ut under det kommande året för att lyckas med riskreduktionen. Vi betonade det positiva med förändringen och berömde delvisstilsförändringar som varit framgångsrika. Ibland kunde det bara vara att patienten inte ökat i vikt. Vi upptäckte fort värdet av att få med nyckelpersonerna runt den enskilde då de kunde kontinuerligt hjälpa och stötta i vardagen. Patienternas glädje över hälsokontrollerna inspirerade och drev oss självklart framåt.

Den kliniska nyttan för patienterna blev omedelbart påtaglig för oss. Det fanns verkligen mycket att göra för våra patienter.



Samtidigt så spred sig "skammens rodnad" när vi såg tidigare patologiska provsvar som inte åtgärdats men vanligast av allt var frånvaron av komplett somatisk bedömning/provtagning i psykiatrijournalen. Tidigare var våra somatiska bedömningar otillräckliga och uppföljningen bristfällig. Vår slutsats var tydlig, det var hög tid att förbättra rutinerna för somatisk uppföljning. Patient- och anhörigföreningar har länge efterlyst en regelbunden somatisk uppföljning och har följt och stöttat arbetet.

Överläkare Arne Zingmark från medicinkliniken var, enligt oss, en oerhörd framgångsfaktor i hela arbetet. Han öppnade dörrar till primärvården och somatiken. Han såg till att hela personalgruppen fick en gemensam kunskapsbas om riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar och hur dessa kan påverkas och förebyggas. Han bidrog till utformandet av de lokala klinikrutinerna som infördes som ett resultat av projektet. Tidsåtgången för den somatiska konsultens riskbedömningar och senare för psykiatriern blev liten. Arne Zingmarks erfarenhet var "att han kom till ett dukat bord" då sjuksköterskan samlat in nödvändiga data, inklusive eventuella omprov inför konsultationstillfället.

Personalens engagemang inom både landsting och kommun stärktes allt eftersom deras kunskap och medvetenhet ökade. Många små förändringar genomfördes, skorpor byttes till frukt, samtal kunde genomföras under en promenad istället för stillasittande. Allt fler tog med sig en våg och blodtrycksmanschett när de skulle träffa en patient. De upptäckte att när de väl lärt sig rutinen så tog det knappt någon tid att genomföra. Visst fanns det farhågor att vi saknade rätt kompetens till att stödja och hjälpa patienten men de enkla rutinerna gjorde det möjligt även för den tveksamme.

Kommunernas personal vid gruppboenden och närstående står för en stor fortsatt bit av förbättringsarbetet då de också tagit till sig budskapet att risker kan påverkas. De stöttar patienterna i sina livsstilsförändringar. Det räcker ofta inte med att bara ge råd utan praktisk stöttning krävs då patientgruppen ofta har kognitiva funktionsnedsättningar.

Med tydliga och enkla rutiner för hur hälsoarbete ska bedrivas så är det vår erfarenhet att sjuksköterskan kan ta ett stort ansvar för att upptäcka somatiska risker och förebygga dessa. För att lyckas med implementeringen är det viktigt att psykiatriern efterfrågar somatiskt status och integrerar den somatiska bedömningen med den psykiatriska bl.a. när det gäller valet av neuroleptika.

Sammanfattningsvis

- Psykiatrien har ett ansvar att upptäcka och förebygga risker för hjärt- och kärlsjukdomar men vårt ansvar är inte att behandla, det är somatikens uppgift. Vi ska stödja, hjälpa och samarbeta med andra vårdgivare
- Risker kan förebyggas och påverkas
- Vid uppstarten av hälsoarbetet är en somatisk konsult en stor hjälp
- Sträva inte efter perfektionism. Även små förändringar i livsstilen är positiva då de reducerar risken för förtidig död
- Intervention lönar sig!

Karin Nordberg, psykiatrisjuksköterska

Johan Bergstedt, psykiatrisjuksköterska
Psykiatriska kliniken, Piteå Älvdals sjukhus

Foto: Shutterstock/Studio 37

Vetenskap och beprövad erfarenhet är sjukvårdens Heliga Graal

- alla har hört talas om den men ingen vet vad det är eller var den finns!

Vår moderförening Svenska Läkaresällskapet anordnade i samarbete med Läkarförbundet den 7/11 2011 årets Etikdag för att belysa detta mytomspunna begrepp. Etikdelegationens ordförande och för övrigt ende psykiater Ingemar Engström inledde med deklarationen att all sjukvård är ett moraliskt projekt. Vi utför den av etiska skäl i syfte att hjälpa en annan människa. Att vi gör detta arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet kan synas självklart men att undersöka vad detta begrepp egentligen innebär var dagens uppgift.

Först fick vi en historisk exposé av juristen och domaren Lars Åke Johansson som direkt bekräftade det man kunde misstänka. Begreppet infördes 1890 men har aldrig definierats. Nyare skrivningar har hela tiden hänvisat till tidigare som alltså aldrig innehållit någon definition. Begreppet var dock ett första försök att definiera vad som var kvalitet i vården vilket man kan jämföra med dagens patientsäkerhetsdiskussion. Medicinskt har termen fått duga men jurister har klagat och termen används varken vid brottmål eller när det gäller skadeståndsanspråk. Inte heller patientförsäkringsärenden eller prövningar i HSN hänvisar till begreppet. Intressant är att HSN har sedan 40-talet avgjort tusentals fall och här finns material till studier för att fastställa vad som skulle vara VbE. Några sådana studier har aldrig gjorts men det är kanske lika bra eftersom medicinen utvecklas hela tiden och det som var VbE på 40-talet inte är det i dag.

När det gäller legitimationsåterkallelser måste HSN ta ställning till om den anmälda läkaren agerat enligt VbE eller inte. Detta i motsats till disciplinåtgärder där man bara bedömer om det förekommit "fel eller försummelser". Lars Åke avslutade med att beklaga att Socialstyrelsen friat en läkare som ägnat sig åt healing i sin praktik. Detta prövades aldrig utifrån VbE utan man konstaterade bara att inga patienter lidit skada.

Dagen var lång och talarna många. Allt ska inte refereras här men juristen Elisabeth Rynning talade om begreppets användning i dag, läkaren och filosofen Helge Malmgren om möjliga innebörder av begreppet, hjärtläkaren Nina Rehnqvist om VbE och evidens och vetenskapliga rådet Kerstin Hulter Åsberg om VbE i praktiken.

Dessutom bjöds vi på en paneldebatt efter att läkarna Karl Sallin och Gunnar Eckerdal redovisat yngreläkarperspektivet respektive tankar om äldre patienter. Under paneldebatten var majoriteten av de som yttrade sig psykiatrer. Vi kan konstatera att vi håller intresset för etik vid liv.

Hur kan man då säga att begreppet används, kan användas och bör användas idag?

Att vård ska bedrivas enligt VbE är ett lagstadgat krav men det finns inga svar i lagen om när det kan sägas att kravet är uppfyllt eller när det inte längre är uppfyllt. I det sammanhanget poängterade flera talare att ordet "och" är väsentligt så att man inte bara kan hänvisa till vetenskap eller beprövad erfarenhet.

En viktig synpunkt är att det i VbE varken ingår etiska överväganden eller värdefrågor men att dessa aspekter är väl så väsentliga för att bedriva "god vård".



Filosofen Helge Malmgren, som också är psykiatrisk intresserad läkare, tryckte förstås på etik-tankens. VbE motiverar aldrig i sig en åtgärd utan att det krävs att man också följer en etisk regel. Den kan dock vara så trivial som att: "det är rätt att hjälpa en annan människa som är sjuk". Intressant var hans vetenskapsteoretiska resonemang om en glidande skala mellan V och bE. Han önskar införa ett nytt, mer heltäckande begrepp:

"Vetenskap, annan beprövad erfarenhet och gällande etiska regler".

Frågan om så kallad meningslös eller livsuppehållande behandling kan vara enligt VbE kom också upp. Socialstyrelsen har här velat hänvisa till VbE men SLS och även Juridiska fakulteten har protesterat. Båda menar att sådana frågor inte kan reduceras till medicinska frågor om diagnos och prognos utan handlar om värdefrågor. Man har gjort en undersökning där intensivvårdsläkare ställdes inför redogörelser om svårt sjuka patienter och med mentometerknappar fick välja om man skulle inleda eller avsluta livsuppehållande åtgärder. Resultatet blev inte alls entydigt vilket man tolkar som att läkarna inte bara tar hänsyn till VbE utan styrs av sina värderingar.

I frågan om vilken hänsyn som ska tas till patienters autonomi i sådana situationer svarade juristen men även filosofen att patienten bestämmer, så länge han är "beslutskompetent".



Vi var då många som ställde frågan om hur man avgör, vem som ska avgöra och i vilket skede den frågan ska avgöras. Det lär vara så att checklistor angående beslutskompetens är under utarbetande men Ingemar Engström antydde att den frågan säkert behöver en hel, annan Etikdag för att belysas. Jag ställde mig frågan efter mötet om man som läkare, i dialog med patienten, i ett förlopp av en sjukdom förväntas vara den som kan avgöra det. Är den kompetensen i så fall en del i det vi kallar läkekonst? Skulle den då kunna ingå i den andra delen av begreppet som är vår heliga Graal?

Begreppet VbE finns inte i något annat land även om där finns andra formuleringar om kvalitetskrav. Som medlemmar i EU får vi emellertid anpassa oss till att patienter söker sig till vård i andra länder. Om en patient vill ha t ex örtmedicinsk behandling i Tyskland kan landstinget tvingas betala det även om behandlingen inte uppfyller svenska krav på VbE.

Vidare finns frågan om läkarutbildningar i olika länder och det påpekades att EU-rätten har en Föreställning, eller om det är en vanföreställning, att examina är lika i hela Europa.

Ett sista intryck från dagen var att hjärtläkaren Nina Rhenqvist fastslog att det i vården behövs etik och prioriteringar utöver VbE. Hon sa också att när det gäller "bota", eller åtminstone "påverka prognos" ska vi ha mycket av vetenskap. När det gäller "lindra och trösta" får vi mer förlita oss till beprövad erfarenhet.

Arne Stenstedt
Överläkare Psykiatri Nordväst, Stockholm
Pressekreterare i SPF

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

SLUP: s ST-konferens 2012

Årets nationella konferens för ST-läkare i psykiatri gick av stapeln 1-3/2 på Djurönaset i Stockholms skärgård. För sjätte året i rad anordnade SLUP (tidigare SPF-ST) denna vetenskapliga och sociala sammankomst för sina kollegor runt om i Sverige.

Självva konferensanläggningen, som byggdes i slutet av 70-talet för flera fackförbunds räkning, är på något sätt samtidigt mastodontisk och mysig. Det snöoväder som svepte in över Sverige just de här dagarna klädde skärgården extra vacker och bidrog till en mer intim stämning.

Konferensens tema var "Kluven verklighet - psykosjukdom, somatikens gränsland". Bakom denna rubrik fanns ett brett program med många duktiga och renommierade föreläsare; från öppningsföreläsningen av professor Paul Lichtenstein med rubriken "Genetik, ärftlighet och andra riskfaktorer för schizofreni och bipolär sjukdom" via nyss utkomna SBU-rapporten om läkemedelsbehandling vid psykosjukdom, workshop i PANSS-skattning, till psykosociala insatser vid psykosjukdom. Barn- och ungdomspsykiatri fanns också rikligt representerad med bland andra Christopher Gillberg.

Två uppskattade föreläsare som återkom från förra året var Håkan Jarbin och Elias Eriksson, den senare gav oss en lärorik exposé över neuroleptikans utveckling. Detta är bara några exempel på de intressanta föreläsningar deltagarna fick ta del av.

Det är oerhört uppskattat att kompetenta seniora kollegor tar sig tid och prioriterar ett sådant här sammanhang med fokus på ST-läkarnas utbildning och utveckling. Det syns också i SLUP: s egen, och även IPULS, utvärdering, där "bra föreläsare" är en återkommande kommentar. Därför vill vi återigen rikta ett särskilt tack till dem som ställde upp och bidrog med sina kunskaper och färdigheter till ST-läkarnas glädje och psykiatrins fromma!

Isak Sundberg
Vice ordförande SLUP
www.slupsykiatri.se



ångestguiden.se

– en webbaserad patientutbildning



Ångestguiden är en webbaserad och kostnadsfri patientutbildning avsedd att hjälpa patienter som är drabbade av ångestsjukdomar att ta första steget mot ökad kunskap.

Manuset till utbildningen är skrivet av psykiatriker Sergej Andréewitch. Materialet är granskat av TINA Mottagningen, psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Göteborg, psykiatriska klinikerna i Sundsvall och Östersund samt Svenska Ångestsyndromsällskapet.

Ny utbildning från Pfizer.

ångestguiden.se

SKL och fortsatt förändring av BUP utan grund

Ing-Marie Wieselgren berör i sin artikel "Ny satsning på barn- och ungas psykiska hälsa" i nr 3/2011 inte på något sätt den grundläggande myten att specialisering är lösningen på BUP:s problem. De argument jag framfört i nr 2 och 3 kvarstår. Självklart har jag inget emot att så många som möjligt även i skolor och på vårdcentraler får mer barn- och ungdomspsykiatriska kunskaper men en stor risk är att det ändå blir ett förytligande och ökad medicinering. Som när man i Örebro på vårdcentralerna satsar några miljoner på ökad psykosocial kompetens men 25 miljoner på ST-läkare som att naturliga skäl inte kan annat än medicinsk behandling.

Och den andra risken är att en specialisering av BUP leder till mer fokus på neurobiologiska "sjukdomar" och att man tappat den bio-psyko-sociala och existentiella helhetssynen på dem med svårare problem vilket återigen leder till medikalisering.

Varför Specialisering?

Skälet till den stora förändringen inom hela BUP i Sverige tycks vara att man tror att ökad specialisering är lösning på BUP:s problem. I Miltonutredningen¹, där ingen barn- och ungdomspsykiater var med, konstateras att BUP inte hinner med sina uppgifter och därför måste bli mer specialiserade till fromma för de svårast sjuka. Och de med lättare besvär kan skötas av andra.

Men varför har de inte redan gjort det då?

Faktum är att den s.k. "första linjens psykiatri", som sägs kunna sköta det vi nu inom BUP plötsligt inte längre ska ta hand om, inte finns. Det saknas resurser och kompetens². Men den ska tillskapas med nya resurser.

Ja självklart behövs mer resurser eftersom den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar har ökat kraftigt! Men varför ges då inte dessa nya resurser till BUP där kompetensen finns?

"Nej men BUP ska ju vara specialister", heter det då.

Det blir inte klarare för att SKL i ett Positionspapper³ och även Socialstyrelsen⁴, där heller inga barn- och ungdomspsykiater deltagit i skrivningen, upprepar detta. Socialstyrelsen tycks tro att det skulle räcka med ett tydligt uppdrag för att trola fram resurser och kompetens!

"Nej men BUP ska ju vara specialister", heter det då.

"... patienter riskerar i hög grad att 'falla mellan stolarna'. Risken hade varit mindre om vårdgivarna hade gett ett tydligt uppdrag åt de vårdinstanser som ska bedriva den icke specialiserade vården av barn och ungdomar med psykisk ohälsa. En sådan tydlighet hade även frigjort resurser från den specialiserade vården, så att den kunnat bli mer tillgänglig. På så sätt hade patienter i behov av specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk vård kunnat få mer resurskrävande insatser. (a.a. s 22)

Varför inte pröva en organisation där BUP som har (eller hade?) kunskapen och en befintlig organisation får de nya medel som behövs och nu ska ges till första linjens psykiatri, istället för att bygga upp något nytt som inte finns och inte kan ha den kompetens som behövs? Hur kan man tro sig veta att detta är ett sämre alternativ utan att undersöka det?

Jan Pilotti
Ungdomspsykiater
BUP Örebro

(Endnotes)

1. Ambition och ansvar SOU 2006:100, s 389-90
2. a.a. s 388-89. Se även SKL symposium 23 mars 2011 Förstalinjen primärvård www.webbtv.nu/sklfront.htm. Där det klart tydligt framgår att vårdcentralerna inte har barnpsykiatrisk kompetens och inte ens hinner gå på gratis utbildning som BUP i Västra Götaland erbjuder!
3. Positionspapper Psykisk hälsa, barn och unga SKL feb 2009
4. Barn- och ungdomspsykiatri - vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Socialstyrelsen Art.nr 2009-126-151

Slutstation rättspsyk

Sofia Åkerman och Thérèse Eriksson



Låt mig börja med att säga att det här är utan tvekan den svåraste recension jag har skrivit.

Vid ett tillfälle under recensionens tillkomst havererade datorn, och jag trodde att dokumentet hade gått förlorat.

Blotta tanken på att skriva om det gav mig kalla kårar.

Den här boken handlar om psykiatrins ALS. Om anmälningar och felaktigheter och tvång. Boken handlar om unga kvinnor med självskadebeteende som vårdas inom rättspsykiatri.

Författarna Sofia Åkerman och Thérèse Eriksson har personliga erfarenheter av självskadebeteende och psykiatrisk vård. De har aldrig vårdats inom rättspsykiatri, men varit nära att skickas dit. Numera lever de, så som de själva beskriver det, välfungerande liv.

Boken består av intervjumaterial från personer som vårdats inom rättspsykiatri, från anhöriga, från vårdpersonal.

Där har ni inramningen.

Och mitt uppdrag är så fruktansvärt, fruktansvärt svårt. Jag vill ringa uppdragsgivaren och säga att jag är sjuk. Sorry, plötsligt bilateral fingerpares, kan inte skriva. Får inte ur mig en endaste liten recension.

Men. Den här boken är viktig.

Jag tänker på detta när precis i dagarna preparatet Sativex lanserats. Cannabis mot MS. Vem vet vart det tar vägen. Jag tänker på insulinchockerna som gavs inom psykiatri förr om åren. Jag tänker på den ohejdade förskrivningen av antibiotika och förekomsten av MRSA.

Och jag tänker att ibland, i vården, så gör vi vad vi tror är rätt. Och vi gör fel.

Denna skildring balanserar på gränsen mellan att vara beskrivande och värderande.

Där finns en hederlig och – tror jag – uppriktig ansats att vara det tidigare. Och en i det närmaste omöjlig konsekvens att vara det senare.

Så även för mig, som läsare, som yrkesutövare, som delaktig och delansvarig för det som är vår tids psykiatri. Jag vill, jag försöker, läsa och inhämta bokens berättelser och information på ett objektivt, icke-värderande sätt. Men jag kan inte. Lika lite som Åkerman och Eriksson förmår beskriva verkligheten utan sina personligt färgade linser.

Sanningen är ful. Sanningen är att det finns tillstånd som vi inte vet hur vi skall behandla. Som vi inte har resurser, ekonomiska och interpersonella, att omhänderta.

Det finns tillstånd som det är oerhört svårt att forska på. Vars behandling det därför saknas evidens för. Det finns saker som vi aldrig kommer att förstå. Som vi ändå måste ta ställning till. Sådan är sanningen.

Skall man låta sig nöjas med det? Nej. Det ligger i vår natur att söka nya lösningar.

Jag skulle på goda grunder anta, att när förslaget för allra första gången kom upp att dessa unga flickor (för det är unga flickor till den största majoriteten, och det är unga flickor som beskrivs i boken) skulle skickas till rättspsykiatri, jag skulle anta att det förslaget INTE togs emot med svaret "Japp, det här fixar vi, inga problem!"

Men man kunde inte. Den "vanliga" psykiatri kunde inte. Man var rädd att flickorna skulle lyckas skada sig ytterst allvarligt eller ta sitt liv under pågående vård. Man famlade efter halmstrån.

Författarnas invändningar mot det omhändertagande och bemötande som beskrivs i boken handlar ofta om det upplevt repressiva. Om upplevelsen av bristande respekt. Om en känsla av att bli bemött som ett problem, en belastning för samhället.

Det är hemskt att de skall behöva känna så. Att NÅGON skall behöva känna så.

Men det finns saker som jag vet, som aldrig kommer gå att beskriva i ett PM, eller i en riktlinje från Socialstyrelsen.

Det vet jag, det vet ni, det vet eventuellt Åkerman och Eriksson också.

Att balansen mellan empati och sympati, mellan korrekthet och arrogans, mellan professionalism och överengagemang inte alltid är enkel.

Att det ibland kan vara svårt att respektera en människa som inte själv respekterar livet och sig själv.

Min reaktion på boken och mina försök att få till en recension fullkomligt svettas det som är i det närmaste patognomont för det boken beskriver.

Ena sekunden vill jag räta på mig och uppmana mina medmänniskor att läsa boken, att ta till sig denna skrift och iaktta ödmjukhet inför det svårförståeliga.

I nästa sekund vill jag fräsa: "Men tjejer! Förstår ni vad NI utsätter andra människor för med ert agerande? Förstår ni sorgen och oron hos anhöriga, vänner, ja även vårdpersonal?"

Och så skäms jag. Lutar huvudet tungt i händerna och tänker att så kan jag ju inte säga. Det är NI som är patienterna. Vi som skall hjälpa.

Och så läser jag tyst igen och försöker ta till mig budskapen, förstå hur ett sådant hjälpande skulle kunna gå till.

Jag tänker stilla för mig själv att placera självskadetjejeerna på rättspsyk är som att LVM-vårda missbrukare.

Man tvångsvårdar någon för att få dem att sluta göra något som de själv vill sluta göra men inte kan. Inte sällan blir de tvångsvårdade sura och säger att det är ju inte beteendet som är problemet. Nähä.

Och titta, nu blir jag grinig igen. Frustrerad. Men sluta själva då! Vad VILL ni att vi skall göra?

Och såhär håller det på.

Åkerman och Eriksson. Jag vill er inget illa. Jag vill ingen människa illa. Inte desto mindre hade jag kunnat vara en av dem som vårdade er. En av dem ni nu är så missnöjda med, som ni inte tycker visade er och era medpatienter respekt.

Det hade kunnat vara jag, det hade kunnat vara kirurgen på akuten eller kassörskan på ICA, det hade kunnat vara er egen mamma. Det hade kunnat vara ni. Förstår ni?

Hanna Edberg
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Ekonomiskt stöd för implementeringsarbete

I november 2011 fastställdes Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Enligt det vetenskapliga underlaget beror minst 20 % av sjukdomsbördan i Sverige på ohälsosamma levnadsvanor, och socialt utsatta har oftare ohälsosamma levnadsvanor. Det finns effektiva metoder som hälso- och sjukvården kan använda för att stödja patienterna, hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av t.ex. typ 2-diabetes.

Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet har kommit överens om ett samarbetsprojekt kring implementering av de nya riktlinjerna. Projektet fortgår till och med 2014.

Arbetet kommer huvudsakligen att bedrivas via SLS sektioner. De sektioner som deltar får ekonomiskt stöd. Sektionerna anpassar verksamheten till sina behov. En gedigen utbildning kring medicinsk evidens om levnadsvanor, riktlinjerna och hur man arbetar sjukdomsförebyggande kommer att erbjudas ett antal läkare från de deltagande sektionerna.

SPF bedömer att en anpassad implementering av riktlinjerna är en angelägen fråga för psykiatin. SPF har därför föreslagit Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri, Psykiatriska Riksföreningen och Svenska Rättspsykiatriska föreningen samverka för att lägga upp en gemensam handlingsplan och strategi för implementeringsarbetet.

Dr Jill Taube har accepterat att vara adjungerad medlem av SPF:s styrelse med särskilt uppdrag att driva projektet för SPF:s räkning.

Dan Gothefors
SPF:s styrelse





Svensk psykiatrforskning från norr till söder – som jag ser den 2012

I pressen (vad det nu är) dyker upp diverse tyckanden om psykiatriutvecklingen – och de som yttrar sig är ibland de som vet föga om verkligheten. Jag vågar här ge min personliga aktuella syn på kontakter och akademiskt samarbete, från norr till söder: Främst vill jag visa att man genom åren haft massor med kontakter sinsemellan – inga allvarliga motsättningar på akademisk nivå, utan man har oftast goda kontakter såväl inom Sverige som internationellt. Men jag vill inte framstå som naiv.

Umeå

Att för vårt lärobokskapitel om prevention av psykisk ohälsa och drogproblem, få samarbeta med kosmopoliten Lars Jacobsson för läroboken 2009 var en upplevelse – tänk hur lätt det kan gå att samarbeta med en del trots olika bakgrund. Första gången vi träffades var i Rom 1984 då vi under en kongress tillsammans med 7000 andra var på audiens hos påven Johannes XXIII.

Rolf Adolfsson har flyttat tillbaka sin kliniska verksamhet från Sunderbyn till Umeå, och han har nyligen kontaktat mig i ett administrativt ärende. Varken Gunnar Kullgren eller Jayanti Chotai känner jag ännu närmare.

Uppsala

Jag gick kurs i psykofarmakologi i Uppsala (1980?) med Björn-Erik Roos som kursledare. Att jag sedan 60-talets början har haft många givande kontakter med Lars Gunne är ingen hemlighet, såväl i tjänsten som privat. Som med. kand. fick jag spruta råttor inför Lars avhandlingsarbete. Jag blev senare inbjuden till sammankomst i Jakob Adolf Häggsällskapet. Lars forskade om denne tonsättare tillsammans med musikhistorikern Lennart Hedwall. Jag fick också vara fakultetsopponent då adepten Leif Grönbladh disputerade på sin avhandling om metadonunderhållsbehandling - pirrande men det hela avlöpte lyckligt.

Lars och Anne-Liis von Knorring - vi har ingått i samma referensgrupp om rationell utredning och behandling av ADHD, har besökt varandra i resp. hem och har träffats på olika kongresser.

Lisa Ekselius var opponent på Huddinge sjukhus då en barnmorska disputerade på ett psykiatriskt ämne. Jag ingick i betygsnämnden. Lisa gjorde oss alla förvånade med sin första fråga, då hon undrade vad de tre symbolerna för Karolinska Institutet betydde – (tuppen, ormen och lagern?).

Örebro

Örebro håller på att bli universitetsstad på riktigt. Barn- och ungdomspsykiatri har gjort sig känd genom Ingemar Engström, stor etikexpert inom Svenska Läkaresällskapet. Forskningssamarbete med Uppsala, nära samverkan med psykologi.

Stockholm

Nyligen har Clara Gumpert, disputerad barn- och ungdomspsykiater med intressen inom kriminalitet, tidigare Dekanus för forskarutbildning vid KI, utsetts till chef för landstingets FoUU-verksamhet efter Johan Franck som blivit professor i psykiatri, särskilt klinisk beroendeforskning. Under en resa i Iran 2004 fick Hans Ågren, Solvig Ekblad och jag åtfölja Clara i Teheran – härligt kamratskap. "Wenn jemand eine Reise tut, hat immer etwas zu erzählen".

Professurer finns inom olika delar av Karolinska Universitetssjukhuset, Marie Åsberg fortsätter att arbeta som emerita. Lars Farde har en överbryggande roll mellan universitetens spetsverksamhet och industrins utvecklingsverksamhet.

Bo Runeson har det viktiga yttersta ansvaret för utbildning och undervisning inom Stockholmspsykiatri. Mikael Landén fortsätter med sina Stockholmsuppdrag trots att han fått återvända och fått professur i Göteborg. Jerker Hetta står för strikt akademisk profil och har under det senaste året varit opponent flera gånger, förutom hans välskötta uppgifter som SBU-expert. Nils Lindefors har en viktig roll på landstingssidan, men leder också det viktiga innovationsprogrammet om Internet-psykiatri vilket avkastat flera fina avhandlingar. Ångestforskningen på KS är framgångsrik. Christer Allgulander har stort internationellt kontaktnät, och hans lärobok har sålts i stor upplaga. Claes Hollstedt värnar om juridikens roll inom psykiatrisk verksamhet.

Efter några år av tumult och närmast intellektuellt vacuum (då kortsiktiga administrativa uppgifter prioriterats) har samarbetet mellan Karolinska Institutet och landstinget förbättrats avsevärt genom samplanering och ny organisation.

Att föra samman akademiska aktörer med brett folkhälsoperspektiv har inte varit enkelt. Neurologiprofessorn Jan Hillert är nu allmänt aktad som prefekt för institutionen för klinisk neurovetenskap med stora framgångar.

Linköping

Sedan Gert Wretmark, Jan Wålinder och Conny Nordin försvunnit från arenan räknade man en tid med att Markus Heilig äntligen skulle inplacera sig i Sverige. Men den planeringen gick tydligen i stöpet, trots att han formellt fått förord till professuren – exakt vad som hänt vet jag inte. Om hindret låg hos Markus själv eller i Linköpingsfakulteten vet jag ärligt sagt inte.

Göteborg

Jag har sedan många år haft härlig kontakt med professor Jörgen Engel, och vi har också publicerat tillsammans om ålderns inverkan på hur alkohol påverkar dopaminsystemet (Acta Pharm Toxicol 1985; 57: 336-39). En forskningslinje som borde tas upp igen, då alkoholbruk hos ungdomar är ett olöst problem. Under några år fick jag vara referent för Acta Psych Scand då Jan-Otto Ottosson var huvudredaktör – täta och mycket givande kontakter. Hans Ågren har en ärorik historia som NIH-forskare, tidigare ordförande i Psykiatriska Föreningen och i Scandinavian Society of Psychopharmacology. Alltid lika kunnig, klok och välvillig. Att Mikael Landén återvänt till Göteborg kan åter främja samarbetet med USA och Stockholm – roligt. Henrik Anckarsäter visar gång på gång sitt intresse för samarbete. Det nära samarbetet med farmakologer har en lång historia.

Lund – Malmö

Behovet av samlad planering är uppenbart. Traditionellt akademiskt liv med centrum i Lund har sina företrädare, de som ser till Örestadsregionen med Malmö Högskola med blickar riktade mot Köpenhamn har sina företrädare, och de som ser till vårdplanering för alla som yttersta mål, kan göra att man skenbart drar åt olika håll.

Sammantaget

Vi har alla att vinna på att lyssna på varandra och att först inventera de olikartade behoven innan man agerar. Befolkningens behov och akademiska traditioner kan gå hand i hand. Sverige är litet – allt kanske inte måste göras överallt, utan vi kan låna av varandra och köpa tjänster av varandra – kommunicera kan man göra på många olika sätt.

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet



WMTW

What Makes Therapy Work?

*En internationell psykoterapikonferens anordnas
i Lund 23-25 maj 2012*

Tema: Vad är verksamt i KBT och andra evidensbaserade psykoterapier?

Följande internationellt erkända forskare och kliniker är inbjudna föreläsare:
**Gerhard Andersson, Arnoud Arntz, Ruth Baer, David A Clark, JoAnne Dahl, Seth Gillihan,
Emily Holmes, Thomas Lynch, John Markowitz, Edward Watkins och Lars-Göran Öst**

Flera workshops med fokus på klinisk tillämpning kommer att arrangeras i anslutning till konferensen.

Varmt välkommen till Lund för intressanta föreläsningar, workshops och trevligt umgänge med kollegor!

För mer information om programmet och anmälan gå till www.forumlundense.com

Arrangör:

Forum Lundense

Ideell förening för främjandet av vetenskaplig forskning och klinisk tillämpning inom
KBT och andra evidensbaserade psykoterapier

Livsstil är...

Livsstil för mig är att få vara frisk pensionist, göra VAD jag vill OM jag vill När jag vill utan tidsstyrning. Äta när jag är hungrig, sova när jag är trött, vakna när jag inte orkar sova längre. Lever så här idag och ÄLSKAR mitt liv så mycket att det gör ont. Att få vara älskad och få mycket KÄRLEK v/s ge densamma tillbaka...

Anonym på Facebook

Foto: Shutterstock/Olga Vasilkova



Musicerande som livsstil



Foto: Shutterstock/Tracy Whiteside

Livsstilar har blivit intressanta bland annat därför att de har kunnat knytas till såväl insjuknande som upprätthållande av hälsa, väl dokumenterat för ett flertal somatiska sjukdomar, mindre väl vad gäller psykiatriska. De flesta aspekter gäller kosthåll, fysisk aktivitet. Bilden av livsstil är mindre klar när det gäller mental aktivitet utom möjligen när det gäller stress, vars skadlighet i större och mer ihållande dosering alla är överens om.

Man har under senare år intresserat sig för konstarnas koppling till hälsa. Såväl musik som bildskapande, dans och drama ingår i den psykoterapeutiska behandlingsarsenalen när det gäller psykiska symtom och problem och har sålunda en roll när det gäller återställandet av hälsa. När det gäller kopplingen till upprätthållande av hälsa är musiken kanske den bäst undersökta av dessa konstarter.

Det kan finnas många uppfattningar om vilka kombinationer av handlingsmönster och dessas omfattning som ska krävas för att man ska kunna tala om en livsstil, i meningen "sätt

att leva". Låt oss undersöka om "musik som livsstil" kan ha relevans. Sålunda, kan musiklyssnande/utövande i någon form sägas konstituera en hälsosam livsstil?

Alf Gabrielsson, professor emeritus i musikpsykologi, har tillsammans med sina medarbetare i boken "Starka musikupplevelser" redovisat en stor undersökning av närmare 900 informanter och analyserat dessas beskrivningar av sina mest intensiva musikupplevelser. Det råder ingen tvekan om att många av dessa upplevelser har haft genomgripande, ibland livsavgörande, psykologisk betydelse. Även om intensiva lyssningsupplevelser och regelbunden musiklyssning kanske skulle kunna sägas vara komponenter i en livsstil är en sådan vare sig så väl definierad eller undersökt. När det gäller musikutövning däremot finns det en verksamhet som både är väl undersökt och som med lite god vilja också kan ses som en livsstil nämligen koristens.

Körsångsrörelsen är en av de stora folkrörelserna i Sverige med runt en halv miljon utövare. Repetition vanligen varje vecka, körläger, konserter och resor ofta under decennium efter decennium. De som mest utforskat körsångens psykologiska och fysiologiska inverkan är Töres Theorell, stressforskare, körsångare och violinist. Han och hans forskningsgrupp har i "Noter om musik och hälsa" publicerat undersökningar av såväl enskilda sångare som körsångare. Enskilda sångare, amatörer eller professionella, visade sig känna sig mer avspända och energiska efter en sånglektion, men medan amatörerna efteråt gärna talade om självförverkligande var de professionella mer självkritiska. Lungfunktionen förbättras vid regelbundet sjungande liksom i viss grad koordinationen mellan andning och hjärtrytm.

På den fysiologiska sidan visade sig halten av Immunglobulin A stiga vilket hade inverkan på immunförsvaret. Det samma gällde för oxytocin, ett hormon som förknippas med avspänning, "lugn och ro" och anabol uppbyggnad. Detta hormon förknippas också med det parasympatiska nervsystemet och skapandet av tidiga mor-barnrelationen. Samma hormoneffekter och det lugn som följer kan också skapas med massage. Här tänker man sig att den fysiska beröringen är orsaken.

Att sjunga i kör skiljer sig avsevärt från att ta sånglektioner, om inte biologiskt så psykologiskt. Här handlar det om ett lagarbete. Till den biologiska aktiveringen under körsång adderar sig alltså den psykologiska effekten av samskapande i grupp. Det innebär ett utbyte av positiva känslor i självförstärkande interaktiva spiraler. Man har inte möjlighet att glädja sig åt sin stämmas eventuella välljud, men man kan bli delaktig i en mäktig gemensam klang. Man kan gemensamt skapa en musik som är mer berörande än den musik man vanligen kan skapa på egen hand. De starka gruppeffekterna av att göra gemensamma ljud tycks ha djupa mänskliga rötter och kunna bidra till upplevelser av "flow".

Om man sjunger fel under sånglektionen är det inte mer med det. Sjunger man fel i kören å andra sidan kan man äventyra helheten.

Kördirigenten vet ofta vem som sjunger fel, inte för att det alltid hörs men för att det vanligtvis syns på koristens mimik och kroppshållning. Theorell framhåller att köraktiviteten upplevs vitaliserande med en koncentration på nuet som kan motverka negativ stress.

Till detta kommer den estetiska upplevelsen som skiljer körsångaren från den enskilda amatörsångaren. Få av dessa kan få del av den musikvärld som kan vara tillgänglig för körsångare, alltifrån den klassiska svenska kammarkörslyriken till de stora verken; mässor, requier, oratorier vilka kan ge svåröverträffade musikaliskt/emotionella upplevelser. De är mäktiga att lyssna till men än mer genomgripande att vara med och framföra.

Att vara körsångare kan, med tanke på de positiva effekterna, vara en livsstil. Erfarenheten kan möjligen leda till ett visst beroende, kanske inte olikt det joggare kan uppleva, med tendens till abstinens om aktiviteten uteblir. Har detta beroende några biverkningar för övrigt? Kanske, knappast av biologisk natur, möjligen av social relationell. Det finns ett inte föraktligt antal köränkor och köränklingar i det svenska samhället. Deras roll är ofta att vara hänförd publik, en nog så viktig funktion.

Men i vissa fall kan nog den icke-sjungande partnern uppleva sig utanför körens gruppgemenskap vilket kan bidra till slitningar i en relation.

Att sjunga i kör är trots allt en livsstil som har övervägande positiva funktioner och tycks kunna bidra till en bättre hälsa i ökad upplevelse av mening i tillvaron. Om man vänder på saken: det är hälsovådligt kanske till och med farligt att inte sjunga, i kör eller för sig själv, å andra sidan är det aldrig för sent att börja (i badrummet om inte annat).

Tänk på det!

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

BARNNEUROPSYKIATRISKA SEKTIONENS UTBILDNINGSDAGAR

29–30 mars 2012, Clarion Hotel Post, Göteborg

Insatser vid autismspektrumtillstånd – var står vi idag?

PROGRAM

Torsdag 29/3 (Moderator Marie O'Neill)

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 Insatser vid autism i ett livsperspektiv.
Christopher Gillberg
- 11.15 Paus
- 11.30 "Det är inte alltid lätt att veta att man gör rätt".
Reflektioner kring insatser för personer med autism.
Eva Nordin
- 12.15 Lunch
- 13.15 Medicinering vid komorbida tillstånd. Håkan Jarbin
- 14.00 Att arbeta med Aspergers syndrom – ett hantverk.
Gunilla Gerland
- 14.45 Kaffe
- 15.15 Gunilla Gerland (forts)
- 16.00 Medlemmar som disputerat under året presenterar
sina arbeten: Kerstin Malmberg
- 16.15 Årsmöte
- 19.00 Middag Skansen Kronan

Fredag 30/3 (Moderator Ylva Liander)

- 08.30 The evidence base for interventions for young
children with autism. Patricia Howlin
- 10.00 Kaffe
- 10.30 Bemötande och förhållningssätt till barn med
autism i särskolan. Ann- Britt Norin
- 11.15 Medlemmar som disputerat under året
presenterar sina arbeten:
Lena Nylander, Maria Unenge Hallerbäck,
Tove Lugnegård, Gudrun Nygren
- 12.15 Lunch
- 13.15 Social färdighetsträning i grupp för barn och
ungdomar med högfungerande
autismspektrumtillstånd. Sven Bölte och
Nora Choque Olsson
- 14.00 Insatser till små barn med autism utifrån
tillämpad beteendeanalys. Ulrika Lång
- 14.45 Farmakologiska utmaningar. Arvid Carlsson

Avslutning och kaffe

För mer information och anmälan
besök hemsidan

www.akademikonferens.uu.se/bnps12

E-mail:

bnps12@akademikonferens.uu.se

Arrangör:

Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och
ungdomspsykiatri



En enad front?

Ingen inom de psykiatriska professionerna har väl undgått att SBU i januari lämnade in rapporten "Om psykiatrisk diagnos och behandling" till regeringen. En av översikterna i rapporten handlar om ADHD och har blåst liv i den samhällsdebatt som florerat i medierna sedan flera år tillbaka.

Jag tycker att rapporten i sig är ett bra inlägg i debatten, den belyser att detta är ett viktigt område att forska mer på, och ger oss och våra styrande ett incitament att driva kunskaperna framåt avseende reliabel diagnostik och behandling. Så har Socialstyrelsen också påbörjat ett arbete att ta fram riktlinjer om diagnostik och behandling vid ADHD – ett första steg till att kvalitetssäkra det vi gör till vardags.

Det som rapporten tyvärr också gav incitament till, är diverse omtolkningar/feltolkningar via olika personer och grupper som gärna gör sina röster hörda i sociala medier. På bloggar, kommentarsfält till webb-artiklar, Facebook och liknande webbplatser, spreds inom ett par timmar ryktet att SBU lämnat in en rapport om att "ADHD-diagnostik HELT saknar dokumentation och vetenskapligt underlag", och att "det finns INGA studier på hur CS påverkar barns hjärnor i långtidsbehandling" (ergo: sluta droga dem, hemska barnpsykiatrer!). KMR-oppositionen och gelikar ser till att göra sina röster ordentligt hörda i dagens debatter och det var väl väntat att de skulle använda SBU-rapporten för egna syften. Men när jag dessutom stötte på liknande åsikter från läkarkollegor (från andra specialiteter) blev jag skakad.

Dessa kollegor raljerade dessutom med uttalanden i stil med "att friskriva människor från ansvar för sina handlingar med några påhittade bokstäver är inte vetenskap" och "psykiatri får anses vara en kvasivetenskap/.../som står och stampar på 1800-tals-nivå". Va??? Var tog den kollegiala respekten vägen? Och hur illa är det inte, om till och med kollegor kritiserar våra specialiteter öppet och oemotsagt?

Det är synd att de enda som verkar våga bemöta denna kritik på internet är personer med egna diagnoser, eller anhöriga. Någon röst från psykiatriska kollegiet hörs nästan aldrig. Varför? Är vi så splittrade som kår att vi inte kan visa enad front? Varför är det så tyst? Hur kan vi stå enade som profession - och bemöta oppositionen?

Maarit Wirkkala
Specialist i Barn- och Ungdomspsykiatri
Hudiksvall



Hur lär man ut suicidpreventivt tänkande

Daniel Frydman

Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Foto: Shutterstock/Oleg Golovnev

Begreppet nollvision gällande självmord är inte oomtvistat. Det har en klang av krav och plikt som ger många som arbetar i vården känslan av att man aldrig gör tillräckligt, eftersom det finns personer som tar sina liv. Varje gång någon dör är det en förlust. Självmordsdöden är än mer en förlust eftersom den aktiva handlingen ibland kan hindras, något som leder till en känsla av skuld hos dem som blev kvar. Det gäller såväl efterlevande anhöriga och vänner, som personal inom vård som varit inblandade.

Självmorden minskar kontinuerligt

Självmordstalet i Sverige har halverats sedan 1980. Det är väldigt uppmuntrande, mycket är gjort och mycket går att göra. För att öka de professionellas förmåga att se och förebygga, och förhindra det som går att förhindra, pågår olika satsningar på utbildning. I samorganisering mellan Stockholms Läns Landsting, Stockholms Stad och NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa) gjordes under åren 2009-2011 en interventionsstudie riktad till personal inom psykiatri, socialtjänst och primärvård inom ett begränsat område i Stockholm med ca 300 000 invånare. Jag har fungerat som projektledare för studien och har föreläst för en stor mängd personer som arbetar med patienter/klienter. Det har varit ett mycket spännande arbete!

Inför utbildningen har gjorts omfattande enkäter kring personals attityder och kompetens när det gäller olika aspekter kring självmord. All personal som tagit del av utbildningen kommer också ha fått besvara en likadan enkät när tid gått för att se om utbildningen ger något långsiktigt värde. Delar av personal har redan följts upp och om resultaten från den gruppen också visas hos övriga utbildningsdeltagare är det hoppfullt, tilltron till den egna förmågan att bedöma en risk har höjts. Att höja personalens generella kompetens är viktigt, sedan tidigare är det känt att enstaka utbildningstillfällen inte ger så god effekt på sikt så det är hoppfullt att den uppföljning efter ett år som nu gjorts antyder att det skett en förändring som består.

Minska misstro och kunskapsbrister

Det som gjort denna utbildning så spännande har varit att den föregåtts av noggrann inventering av behoven hos personal från alla yrkesområden som utbildningen riktat sig till. Denna inventering har tydligt visat att det inom alla arbetsområden finns en kunskapsbrist och dessutom en stor osäkerhet kring vad man kan och får göra när man möter en person som ter sig suicidal.

Det har i dessa inventeringar också visat sig att **alla** verksamheter har upplevt en misstro mot angränsande verksamheter. Misstron har varit likformigt utbredd, psykiatrisk personal tror inte socialtjänst eller primärvård skyndar till med hjälp eller samverkan om behov föreligger. Samma uppfattning har socialtjänstens och primärvårdens personal. Problemet med samverkan mellan angränsande områden är ju stort och känt. Den utredning om psykiatri som gjordes efter mordet på Anna Lindh pekade ju också på just att samverkansbrister kan leda till allvarliga konsekvenser.

Utbildningen, som omfattat en heldag, har täckt in stora delar av det suicidologiska fältet och särskilt betonat vissa aspekter. En av dem är att missbruk och psykisk sjukdom är en särskilt farlig kombination som inte alltid upptäcks, vare sig i vården eller hos socialtjänsten. Fördelen med att ha presenterat detta material för alla är stor, just misstron mot andra yrkesföreträdares förmåga att förstå vad man pratar om minskar då man vet att "de andra" har fått samma information och rimligen vet samma saker. Förutsättningen för ett bättre samarbete kring svåra frågor borde sannolikt öka.

Brist på professionell samverkan är en iatrogen riskfaktor

Attityderna kring självmord och självmordsförebyggande arbete är väldigt växlande. Jag har mött uppfattningen att suicidprevention tillfullo är ett psykiatriskt arbete, en ståndpunkt som ter sig obegriplig eftersom många som begår självmord inte haft kontakt med psykiatri kring tiden för självmordet. Det psykiatriska arbetet kan ju bara bedrivas med de patienter som finns inom psykiatri, oavsett om patienterna uttalar självmordsavsikt eller ej, men tankar om självmord är långt mycket vanligare än självmordsförsök och självmordsplaner. En vinst med att ha presenterat ämnet självmord för många människor är att det blir mindre konstigt eller hotfullt och att möjligheten att tala med en person som lider då ökar.

Att tala om självmord med patienten är i många fall livräddande, då många väjer från att själv ta upp sina tankar då de skäms eller skräms av dem. Att vi som personal kan avlasta en ångestbörda och göra livet möjligare att bära, genom att möjliggöra samtal kring dessa tankar är viktigt att ha kvar i medvetandet. Just denna vetskap är navet i förmågan att arbeta självmordspreventivt.

Det har i utbildningen betonats att denna förmåga att fråga och tala om ämnet är en förutsättning för fortsatt hjälp, oavsett i vilken form hjälpen sen ges. Samtalet kan i sig vara det som krävs för att en person ska återfå livsviljan, även om det inte alltid är så.

De underliggande sjukdomar och tillstånd som lett till de suicidala processerna måste med nödvändighet behandlas, vilket också poängterats i utbildningen.

Många bär på den felaktiga föreställningen att det kan vara farligt att ställa frågor om tankar på liv och död, att det kan utlösa suicidala processer. Även inom psykiatri dyker denna föreställning upp, trots att all personal formellt känner till att det inte är så, och att det på många arbetsplatser finns explicita dokumentationskrav kring frågor om suicidalitet. Ett intryck, när man pratar med just psykiatripersonalen är att bedömningen riskerar att bli alltför formell, just för att man är "tvungen" att ställa vissa frågor. I samband med utbildningen har också denna sorts frågor diskuterats och ställts mot behovet av en strukturerad suicidriskbedömning i dess olika omfattningar.

De flesta kliniker och landsting arbetar med frågan om hur man ytterligare kan förbättra det självmordsförebyggande arbetet. Det som gör detta projekt speciellt är att det så tydligt riktar sig till fler aktörer än psykiatri. Samverkan kring suicidpreventionsfrågor måste, som betonats, förbättras väldigt mycket. I de fall det faktiskt fungerar smidigt är det oftast på grund av personliga kontakter, snarare än på grund av formella överenskommelser mellan verksamheter. Mot bakgrund av detta har projektgruppen funderat hur kommande utbildningar borde se ut, i vilken mån man ska utbilda i tvärgrupper eller om det bästa sättet att få samverkan till stånd är att omvandla utbildningen till sammanhang där informella kontakter bättre knyts.

En resa genom den svenska psykiatrins historia

Del 6: Chefsöverläkare på St Görans psykiatriska klinik 1989-1992

Efter fyra år på Beckomberga var det dags för nästa utmaning, den största hittills!

Med hjärtat i halsgropen gick jag till min nya tjänst som chefsöverläkare på St Görans psykiatriska klinik, där långt ifrån alla såg chefsbytet med blida ögon. Men – för att citera min Mamma – ”det är bara att stå ut”, och eftersom jag alltid gillat utmaningar blev det inte alltför svårt.

Chefsöverläkare förresten – när jag läser i Sektorsbladet, informationsskriften vi gav ut till Kungsholmssektorns medarbetare, så är jag ibland sektorschef, ibland basenhetschef! Vad det nu än var jag skulle tjänstgöra som, så hade överläkartjänsten på Beckomberga förberett mig för mer administrativa uppgifter men mycket var nytt. Det blev många sammanträden, mycket personalpolitik och ekonomiska överväganden. God hjälp hade jag av den ledarutbildning jag deltog i tillsammans med 24 andra klinikchefer. Som det står i Jerker Hanssons och min reserapport: ”Inom ramen för Stockholms läns landstings managementprogram för ledande läkare deltog vi under tiden 12 – 16 december 1990 i en arbetsresa till Birmingham och London. Engelsk sjukvård med tonvikt på organisation, förändringsarbete och `management` var vårt studieobjekt.”

Min kliniska vardag dominerades förstås av administrativt arbete, men vissa patientkontakter uppehöll jag, dels med ett fåtal äldre patienter men framför allt med ätstörda kvinnor. Föreläst för kandidaterna hade jag gjort sedan början av 70-talet, först om psykogena psykoser, senare geropsykiatri och Anorexia Nervosa men nu begränsade jag mig till ätstörnings-problematiken. Under alla år hade jag spelat in patienter på video och visat under föreläsningarna, nu tog jag för första gången in en patient, som själv fick berätta för kandidaterna om sina besvär och som kunde besvara deras frågor. Både patient och kandidater var nöjda med arrangemanget.

Händelser på S:t Göran

Nog var det mycket som hade hänt, hände och skulle hända på St Göran och på Kungsholmssektorn!

Den första Litiummottagningen i Sverige startades på S:t Göran av Ulla Petterson, som 1974 disputerade på en doktorsavhandling om litiumbehandling vid mani. När sektoriseringen genomfördes stängdes den, men byggdes upp igen i slutet av 80-talet.

Genetisk forskning om porfyriskjukdomar bedrevs vid kliniken i samarbete med medicin- och barnkliniken, och det fanns även en porfyrimottagning på kliniken sedan mitten av -70-talet. Forskningen flyttades sedermera till Huddinge.

Den statliga psykoterapiutbildningen i Stockholm förlades till kliniken 1978.

Basbiblioteket på kliniken invigdes 1982 av USA:s presidentfru Rosalyn Carter, som föreläste om ”Mental Health Policy and Methods of Providing Services to the Mentally Ill Citizens in Our Society”.

Mitt eget geropsykiatriska utredningsprojekt 1979 – 1982 och efterföljande avhandling 1983.

I slutet av 1984 installerades den första magnetkameran, som starkt förbättrat diagnostiken. Den ersattes med en ny, moderniserad kamera 1991.

Köp-sälssystemet prövades på avd. 65 och i januari 1992 började Stockholmsmodellen införas successivt.

Ljusbehandling vid depression infördes.

Forskning och undervisning

Forskning och undervisning leddes som vanligt av professor Wetterberg och verksamheten var - också som vanligt - intensiv. Gästforskare från olika delar av världen arbetade periodvis på kliniken och betydde mycket för bl.a. de internationella kontakterna.

St Göransföreläsningarna som startade 1974 inleddes av Clarence Blomquist med ”Det oetiska i att inte forska”. Den mest välbesökta föreläsningen hölls 1977 av Arthur Janov, upphovsmannen till ”Primalskriket”. För yngre kollegor är det nog svårt att förstå vilka diskussioner denna teori gav upphov till och hur stor uppmärksamheten var kring hans besök! Och ja – jag har tagit honom i hand! Den hundrade föreläsningen hölls den 26 september 1990 av Lennart Wetterberg själv, ämne ”Schizofreni – något om forskningen inför 90-talet” . (Se f.ö. Psykiatri S:t Göran 50 år 1961-2011. Lennart Wetterberg Karolinska institutet).

Förutom forskningen prioriteras kandidatundervisningen högt. Tre studieresor utomlands har arrangerats; 1978 till UCLA, USA, 1987 till Portugal och 1990 till Grekland. De har rapporterats i bokform och Lennart Wetterberg belönades med KI:s pedagogiska pris 1991.

Alexander Mathé och Carina Stenfors fick 1989 1:a priset vid Psykiatriska världskongressen för sin forskning om neuropeptiderna i hjärnan.

Ny tvångslagstiftning

Vid årsskiftet 1990-91 tillkom den tredje tvångslagstiftningen under min tid som psykiater.

LSPV, Lagen om slutna psykiatrisk vård i vissa fall, som varit i bruk sedan 1966, ersattes av LPT, Lagen om psykiatrisk tvångsvård. LRV, Lagen om rättspsykiatrisk vård och LVU, Lagen om vård av unga tillkom också. De tillkom för att stärka rättssäkerheten och minska antalet tvångsomhändertaganden. Förhandlingarna skulle skötas av Länsrätten och sakkunnig läkare skulle alltid närvara, liksom en lagman som ordförande, tre politiskt tillsatta nämndemän, en handläggare, patientens överläkare och patientens ombud. För att se hur det hela fungerade "i verkligheten" och kunna vidarebefordra detta till kandidater och medarbetare, anmälde jag mig som sakkunnig. Ett uppdrag som jag kom att behålla i 18 år! Jag upplevde förändringen mycket positivt, patienten fick alltid göra sin röst hörd, fick höra sin läkares skäl för utskrivning, alternativt fortsatt tvångsvård liksom den sakkunniges åsikt. Under en paus i förhandlingarna överlade rätten, därefter inkallades patient, ombud och läkarna och patienten fick höra länsrättens beslut, behövde inte vänta på ett skriftligt besked. Tidigare kunde en patient vara försöksutskrivnen under lång tid, nu fick ingen patient tvångsvårdas mer än fyra veckor, sedan måste förhandling hållas. Andra förbättrande åtgärder vid vårdintygsskrivande tillkom också.



Från vänster på bilden sjukvårdsstyrelsens ordförande Berit Larsson, Karin Enzell, Yngvar Ramström, Gunnar Skoglund och Björn Sjöberg.

Ny psyk.akut

Ett för kliniken mycket viktigt evenemang gick av stapeln i november 1989. Då togs första spadtaget till den nya psykiatriska akutmottagningen. Den gamla akutmottagningen var totalt nedsliten och behovet av nya lokaler var stort.

Förutom lokaler för psykakuten skulle där även bli plats för en slutenvårds- och en öppenvårdsmottagning för metadonpatienter. Första spadtaget togs gemensamt av sjukvårdsstyrelsens ordförande Björn Sjöberg, fastighets-nämndens ordförande Gunnar Skoglund och akutmottagningens avdelningsföreståndare Yngvar Ramström.

Redan två år senare stod huset klart för inflyttning. Sjukvårdsdirektör Berit Larsson planterade ett äppelträd som symbol för fruktbärande arbete i framtiden!

S:t Görans psykiatriska klinik fyller 30!

1991 var det också dags att fira klinikens 30-årsjubileum. Det skedde med föreläsningar av överläkare Ulla Pettersson "På spaning efter den tid som flytt" och professor Lennart Wetterberg "Psykiatri inför år 2000". Dagen avslutades med festkväll på Operaterassen med bl.a. underhållning av Rinkeby sambaskola! Videoteknikern Ebba Nordin hade spelat in en video "Jag slog vad om en tårta" där f.d. och nuvarande medarbetare kom till tals. Lennart Wetterberg hade under många år arbetat hårt för att få nya lokaler till stånd. Vid sitt tillträde som professor slog han vad om att nya lokaler skulle vara på plats inom 10 år, ett vad som han nu erkänner sig ha förlorat!

Professor Wetterberg gav också ut en jubileumsskrift "Psykiatriska kliniken S:t Görans sjukhus. 30 år". Han ger där en resumé över klinikens utveckling, undervisningens och forskningens framsteg. Där finns förtecknade de 32 avhandlingar som dittills utgått från kliniken, liksom de 104 S:t Göransföreläsningar som hållits!

Beroendevården blir egen klinik

Beroendevården hade sedan tidigare en öppenvårdsmottagning för sektorns patienter, Västra mottagningen, belägen på S:t Eriks sjukhusområde, och i juli 1991 blev beroendevården en fristående klinik – Psykiatriska beroendekliniken – medan allmänpsykiatri blev Kungsholmens allmänpsykiatriska sektorsklinik.

Ätstörningsvården

1991 års idéstipendier gick bl.a. till psykolog Nils Gustafsson m.fl., S:t Göran, för studier av vuxen anorexi och bulimi, resa till USA, 25 000 kronor.

Bulimi blev en egen diagnos först 1979.

Vad hände för övrigt med ätstörningsvården? Ganska mycket faktiskt.

Mestertonska stiftelsen sov sin törnrosasömn, men Bo Könberg, sjukvårdslandstingsrådet som varit intresserad av vårt förslag om en öppenvårdsmottagning, alternativt ett behandlingshem, avgick ur Landstinget men avancerade till Socialdepartementet, där Bengt Westerberg var minister. 1992 kallade denne till en hearing om anorexi/bulimi. Folkhälsoinstitutet fick därefter sitt första uppdrag angående ätstörningar - att undersöka hur många som led av dessa sjukdomar, vilken hjälp fanns att få och om man kunde förebygga dem. Uppdraget redovisades i skriften "Ett liv av vikt".

Detta blev upptakten till en explosionsartad utveckling av ätstörningsvården, men den redogör jag för i nästa avsnitt!

Familjeliv

Händelserika fyra år! Den äldste sonen Per gifter sig i Rödöns kyrka utanför Östersund, men de nygifta bosätter sig i Stockholm. Mellansonen Magnus får ett Sverige-Amerikastipendium och försvinner på ett år till Berkeley, San Francisco. Jul och nyår 1990 firar vi i Florida. Dit kommer Magnus från västkusten och från Stockholm dottern Anne-Marie, som håller på att avsluta sin sjukgymnastutbildning. Eftersom fästmannen bor i Frankrike, gör hon senare ett kompletterande år där. På sommaren 1992 hälsar maken och jag på henne i Paris.

Kain Enzell

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

**Stockholm
karin.enzell@hotmail.com**

Litteratur bl.a.:

Psykiatriska kliniken S:t Görans sjukhus 30 år. Lennart Wetterberg. 1991

Norra Stockholms psykiatri, Psykiatri S:t Göran 50 år, Karolinska institutet 2011

Ett liv av vikt. Folkhälsoinstitutet 1992

För bakgrund till bidraget till höger hänvisas till följande artiklar:

Psykiatrin och människans själ. Jan Pilotti, SP 1/2010 s. 66
Själ och odödlighet. Tord Bergmark, SP 2/2010 s. 63

Hjärnmaterialismen har inte förklarat själen. Jan Pilotti, SP 1/2011 s. 37

Själ och medvetande – en replik. Tord Bergmark, SP 2/2011 s. 27

Finns fri vilja? Tord Bergmark, SP 3/2011 s. 91

**Tove Gunnarsson
Redaktör SP**

Hur TV-dualismen i Plattlandet övervanns

I Plattlandet frodades länge allsköns vidskepligheter. Många menade att de program de kunde se i sina TV-apparater hade sin orsak i något osynligt utanför TV-apparaten. Förmodligen trodde de så för att det inte stod ut med att de själva inte är mer än materiella apparater och att inget finns kvar när apparaten faller sönder.

Men dessbättre utvecklades vetenskapen även i Plattlandet. Plattforskarna har nu med nya exakta mätmetoder kunnat exakt beskriva ett entydigt samband mellan elektriska strömmar och spänningar i hela TV-apparaten och de bilder som ses på skärmen!

Och som Platt-Searle sammanfattar;

"Den filosofiska lösningen på det traditionella apparat-programproblemet är att poängtera att alla synliga programtillstånd utgör högre nivåer eller systemfunktioner i apparaten, vilka samtidigt orsakas av mikroprocesser på lägre nivåer i apparaten. På systemnivå finns program, innehåll, avsiktlighet, och mening. På mikronivå har vi elektroniska komponenter, elektriska kopplingar och strömmar och spänningar"¹.

Pga. dessa vetenskapens landvinningar har nu den gamla tron på en Programkommitté och att den gick att kontakta via ombud på PlattTV-stationerna kunnat förvisas till privat utövande av tro att man på någon magisk ovetenskaplig väg kan påverka programmen utan att gå in och påverka komponenter, strömmar och spänningar i apparaten.

Rationella Plattländare som kunnat lämna en dylik dualistisk vidskepelse förstår nu att direkt vända sig till TV-tekniker när de ogillar och vill få ändring på de program de ser i sina TV-apparater.

Ur upphittade anteckningar av Plattlandfarare tolkat av

Jan Pilotti

Fil kand. (matematik, teoretisk fysik)

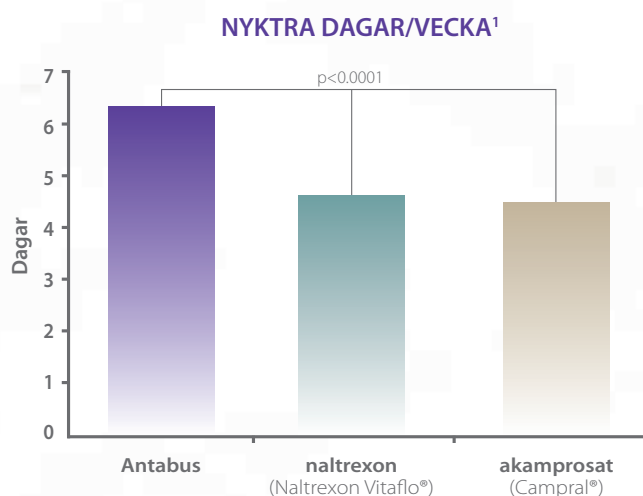
Överläkare BUP, Universitetssjukhuset i Örebro

1. Detta citat från Platt-Searle påminner, förmodligen av en slump i någons hjärna, om ett citat från John R. Searle Freedom & Neurobiology. Reflexions on Free Will, Language and Political Power. Columbia press 2007 60-61-78. Citerat från Bergmark T Finns fri vilja? Tidskrift för Svensk Psykiatri nr 3 2011 sid 92.



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

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosot 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 psykosor, 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

Kerstin, dansen och ångesten

Jag trodde att jag läst en hel del av författaren Kerstin Thorvalls digra produktion. Följt henne ifrån mina tonårsben med böcker som: *Vart ska du gå? Ut!* Flera ungdomsböcker om Gunnar (troligtvis sonen Gunnar) och en modebok med hennes egna teckningar i, som jag tyvärr inte kan hitta längre. Det är inte bara av godo att rensa. Samlandet har sina poänger!

Doften av pion

Ett vältummat exemplar av diktboken *Doften av pion* som jag faktiskt hittar i min bokhylla var en annan favorit. Den är utgiven 1980 och jag var själv ung och stod på randen till ett vuxenliv. Hennes författarskap växer också upp (min kommentar) och jag följde med och berikades. Trilogin om föräldrarna (började med *När man skjuter arbetare* 1993) kunde jag ta någon slags spjörn emot. I mitt eget tillbakablickande i terapi och den egna uppgörelsen med min barlast. Intresset för psykologi /psykoterapi och litteratur hade jag och så blev det också psykiatri jag fastnade för när specialisering skulle väljas.

Stopp!

Det låter inte riktigt klokt, märker jag! Pretentiöst! Alldeles för tillrättalagt och uttänkt. Som om livet, mitt eller vems liv som helst kan beskrivas som en arbetsdag eller en verksamhetsberättelse. Som om egen terapi och egen nödvändig uppgörelse vore en långsemester i Indien. Nu gör vi det här och ritsch-ratsch-fili-bom-bom-bom så är det klart. Nästa steg i livet, varsågod.

Så var det ju inte. Inte så enkelt eller kanske inte ens så nära Kerstin Thorvalls texter som jag förtäat det till. Men hon har funnits där. Jag har läst. *Doften av pion* hade samlaren i mig räddat och olycklig kärlek ligger kvar som tummärken i boken. Min bakgrund och hennes är milsvida utifrån betraktat, men svek och övergivenhet känns lika och ger ett igenkännande, även i en annan utstyrsel. Nu har hennes författarskap dykt upp i mitt liv igen.

Boklistan är lång

Men först; jag har bara läst en bråkdel. På Wikipedia räknar jag till 69 utgivna böcker av henne. De flesta har jag inte läst. Kerstin Thorvall var en stor författare och en person som satt avtryck i vår moderna historia. Hon var också minst sagt kontroversiell. Både som författare, kvinna och mamma.

April 2010

Går Kerstin Thorvall bort och min blick faller på de böcker jag har hemma i hyllan av henne. En förvånar. *Nödvändigheten i att dansa*. Utgiven 2001. Mitt namn står i den, så jag borde ha köpt den. Läst? Vet inte, men jag tänker att det är något som passar bra och slukar den på några timmar. I mitt arbetsliv pratar jag mig varm för vikten av fysisk aktivitet och särskilt för psykiatriska diagnoser. I mitt privatliv har en ny förälskelse funnits i några år - dansen. Jag blir glad när jag läser baksidestexten till Kerstins bok:

”Under ett långt liv med återkommande perioder av panikångest och utdragna depressioner och samtidigt rädd för både alkohol och receptbelagda dopingpreparat, har jag hittat mina egna droger. De heter ilska, trots, gråt, karlar, arbete och dans. Den mest pålitliga och den som aldrig svikit mig är dansen. Vid en tid då jag led av svår andnöd och pratade tre gånger i veckan med en psykolog hittade jag jazzbaletten. Redan i omklädningsrummet kände jag hur andningen blev normal. Jag gjorde slut med psykologen och började på jazz tre gånger i veckan istället. Sedan dess har jag ensam rest världen runt och överlevt genom att dansa. Att vara inne i rytmen, uppslukad av den i trettiofem minuter av oavbruten dans. Och sen är man i Lyckan.

Nödvändigheten i att dansa är en kavalkad av dansupplevelser i Latinamerika, Paris, Afrika, Västindien, Sverige... En riktig lyckobok, det är vad det är. ”

En ordination på fysisk aktivitet?

Sedan dess har jag läst texten högt många gånger, när jag föreläst om fysisk aktivitet och psykisk hälsa. Vilken form och rubrik min föreläsning än har, så passar de här raderna fint. Inte bara för att hon så på kornet beskriver en tillvaro med psykiatrisk diagnos och de svårigheter som finns. Ett livslångt perspektiv. En skepsis mot farmakologisk behandling. Ett stöd med psykologiska metoder, men ingen bot.

Utan allra mest för att det hon beskriver skulle kunna vara en ordination på fysisk aktivitet. När det är som bäst! Men hur då?

Jo, så här:

Dansen är *rörelseglädje* (rent av nödvändig ur hennes synvinkel) och blir därför av. *Regelbundet*; tre gånger i veckan. Det krävs ju att man tillför ”den aktiva substansen”, vad den än manne vara. SSRI, kognitiva samtal eller depotinjektion av neuroleptika i de rätta intervallen. Fysisk aktivitets effekt är ju så spridd att det är svårt att säga något generellt, men många ordinationsråd landar där.

Tre till fyra gånger i veckan. Dosen finns också där. Trettiofem minuter. Jag vet inte alls varför Kerstin Thorvall är så exakt. Kanske var jazzklassen precis så lång. Det jag vågar mig till att extrapolera är *intensitet*, den är minst måttlig i en dansaktivitet. Visserligen berättar hon att andningen blir normal, men det tolkar jag som att ångesten lägger sig.

Duration får vi inte heller veta så mycket om genom att bara läsa baksidan. Behandlingen måste ju, precis som med annan behandling, pågå under tillräckligt lång period för att ge resultat. Så de delar som bör finnas i en ordination på fysisk aktivitet är nästan alla på plats.

Väl inne i boken får man förstås veta mycket mer. Om både Kerstin Thorvalls liv och om dans. Och om den tid hon levde i. Inte länge sedan alls, bara bortom knuten. Har något ändrats? I synen på kvinnan, familjen och sexualiteten? Skickar med frågorna till dig som vill läsa hela boken. Mycket nöje!

Om Kerstin som mamma

Jag ville veta ännu mer och blev på kuppen lite "besatt" av att läsa både hennes egna verk, men också om henne. Ett knappt år efter hennes bortgång kom sonen Hans Falk ut med en bok. Titeln är kort och gott: *Uppväxt*. Om en mamma som inte hade fokus på sina barn och gång på gång rymde ifrån familjen. Som fick raseriutbrott och hotade med självmord. Där det inte var lätt att vara ett barn. Sonen Gunnars syn på sin mamma fick utrymme i en artikel. Högaktuellt för dagen när Felicia Feldt, dotter till Anna Wahlgren skapat stor debatt i genren "Jag avslöjar mina föräldrar". Dock utan att någonstans nämna mammans namn.

Att Kerstin Thorvall hade ett tufft liv med psykisk ohälsa som livskamrat var väl uppenbart. Att hon också i sitt barns öga (eller sina barns ögon) fallerade som mamma blev också en sanning. Jag är ingen alls att döma detta eller falla in i debatten om det etiska att lämna ut nu levande personer i självbiografier. Jag förhåller mig neutral och kan väl tänka att det går att förstå. Men inte alltid att förlåta. Ibland räcker inte heller terapirummet som scen för uppgörelsen och det måste kavlas till en publik kaka.

I slutet av livet

Efter hennes död kom också boken *Dagarna med Kerstin* av Åsa Mattsson och Caroline Roosmark ut.

Jag läste och fick en till pusselbit av Kerstins liv. När det närmade sig slutet. Den åldrande narcissisten som blir övergiven kan man tänka. Boken som är ett resultat av ett tvåårigt intervjuande redan 2004 med tillhörande foton blev i mina ögon ett mycket fint porträtt.

Jag känner hennes krånglighet osa mellan sidorna och beundrar intervjuarens/författarens tålmod. Självt hade jag, psykiatrisk kompetens till trots, gett upp och börjat prata om terapivikt. Nu handlade det ju inte om behandling, men ett försök till samtal som skulle kläs i det skrivna ordet.

Jag är glad över att försöket lyckades. Jag väljer att citera baksidestexten även här:

"Det här är en intervjubok med en oanständig och påfrestande kvinna som försökte vara författare som en hel karl. Som inte skrev som man borde utan som det var. Många får fortfarande en flackande blick när hennes namn kommer på tal. Andra älskar henne, banbryterskan som satte den medelålders kvinnans sexliv på kartan, skandalförfattaren som gav manliga litteraturkritiker frossbrytningar och unga tjejer självförtroende. En hämningslös murbräcka som varit avgörande för den våg av självutlämnande verklighetsnära skrivande i såväl romaner som bloggar, som släppts lösa efter att hon själv fått ta första och hårdaste smällarna på sjuttioalets barrikader. Det handlar om Kerstin Thorvall, vem annars? Hon skavde på sin tilldelade lagoma livsyta. Hon var inte nöjd, hon ville mer, hon var hungrig, opassande, träffsäker, hopplös, för mycket. Tänk om någon ändå hade orkat intervju Kerstin Thorvall, på riktigt, suttit ner i årtal med denna åldrade legend med alla divalaterna intakta, inklusive humorn och ångestattackerna, och bett henne tala om sitt liv och sitt författarskap. Innan hon nu dog. Tänk om det faktiskt är så att någon orkade göra det. Och att det finns bilder av henne som hon älskade själv, tagna av en av hennes bästa vänner. Den boken kommer nu. Dagarna med Kerstin är ett unikt samarbete mellan journalisten och författaren Åsa Mattsson, fotografen Caroline Roosmark och Kerstin Thorvall själv."

Jag säger tack till Kerstins minne för de ord som jag citerar så ofta, som lockade mig till att läsa mer och att skriva om det.

Jill Taube

Psykiater, projektledare FaR i SLL
CeFAM, Stockholm

Böckerna som inspirerade mest

Nödvändigheten i att dansa. Kerstin Thorvall. Bonnier pocket 2002

Dagarna med Kerstin. Åsa Mattsson & Caroline Roosmark (foto). Norstedts 2011

Övriga nämnda böcker av Kerstin Thorvall

Vart ska du gå? Ut! (1969)

Flera böcker om Gunnar, ex " När Gunnar ville spela ishockey" (1967).

Doften av pion (1980).

När man skjuter arbetare... (1993)

I skuggan av oron (1995)

Från Signe till Alberte (1998)

Berättelsen om Signe (1999)

Nämns görs också

Uppväxt. Hans Falck. Hjalmarson & Högberg Bokförlag. 2011.

De små stegens tyranni

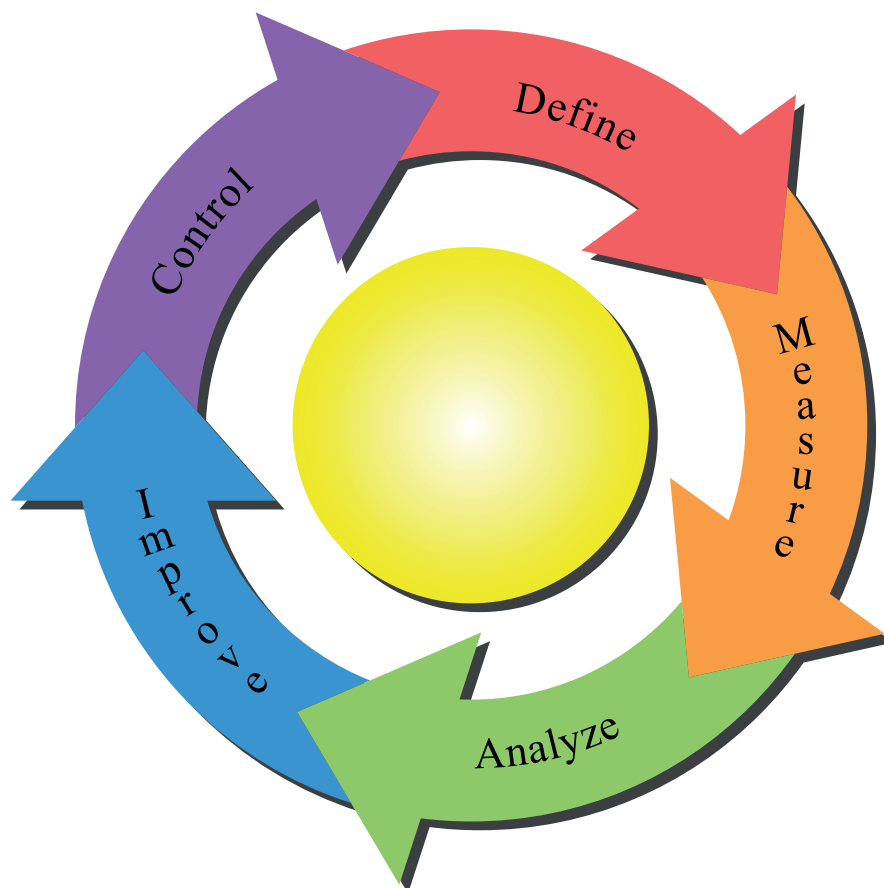


Foto: Shutterstock/Joan Kerrigan

Tyvärr använder många sin intelligens i dagens sjukvård åt att inte göra fel. En kultur har skapats, i all välmening förstås, där man skall identifiera misstag, där handlingsplaner och riktlinjer skall sörja för att inget missas eller något fel begås. På ett kortsiktigt plan finns inget att invända. Det är ju alltid bra när man vill bli bättre. Inget ont i det. Jag är den förste att ge en rungande applåd. Små, små oskyldiga steg mot den bästa av världar. Motivationen är det inget fel på, och alla vill väl. Hela tiden. Förutom givetvis när man primärt drar ner resurser och mörkar det hela som en reform, men det är inte den typen av managementretorik jag här menar. Den är så dum så den behöver inte min hjälp att slå krokben på sig själv. Det är inte heller min uppgift att kritisera välfärdsstatens ¹ nedmontering. "Who am I to blow against the wind"², som Paul Simon sjunger med sin härligt pojkaktiga röst.

Man bör istället formulera några mer övergripande frågor kring den aktuella utvecklingen. Den utvecklingen som sker i små välvilliga steg, som t.ex. nedanstående axplock från dagens sjukvård vittnar om.

"Det måste vi ha en handlingsplan på. Det måste vi ha en fungerande rutin kring. Vi måste ha kontroll på allt - även det osannolika. Vi måste dokumentera tydligare och mer precist. Så här kan vi inte ha det, alla måste göra lika. Vi måste kunna erbjuda samma vård överallt, alla behandlare skall vara lika duktiga (läs: lika dåliga)."

Vips, så gör man inget annat. Man gör det rätta - hela tiden och i alla lägen. Dessutom dokumenterar man hela konkarongen så att man i efterhand kan se att man gjort rätt från början till slut. Och om inte så kan man identifiera felet som begåtts. Det är utmattande att bara läsa det, hur ängsligt kan det bli? Mångas erfarenhet är att om man skall göra rätt hela tiden och dessutom dokumentera det hela så hinner man inget annat, man hinner inte göra sitt jobb. Man hinner helt enkelt inte jobba. De av mina kollegor som gör ett gediget arbete försöker i minsta möjliga mån följa alla förnumstiga riktlinjer. Ja, ni läste rätt - i minsta möjliga mån. Skall här inte nämna dem vid namn.

Det vore dumt av mig. Jag gör givetvis rätt efter bästa förmåga, jag är ju namngiven.

The non-thinking generation

Det allra värsta med all denna detaljstyrning är dock, och detta är allvarligt, att tänkandet är utlagt på entreprenad. Man låter någon annan tänka i ens ställe. Någon har redan tänkt igenom hur du skall handha ett ärende, det är klappat och klart. Du behöver inte tänka själv. Detta skapar en sjukvård fylld med dumbommar. The non-thinking generation³. Sorgligt värre.

Särskilt med tanke på mängden begåvade kliniker som egentligen bara vill göra ett gott arbete - men som paradoxalt får svårare och svårare att göra det för varje ny förbättring.

Historien har tidigare visat att man genom små, välvilliga steg kan hamna helt åt helskotta. Man kan gå vilse i sin vilja till ständig förbättring och utveckling. Som varnande exempel kan man bara påminna sig att fruktansvärda politiska system utvecklats genom små välvilliga steg. Politiska diktaturer har många gånger skapats genom att oändligt många små steg av välvilja till slut fört en nation till en helt annan plats än vad som var tanken. I efterhand vittnar många om att de små stegen var bra i sig, men som en helhet blev det hela monstruöst och omänskligt⁴. Detta bör stämma en till eftertanke. Övriga uppenbara olikheter till trots.

Idrotten, t.ex. fotbollen, har identifierat ett annat sätt att utveckla en verksamhet på. Att utifrån en tillit till de enskilda utövarnas skicklighet låta dem utvecklas genom att inom en struktur få lov att göra misstag, att lita till sin förmåga, att låta mångfalden bli berikande. Att ge dem trygghet och stöd - att genom minimalt med detaljstyrning låta dem själva utveckla spelet. Tycker jag känner igen det, ja, just det, det var ju så det var förut i sjukvården. Då det fanns en grundmurad tillit till de professionella, man litade på att varje enskild yrkesutövare var skicklig och kunde avgöra saker själv utifrån eget omdöme.

Man kan lite elakt beskriva mycket av dagens sjukvård som en krampaktig fotbollsmatch där man framför allt inte får göra något misstag, absolut inte släppa in något mål, alltid spela på säkerhet, aldrig förlora bollen på defensiv planhalva⁵. I en sådan match blir inga mål gjorda framåt, ingen utveckling sker. I ett sådant klimat lyfts den ordentliga, förutsägbara medelmåttan fram som exemplarisk. Som inte gör fel, men heller inte så mycket konstruktivt, man kan hur som helst vara alldeles säker på att ett arbete av riktigt god kvalitet ej utförs. Tjänstemannen oroar sig inte över det. Tjänstemannen älskar den förutsägbara medelmåttan. Svensson rules!

New public management

Mycket av det som nu händer inom sjukvården kan förstås utifrån the "new public management"⁶, en management-filosofi som fått stort genomslag. I denna tankestruktur finns en stor tilltro till kontroll. Om man skaffar sig kontroll över vad som sker i varje ögonblick i en verksamhet så kan man identifiera vad som går fel, var processen stannar upp. Ett exempel är LEAN-spel som blivit mkt populära inom sjukvården, de är ett sinnrikt och konkret sätt att åskådliggöra och identifiera ledtider, logistiska svårigheter som uppstår i stora organisationer. En stor tilltro till att se på det lilla för att lösa större problem kan här spåras.

Det är avlagringar av denna påverkan som gör att även servicesektorn och de senaste två årtionden även den offentliga sektorn invaderats av olika kvalitetssäkringar, kvalitet skall här många gånger förstås såsom pseudokvantiteter.⁷ I denna process utrangeras aktiviteter som inte med säkerhet bidrar till mättningsbar god vård. Denna utveckling har pågått särskilt intensivt det sista decenniet. Denna ideologi har blivit den förhärskande, den har sipprat in i handlingsplaner, riktlinjer och promemorior och är nu en del av den självklara retoriken.

Bristande tillit och ökad övervakning

Tilliten är en skör företeelse, liksom förtroendet. En tillit och ett förtroende förstörs så lätt. Det måste finnas en villkorlöshet. Tilliten dör när den skall kontrolleras. "Jag litar på dig, men..., vi har ett förtroende för dig, men..." Tilliten har börjat gå förlorad i dagens sjukvård. Förtroendet för de professionella är på upphällningen. Tjänstemannen kräver en total redovisning av den professionelle. Tänk er samma scenario i andra sammanhang. Tänk er älskaren som kräver försäkringar av sin älskade. Han litar givetvis på henne, att han är den ende, men... Han kräver av henne att ständigt rapportera var hon är och vad hon gör - för säkerhets skull. Någoting går förlorat. Känslan förstörs - detta vet vi av erfarenhet - när den blir kontrollerad. "Allt är lugnt, vi kontrollerar dig egentligen inte, du verkar ju älska din älskade (du verkar ju göra ett gott dagsverke), men vi finns till hands den dagen det inte är så, när du inte längre älskar lika starkt (när du inte längre är så engagerad i ditt arbete), då träder vi in. Innan dess, litar vi på dig helt och fullt."

Denna förändring verkar följa sin egen logik, alla vill ha ryggen fri. Ingen vill riskera att i efterhand stå ansvarig för något de skulle kunna ha haft kännedom eller kontroll över på förhand. Märk väl - på förhand.⁸ Att när något gått fel försvara sig med att man litade på sina underlydande fungerar inte i dagens hysteriska organisations- och media-klimat, det som driver fram kontrollen är att inte bli påkommen. En ögontjänarmoral uppmuntras således. När något uppdagats som brustit eller varit oegentligt så är alltid den slentrianmässiga reaktionen, eller vi kanske skall säga retoriken, att se över sin verksamhet, att införa mer ändamålsenliga rutiner (läs: mer kontroll).

Man hör inte längre någon säga att de trodde läkaren kunde sitt jobb, den som idag skulle säga något sådant skulle avslöja sig som naiv. Alla vill lura varandra, ingen går att lita på. Det enda vi kan lita på är rutiner, statistik och utvärderingar. Rent "objektiva" mått, eller pseudokvantiteter för att tala med Liedman. Total övervakning har plötsligt blivit idealt. Dock en övervakning som givetvis bara vill vara till hjälp, ett stöd, i all välbefinnande, hängslan och livrem, för att bistå om något går fel, ingen fara alls. Jojomensan. En total misstro kan man också kalla det.

En gammal sanning, en del sanningar stämmer trots att de är gamla, är att utveckling kräver tillit. Om man inte släpper på kontrollen, förs den inte över på t.ex. barnet självt. Barnet behöver inte ta över ansvaret självt. Kontrollen finns kvar i det yttre. Detta motverkar en inre utveckling. Så är det också i dagens sjukvård. Eftersom man behandlar personalen som potentiellt olydiga barn så skapas delvis denna verklighet. Att växa med uppgiften är ett gammalt uttryck som är nästan helt frånvarande idag. Vilket är förödande för professionerna. Man förflyttar tyngdpunkten från den professionelles lojalitet med sitt yrke och dess etik till tjänstemannens specificerade krav-lista.

Slutord

Vi har - det skall erkännas - gjort en medvetet mycket pessimistisk läsning av tidens tecken. Andra läsningar är möjliga. Och kanske mer sannolika. Så illa som jag målar upp det hela kan det ju inte vara. Min idé har dock varit att med hjälp av en konsekvent pessimistisk tolkning utvinna mer klarhet kring var vi befinner oss. Någon annan får göra en mer optimistisk läsning. Den läsningen är på ett sätt självklar, och därför inte lika angelägen. Givetvis är det inte så enkelt som jag målar upp det. Att vi fått en ny ordning beror ju på att det fanns stora brister med den gamla ordningen. En massa svinn i organisationen, ingen överblick, folk som missbrukade sin makt, självständiga professioner som gjorde vad som föll dem in, en mängd ineffektiva vanor som ingen ifrågasatte, och så vidare. Den nya ordningen har ju också varit mycket effektiv, det skall sägas. Jag tror heller inte att tjänstemännen på ett perverst sätt går igång på kontroll, det är ett medel och inte ett mål i sig. I min framställning har jag dock tillåtit mig att vara ensidig – ibland säkert också enfaldig. Det får tjänstemannen avgöra enligt något på förhand skrivet tolkningsschemata.

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Alingsås

De små stegens tyranni är ett uttryck myntat av politikern Bengt Westerberg för att understryka allvaret i hans kritik mot socialdemokraternas förslag om löntagarfonder. Här används uttrycket i en utvidgad betydelse.

Fotnot:

1. Med välfärdsstaten skall man förstå åtgärder riktade mot hela befolkningen, där åtgärder avseende hälsa, boende och arbetsförhållanden införs för att värna hela befolkningens intressen. Denna tanke har varit stark i Sverige sedan 30-talet. Särskilt efter kriget fanns det ett relativt stort ekonomiskt utrymme för politiska reformer avseende att utöka den allmänna välfärden då vi efter kriget stod relativt välrustade ekonomiskt och industriellt. Resonemanget hämtat från Arvidsson, H., Berntsson, L., & Dencik, L. "Modernisering och välfärd" (1994). 2. Textrad ur låten "I Know What I Know" från albumet "Graceland" (1986). 3. Formuleringen alluderar på den svenska antirökningsskampanjen (1979) som fick stor spridning med sin utopi formulerad på engelska - a non-smoking generation.

4. Idag finns många nyanserade skildringar från de forna öststaterna tillgängliga.

5. Egil "Drillo" Olsen (1942-), tränare för norska landslaget i fotboll mellan 1990-1998, lanserade denna typ av fotboll. Trots att han förde Norge till två VM-slutspel ansåg många att han förstörde fotbollens själ genom en fotboll där mittfältet ej användes. När man inte försvarade sig sparkades alla bollar direkt upp till en ensam anfallare. Inte sällan en vansinnigt löpande Tore André Flo.

6. New public management är en sammanfattande beteckning på denna utveckling som skett de två senaste decennierna inom den offentliga sektorn. Den utmärks av ett antal styr- och lednings-metoder hämtade från den privata sektorn för att öka effektiviteten, såsom bland annat målstyrning, ansvarsutkrävande, interndeberingssystem och upphandling. Själva företeelsen kommer ursprungligen från industrin, i 20-talets USA utvecklades detaljerade metoder för att kontrollera varuproduktion, och då inte enbart kontroll av slutprodukten utan varje moment i produktionen granskades, man försökte identifiera brister i varje enskilt led för att därmed öka den totala effektiviteten. Metoden fick stort genomslag först efter andra världskriget och då framför allt i Japan, metoden kom på så sätt att färgas av den japanska kulturen med krav på en ständig förbättring och utveckling. När sedan Japan rönt stor ekonomisk framgång spred sig detta sätt att se på produktion till den övriga världen i form av begrepp som lean production och just in time, på senare år också Toyota-modellen. Ovanstående resonemang hämtat från Juran J.M., "The evolution, trends, and future directions of managing for quality" (1995).

7. Professor emeritus Sven-Eric Liedman (1939-) myntar detta begrepp i hans mycket läsvärda debattbok "Hets: en bok om skolan" från 2011.

8. I Tyskland lanserades sommaren 2011 en reklamkampanj med den minnesvärda sloganen. "Morgondagens problem kräver en lösning redan idag." Min översättning.

9. Liedman använder sig, i sin debattbok "Hets: en bok om skolan" (2011), av Benthams modell för övervakning för att tydliggöra vissa tendenser inom skolans utveckling. Filosofen Jeremy Bentham (1748-1832) hade en vision om en arkitektur där man kan ha total bevakning över alla delar av en byggnad från en plats, i hans vision det ultimata fängelset (panoptikon). Detta är nu också sjukvårdens vision om än med andra medel, t.ex. dokumentation. En mycket paranoid vision minsann. Skolan och sjukvården har som offentliga institutioner haft delvis samma utveckling, dock med lite olika betoningar.

Livspussel



Så här mitt under oxveckorna tänker jag en del på konstverket Livspusslet, ett stort pussel över livet i skala 1:1, där det hur man än vred och vände på det blev en bit för mycket. Vi känner väl igen oss, då vi har gått in i dagisfasen i livscykeln.

Inskolningen på dagis smolkades av att vi inte fick till det basala - mat och sömn. Dottern var överallt utom på sin madrass under vilostunden och sprang runt med en gaffel under lunchen. Någon barnkollega utbrast: "man får inte springa när man äter!" varpå dagispersonalen lakoniskt konstaterade: "Hon är ny här", vilket faktiskt kändes som en liten tröst, som om allt trots allt var i sin ordning.

Sedan sitter min fru och jag med filofaxerna för att planera in hämtningar och lämningar på dagis. Första lämningarna är hjärtskärande, då dottern inte förstår att vi någonsin kommer att hämta henne. Två dagar efter den verkliga dagisstarten blir vi sedan inringda då vårt barn har fått feber. Veckan därpå hinner hon med två ytterligare feberepisoder. Den mikrobiella nyexponeringen som kommer med att börja på dagis påminner om den som utplånade de stora indiankulturerna i Syd- och Latinamerika. Förkortningen VAB (Vård Av (sjukt) Barn) gör entré i våra liv.

Det behövs inga barn i ekvationen för att det ska bli svårt att få dygnets timmar att räcka till. Jag har mött flera människor som försökt tänja sig ned i spagat för att lyckas perfekt i sitt arbete, och en del människor tar sig sedan inte upp igen, åtminstone inte utan hjälp. En kvinna jag träffade under min placering som AT-läkare på vårdcentral jobbade mer än 60 timmar i veckan och var helt dimmig i blicken. När jag berättade för henne att jag uppfattade det som att hennes symtom skulle kunna bero på utmattning brast hon i gråt. Jag undrade för mig själv om problemet var det att jag inte hittade någon enkelt botbar kroppslig åkomma hos henne eller att hon skämdes för att ha gått in i den så kallade väggen. Nej, hon grät för att hon helt enkelt inte hade tid att vara utmattad.

Med barn i bilden får dock livspusslet flera bitar. En av mina bästa vänner frågade mig veckorna innan vi väntade barn vad jag tycker om att göra. Jag fann frågan märklig eftersom min vän känner mig väl. När jag svarade att jag gillar att gå på bio blev följdrepliken: "Då är mitt råd att du går mycket på bio nu (innan det är för sent)". Vi har givit bort en del av kliniken julklappsbiocheckar, men någon enstaka föreställning har vi faktiskt sett, också i vårt nya liv som familj (tack vare våra föräldrar, som ryckt in som barnvakt). Jag tror dock inte att jag någonsin tidigare på samma sätt kämpat med att få till basen i Maslows behovspyramid.

Vår dotter tycks inte bekymra sig över vår stress. Varandes i ett enda stort nu behöver hon inga mindfulness-övningar. På dagis observerar hon vad kompisarna gör och lär sig exponentiellt. Igår upptäckte jag till min glädje att hon nu klarar lantgårdspusslet vi har hemma. Genom att vrida på bitarna lyckas hon få dem på plats, ibland ackompanjerade av ett "mjau" eller ett "mu", beroende på om det är kossan eller katten, eller vilket djur det nu kan vara, som är på väg ned i sitt hål i pusslet. Det finns helt enkelt sämre saker att ägna sig åt i livet, än just det att lägga pussel.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Vilken formulering av quetiapin väljer du?

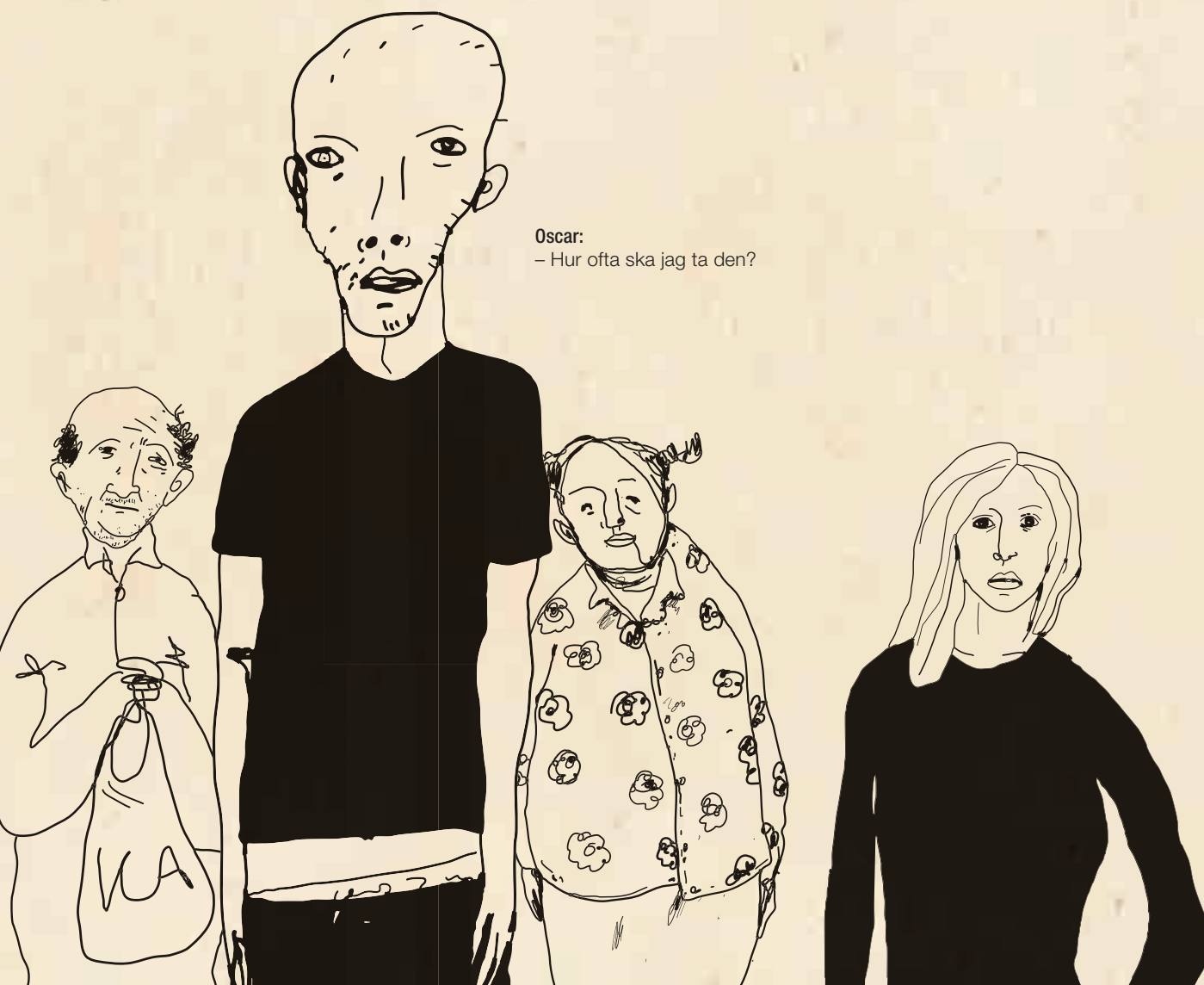
En enkel behandling är viktig vid behandling av schizofreni. Ofta är patienter drabbade av nedsatt kognitiv funktion eller saknar sjukdomsinsikt vilket gör följsamhet till en stor utmaning. Bland annat är antalet doseringstillfällen och eventuella biverkningar viktiga faktorer för patienters följsamhet och bästa resultat.^{1, 2}

Hur skiljer sig Seroquel Depot (quetiapin XR) från quetiapin IR?

- Seroquel Depot ges en gång om dagen och kan titreras till måldos 600 mg på två dagar^{*3}
- Seroquel Depot ger en jämnare plasmakoncentration och mindre sedation⁴.

Seroquel Depot är en extended-release beredning av quetiapin med möjlighet att förenkla patienters medicinering och därigenom förbättra förutsättningarna för följsamhet.⁵

** Quetiapin IR doseras 2 gånger per dag. Dosen 300 mg nås först dag 4 vid behandling av schizofreni.*



Referenser: 1) Hofer A, Fleischhacker WW; Compliance with treatment and its relevance for management of schizophrenia. *Hot Topics Neurol Psychiatr* 2011;4 (11):7-13. 2) Hardeman SM et al, Forging the path to adherence in schizophrenia. *Hot Topics Neurol Psychiatr* 2011;4 (11):15-20. 3) www.fass.se 4) Datto et al, *Clinical Therapeutics/Volume 31, Number 3*, 2009. 5) Kahn et al, *J Clin Psychiatry* 68:6, June 2007

Seroquel® Depot (quetiapin), Rx, F, depottablett 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Tilläggsbehandling av depressiva episoder hos patienter med egentlig depression (MDD) som erhållit ett suboptimalt svar på antidepressiv monoterapi. Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Underhållsbehandling för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid tilläggsbehandling för egentlig depression sågs antidepressiv effekt vid 150 och 300 mg/dag (insättning på fyra dagar, 50 mg dag 1 och 2 samt 150 mg dag 3 och 4). Vid bipolär depression 300 mg/dag (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg/dag (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). Seroquel Depot har ej indikation för behandling av barn och ungdomar under 18 år. För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se. SPC 2011-05-31.



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

Stil

Hej kära vänner och kollegor, samt okynnesläsande anhöriga till ovan nämnda!

I egenskap av modereradaktör på tidskriften Svensk Psykiatri tänkte jag prata lite med er om *stil*.

Förresten. Posten som modereradaktör har aldrig tidigare funnits på redaktionen och kommer att upphöra automatiskt efter detta nummer.

Nu kör vi.

Kapitel 1. Att ha **en** stil.

I begynnelsen skapade Gud människan. Om man nu väljer att tro på den versionen. Då fanns det inte så mycket chiffong, båthalsringningar och Swarovskikrystaller att dekorera sig med, utan man fick helt sonika nöja sig med födelsedagskostymen. Men låt nu säga att Adam eller Eva frös en aning, så de fällde något vilt där i Lustgården och ordnade sig en bit päls. När, när kom den första stilen? När gjorde Eva om sin pälsbit till klänning och Adam sin till höftskynke, och skapade kvinno- och mansstil? Och varför? Man skulle ju tendera att tro att det ursprungliga syftet var funktionellt, snarare än visuellt.

Mycket har hänt sedan dess. På gott och ont.

För bara ungefär ett år sedan var det rysligt hett att gå iklädd en OnePiece. Alltså en... en sparkdräkt för vuxna. En helkroppspyjamas. Som vardagsplagg. Var det kyligt kunde man ta en jeansjacka över pyjamasen. Inga konstigheter. Jovisst ser ni. Funktionellt? Visuellt? HUR GICK DET TILL?

Vi SIGNALERAR saker med vår stil. Specialsydda, regnbågsfärgade, tvärstrecksrandiga budskap. Vi grupperar oss. Gör oss igenkännliga för andra av samma slag.

När jag går på arbetsintervju vill jag se pålitlig, kompetent och kreativ ut. När jag går på date vill jag vara ursnygg men se obrydd ut, som om jag bara slängt på mig något som råkade hänga nära till hands.

När jag är på jobbet vill jag helst inte se ut alls, jag vill vara en röst och en hjärna och ett hjärta och för övrigt ett neutrum. Samma människa, tre olika tillfällen, tre olika stilar. Tre olika syften.

Alltså. Är en stil i själva verket att vara som någon annan?

Och då infinner sig genast nästa fråga. Kan man INTE ha en stil? Finns det någon person som inte är som någon annan? Jag tänker på granngubbarna ute på landet, som kör hö och utfodrar kor och inte träffar särskilt många människor sådär i allmänhet. De har inte så stort behov av att signalera något.

Men varför har de då ALLIHOP blåställ, rutig skjorta och keps? Va? Varför inte kanariegul t-shirt?

"Nä vettu de' e' de' ju bara såna därna böööggar som har".

Kan man drabbas av en stil enbart i strävan att undvika någon annan?

En slags stilateism.

Stilar kan definieras, beskrivas. Det ligger i sakens natur att de skall kunna återskapas. Ett koncept. En stil. Att vara. Som. Någon. Annan.

Tillhörighet.

Kapitel 2. Att **ha** stil.

Jag gjorde som jag brukar när jag funderar över ordens betydelse. Jag frågade en vän.

"Du Amanda, säg någon som du tycker har stil!"

Hon tänkte efter, frågade: "Behöver det vara en kändis?"

"Nej, nej", svarade jag, "vem som helst."

"Aha..." funderade hon, "då tänker jag på min kollega Jonas.

Han har... ja men han klär sig snyggt, klassiskt... fina färger... han är liksom..." hon fastnade lite. Men så sken hon upp.

"Han har alltid snygga skor!!"

Att **ha stil** sitter dock inte i kläderna. Eller i skorna, för den delen. Hade den klassiskt klädda kollegan med de snygga skorna betett sig apart, skämtat på fel ställen, tuggat med öppen mun och låtit mobilen vara på under teaterföreställningen, ja då hade inga Church's i världen kunnat rädda honom.

Så vad är det, den magiska entiteten?

Fingertoppskänsla?

Förmågan att kunna smälta in men ändå märkas?

När vår förnimmelse av personen, gestalten, medför en mjuk utandning samtidigt som pupillerna vidgas knappt märkbart. Nyanser.

Skulle det kunna vara så, att *stil* är när man lyckas förena det inre och det yttre? När man alldeles oaktat tidens trend skapar ett fodral helt i ton med den egna personligheten. När det råder... harmoni, mellan utan och innan.

Kapitel 3. **Livsstil**.

Kapitel 3 består av en enda fråga. Ställ den till dig själv.

Vad väljer du?

Att ha en livsstil, eller att ha livsstil?

Hanna Edberg

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

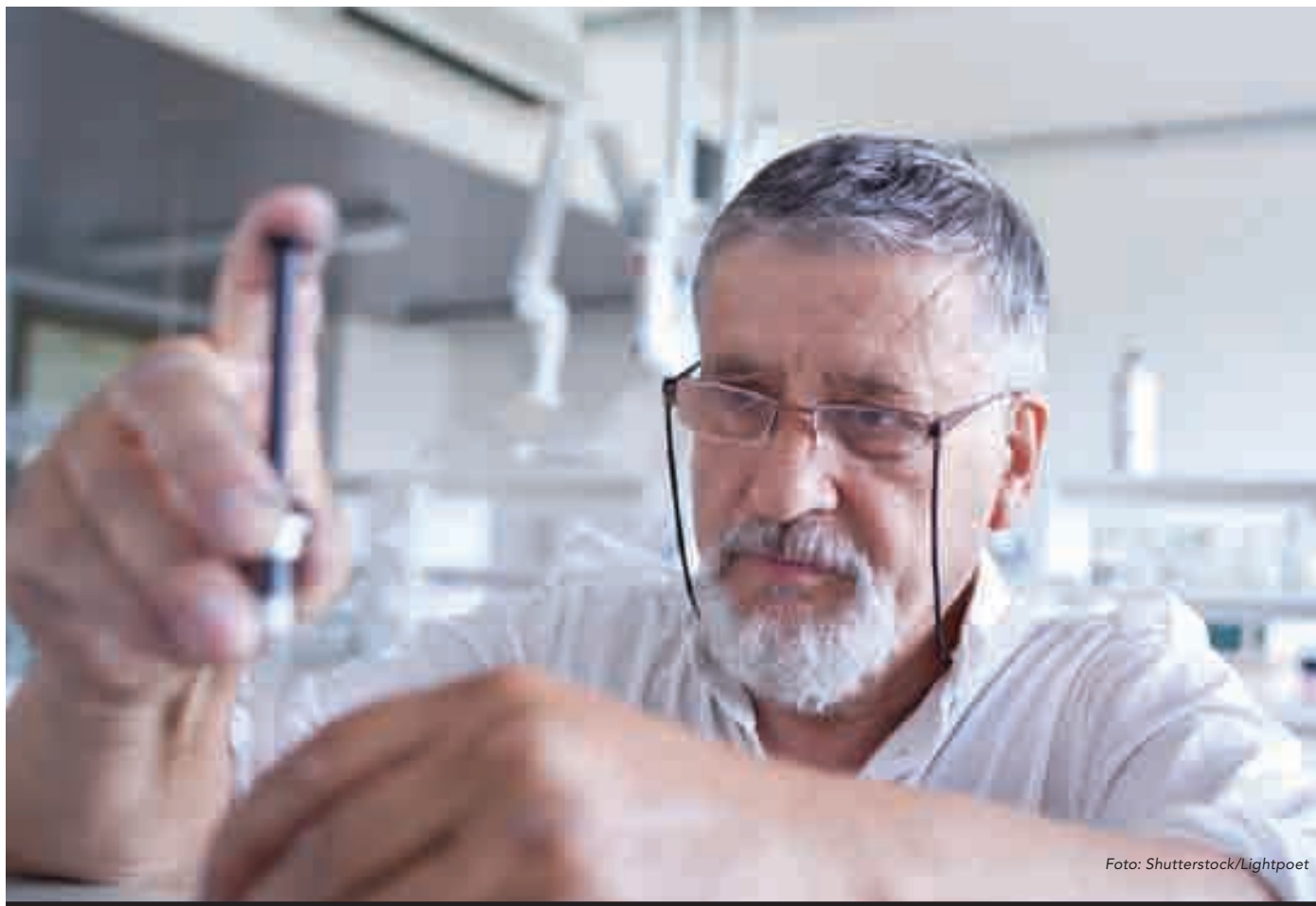


Foto: Shutterstock/Lightpoet

En besvärlig vetenskap

Anders Almingefeldt

Leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Alingsås

Psykiatri är ingen vetenskap, utan ett område som blivit tilldelat uppgiften att bota och lindra psykiska sjukdomar, eller trösta när inget annat är möjligt. Behandling av psykisk ohälsa är ett brokigt område. För att strukturera tänkandet kring människan och hennes psykiska lidande tar man hjälp av ett antal olika vetenskaper. Inom detta fält intar vetenskapen psykologi numera en framträdande plats, en besvärlig gren på det vetenskapliga trädet minsann, väl värd att tänka kring. Och varför då inte på ett naivt grundläggande sätt. Ibland är det bra att börja från början. Låt oss titta på vad området psykologi mer övergripande innehåller och vilka problem som är behäftade med att tänka kring människor.

Många tänker och känner mycket, en del lite mindre. En del vet inte vad de känner. En del tänker rakt och klart, andra lite krokigt. Detta finns det många som i sin tur tänkt kring. Den delen av vetenskapen som handlar om tankar och känslor kallas psykologi. Som om man kan göra en vetenskap om så svåra saker som känslor och tankar.

Men så är det i alla fall. Eftersom psykologin är ett så svårt område får man vara på sin vakt, en del av vad som sägs i denna vetenskaps namn är ibland mycket illa tänkt, om man tänkt över huvud taget vill säga.

Det är ibland bra att påminna sig om att psykologin är en vetenskap om något som i en mening inte finns, själen och psyket är undanglidande företeelser. Psyket går i en mening inte att lokalisera. När man sysslar med något osynligt måste man vara koncentrerad.

Psykologi är en vetenskap. Det lät tungt och bra. Vi tar den igen. Psykologi är en vetenskap. Vetenskap handlar ofta om att man tittar på något, samlar ihop vad man sett och försöker förstå. Förstå något vi inte förstått tidigare. Något nytt. Vetenskap är inte lätt. Psykologi är en viss typ av vetenskap. Psykologin försöker ta reda på hur vi människor fungerar. Psykologi betyder läran om själen. Det låter väldigt fint och viktigt. Det handlar om varför människor gör, tänker och känner som de gör.

Det är bra att veta mer om det. För vet man varför något är som det är, så kan man ändra på det om det inte är bra. Om man t.ex. vet varför någon är ledsen hela tiden så kan man göra så att den personen blir gladare. Om man vet hur människor fungerar förstås. Varför det är som det är.

Psykologi är en vetenskap, en svår vetenskap. Det är så svårt att man ibland vill förenkla det hela. Man orkar helt enkelt inte tänka längre. Hjärnan kokar. Människan är nog det mest komplicerade av allt. I alla fall för oss människor. En del andra är nog inte så intresserade av oss människor. T.ex. maneter eller ekorrar, de tänker nog inte så mycket på hur vi människor är. De har annat för sig.

Men det finns även vetenskapsmän som inte orkar tänka längre. Då säger de att allt beror på en enda sak. De tycker att det blir för svårt och vill att allt skall vara enkelt och lätt. Det låter dumt när sådana människor talar. De säger att de vet hur det är, när de bara vet en enda sak, någon pytteliten sak. Den saken tror de påverkar allt annat. Sådana vetenskapsmän behöver gå och sova och ta igen sig så de tänker bättre nästa dag.

Psykologi är en vetenskap. Ni märker att jag gillar att säga det. Säger man en sak tillräckligt många gånger så blir det en sanning. Psykologin är lite speciell eftersom man skall försöka förstå hur människor fungerar. Hur vi tänker och varför vi känner som vi gör. Människor är krångliga. Vetenskapsmannen skall på ett sätt titta på och förstå sig själv. Det är inte det enklaste. Många har misslyckats. Det man skall förstå är det samma man skall förstå med. Snurrtigt. Om t.ex. en fisk var vetenskapsman. Jag känner visserligen ingen fisk som är vetenskapsman, men vi bara tänker. Och tänk om den fisken skulle vilja studera sig själv så kanske inte han skulle förstå att han levde i vatten. Det är ju så självklart att han inte tänker på det. Han har ju inget att jämföra med. Så är det för människan också. Det vore bättre om det kom en smart utomjording och studerade oss. Han skulle kunna se oss så att säga utifrån. Så får det bli. Vi lämnar över detta svåra område till utomjordingarna. Kanske de kan fortsätta upprepa mantrat. Psykologi är en vetenskap. Jajamän. Psykologi är en vetenskap.

Psykologi är en vetenskap. Vetenskap. Man skapar med hjälp av vetandet. Man bygger något. Man gör en karta. Man bygger ett torn med vetandet så att man får överblick och ser långt. Om vetenskapen får oss att se bättre och se sådant vi inte sett förut så är det bra. Vi håller tummarna.

Det finns en olöslig motsättning inom psykologin, man försöker fixera något som försvinner i den stunden man lyckas fixera det. Psykologi är ett försök att studera det subjektiva, något inuti som tittar ut, när subjektet sedan i vetenskapens namn görs till objekt upplöser man det centrala i psyket, det subjektiva. Psykologin förlorar således sitt objekt när den blir vetenskaplig, inte minst enligt dagens mått mätt med sitt fokus på positivistiska metoder. En lyckad vetenskaplig psykologi måste förbli subjektiv i viss mening.

Detta är det få idag som slåss för.

Psykologin har blivit tilldelad väldigt spännande frågor. Det är ett som är säkert. Frågor såsom vem man är, varför man tänker och känner som man gör, varför man ibland gör det man inte önskar och tvärtom. Spännande frågor minsann. Många spännande svar har också givits, tyvärr har många trista svar istället kommit i förgrunden. Ibland har man slarvat bort de roliga svaren genom att snöa in på detaljer. Ibland har frågorna hänvisats till biologin och försvunnit in i dess karaktäristiska tystnad. Inte sällan har olika teoretiska inriktningar inom psykologin ägnat sig åt att smutskasta varandra.

Det har varit mindre lyckat. Psykologin verkar ibland vara lite ängslig. Om nu en vetenskapsgren kan vara ängslig. Tur med frågorna - otur med svaren. För att sammanfatta det hela.

Ytterligare en svårighet är att alla är experter på sin egen psykologi. Alla har givetvis en intuitiv kunskap om psykologi. Ämnet är ju intrapsykiskt, det handlar ju om människors insida, en privat insida. Alla har ju tillgång till sitt eget inre på något sätt. Andras inre har man däremot inte direkt tillgång till, bara indirekt om personen i fråga vill förmedla vad som sker inom dem. Det är demokratiskt så tillvida att alla bara har direkt tillgång till ett psyke var, empirin är rättvist fördelad. Inte som med CERNs partikelaccelerator i Genève dit bara utvalda forskare har tillträde till den dyra laboratorietrustningen (CERN omtalas av många som det mest välrenommerade laboratoriet för högenergifysik samt partikelfysik, laboratoriet finansieras av ett antal olika intressenter). Där har bara ett fåtal således tillgång till all empiri - allt faktaunderlag.

Därmed krävs det något mer av en psykolog än vad de flesta redan har tänkt hemma på sin egen kammare. Alla har sin egen idé kring psykologi, alla har en utvecklad idé kring hur människan fungerar. Om hur de själva fungerar. En del har en överraskande god kännedom om människor helt utan boklig skolning. En del med just nämnda bokliga bildning kring psykologi kan å andra sidan visa upp en frapperande okunskap vad gäller praktisk människokunskap. Kunskapen är således ojämnt fördelad trots att alla demokratiskt har tillgång till ett psyke var.

I väntan på marsianerna så får vi människor ändå göra ett försök – vår uppgift som verkar inom detta fält är att på ett klokt och försiktigt sätt tänka kring vad det innebär att vara människa och vilka svårigheter som är knutna till det. En svår men rimlig uppgift. Vår ambition måste vara att upprätthålla en lyhördhet inför svårigheten att tänka kring människor. Och att sista ordet kring människan inte är sagt. Och kommer med största sannolikhet aldrig heller sägas.

Ansök om resestipendium till Nordic Congress of Psychiatry!

**Nordic Joint Committee (NCP) utlyser två resestipendier till
30:e Nordic Congress of Psychiatry i Tromsø, Norge, 5-8 juni 2012.**

Du har möjlighet att söka om Du är ST-läkare eller nybliven specialist i psykiatri (inom 2 år från det att Du blivit färdig specialist). Du har ett forskningsintresse och Du kan presentera en poster och/eller ge en kortare presentation av Ditt forskningsarbete.

Stipendiet omfattar 2000 €, vilket skall täcka konferenskostnader och därtill hörande omkostnader.

Ansökan skall vara inne senast 2012-03-31.

Bifoga ett personligt brev med motivering till ansökan, CV och ett abstract eller kortare presentation av Ditt forskningsarbete.

För ytterligare information om kongressen, se <http://ncp2012.org>.

Ansökan mailas till: info@svenskspsykiatri.se

**Hanna Edberg
Ordförande SLUP**

Revision av SPF:s rekommendationer är klar!

Mars 2010 utarbetades första versionen av rekommendationerna avseende målbeskrivning för ST-utbildning av SPF:s utbildningsutskott; efter ett års användning var det 2011 dags att utvärdera dem.

Arbetet påbörjades med att samla in synpunkter. Frågan skickades ut till studierektorer och ställdes på kongressen 2011.

Ett glädjande stort antal synpunkter kom in varav en stor del hade att göra med kurskravet och med frågan hur man kunde balansera teoretisk vs klinisk kunskapsinhämtning.

Efter inhämtningen av synpunkterna påbörjade vi revisionen; en viktig begränsning var att det inte var möjligt att i rekommendationerna gå under målbeskrivningens krav (vilket hade framkommit som ett önskemål i en del av återkopplingarna, ffa när det gällde den somatiska randutbildningen).

De viktigaste förändringarna i den aktuella versionen är:

- vi har försökt att hitta en beskrivning av de "kärn"-kurser man verkligen behöver gå; detta visade sig inte vara så lätt. I slutänden resulterade denna diskussion i en tabell, som numera finns i början av rekommendationerna

- det hade visat sig att det på flera ställen i landet inte var möjligt att genomföra en tjänstgöring på en rättspsykiatrisk enhet för alla ST; efter diskussioner bestämde vi oss att ändra rekommendationerna för delmål 10 i den punkten

- pga. den stora gemensamma patientgruppen och att primärvården är en viktig partner i den gemensamma vården bestämde vi oss att utöka tiden man kan tjänstgöra inom allmänmedicin från max fyra till max sex av 12 månader för att uppfylla delmål 5.

Rekommendationerna bör även i fortsättningen anses vara "work in progress", så vi är fortfarande tacksamma för synpunkter. Skicka gärna in dem till administrator@svenskspsykiatri.se.

**Kerstin Lindell
Ordförande SPF:s utbildningsutskott**

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

INGÅR NU I
HÖGKOSTNADS-
SKYDDET
med begränsning*

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

återfallsprevention**

Vecka 24

Behandlingssvar†

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid†



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



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

www.valdoxan.com



Att sjunga på skarven.

Om en ung läkares sammanbrott och kamp för
att förstå sig själv

Britt-Marie Walling

"Jag sjunger på skarven... Ursprungsfolkens musik jorden runt bygger på detta. Det innebär att den svaga huvudtonen och de starka tonerna från bröstregistret alla får vara med och brytas mot varandra, att rösten får brista. Både svaghet och styrka finns med, både hjärna och hjärta."

Bokmarknaden är som bekant en turbulent bransch. Boken är utgiven på Vulkan förlag, som är "förlaget där alla kan ge ut böcker" (och inte behöver man bestämma upplagan i förväg heller). Den håller sig t.o.m. med en egen hemsida: www.wallin.mobi!

Författaren kallar sin bok för en roman, så den ska alltså antas vara en fiktion, men eftersom den självupplevda verkligheten blandas med dikt, blir det också en slags *faktion*, som är ett finare uttryck för nyckelroman, där vissa av figurerna är verkliga - även om namnen är påhittade. Boken, som har starka självbiografiska drag, handlar om föraktet för svaghet. Den börjar med skildringen av den kvinnliga läkaren Mariannes, författarens *alter ego*, psykiska sammanbrott och slutar efter ett antal år hos psykoanalytiker med tillfrisknande och försoning. Hon har haft någon form av tidig cirkulationsrubbing, som givit besvär från fötter och ben, dessutom har det funnits en kronisk inflammatorisk ryggsjukdom, som gått i skov. Marianne vill uppmärksamma läkarkollegorna på att patienterna inte bara är leder och muskler. För den skolmedicinska blicken har de psykosomatiska symptomen bara varit "psykiska pålagringar", medan för Marianne krampen och smärtan har en mening, som kroppens försök att säga SANNINGEN om en konfliktfylld existens: "Det är kroppen som ställer frågorna. Svaren visar att minnen kan tolkas och förändras, och hur vi mår för tillfället bestämmer vår historia" (ur författarens förord). Marianne fantiserar om att mäta dom fysiologiska förändringarna och sedan subtrahera ångesten från resultatet. Det går naturligtvis inte. Ångest kan inte mätas.

Skildringen av åren i läkarutbildning är intressant att läsa, liksom Marianne/läkares möten med patienterna respektive Marianne/patientens möten med läkarna och vårderna. "Jag måste sjukskriva mig, säger hon skamset till sig själv - sjukskrivning har tidigare gällt patienter, aldrig mig!"

Och beträffande Mentalvårdsbyrån - "jag har rekommenderat patienter att ringa dit. Men att jag själv..." Ännu vet hon egentligen ingenting om skräckens rötter. Det kommer senare, när rullstolen blir en tillflykt under långa perioder. Den dagliga kampen hon förde för att orka leva. Och tankarna på döden som en befriare. Rehabiliteringskliniken med sina canceropererade patienter blev en vändpunkt, varifrån hon sakta men säkert kom tillbaka till livet och till medarbetarna: "Bakom var och en tittar andra läkare fram som jag mött och dom är underbara och älskar sitt yrke, sina patienter och all personal, sin forskning och livet själv."

I boken står om det pressande arbetet som distriktsläkare, som består inte bara i mängden sjuka som ska behandlas; det är spännvidden mellan banala åkommor och livshotande tillstånd. Hur betar man sig inför cancerpatienten? "Tänk att stå där och vara stark och låtsas att patienten ska bli bra, när jag visste att hon inte skulle det. När dom grät visste jag inte vad jag skulle säga till tröst för jag ville själv gråta. Då sa jag att jag var ledsen själv - Vet du vad? Dom tackade mig för det." Läkarrocken som måste rymma såväl polis som kurator. Marianne frågar: "Vem är jag utan min läkaridentitet? Vad är jag utan stetoskopets magi? Ingenting. En våt fläck." Den hotade yrkesidentiteten vid det första psykiatrvikariatet: "Jag som trodde jag skulle få ha vit rock!" Journaler och intyg som samlas på hög. "Ska något skrivas är det en roman och inte ett vårdintyg. Aldrig var höstlöven rödare än i Morjärv..." Hon reflekterar över att arkitektur och inredning på sjukhus är så deprimerande. Tänk om det hade funnits mer av runda, glada, sensuella former att vila ögonen på, inspireras av, längta till... Slående iakttagelser finns det gott om i boken.

Favorit som tillflykt blev Socialmedicinska institutionen på KI. Där pågick saker. Sociologer och läkare som den glade Gustav Skå Jonsson fanns med som forskare och lärare. Under den legendariske Gunnar Inghe, den förste socialmedicinske professor att sitta med vid bordet bland de Karolinska hermelinerna, arbetade man ute på sjukhusen och i samhället. Det fanns pionjärande och jävlar anamma! Boken blir ett slags tidsdokument. Inte minst är det spännande att ta del av hur det kändes för en ung och radikal läkare att få resa ut och arbeta i tredje världen.

Hur Marianne i Agadir "mutade sina skuldkänslor genom att välja ett enklare hotell". Hur hon drömde om att åka till Tanzania och köra Landrover i bushen! I Kongo möter hon verkligheten. "Varje morgon upprepas samma sak: den långa raden av patienter som börjar köa i soluppgången. Jag svettas av desperation. Var börjar man? När är man färdig? I detta kaos?" Marianne förlorade här en del illusioner. Besvikelsen hon kände var egentligen en besvikelse över sig själv: "Ska drömmen gå i kras? Så här himla trist får livet bara inte vara..." Ändå kommer hon alltid att längta tillbaka till Afrika.

Ni kände er delaktiga i detta nya? undrar psykoanalytikern i romanen. Marianne svarar: Ja, vi var sjukvårdsarbetare. Året var 1968 och det internationella engagemanget hos studenterna har formligen exploderat. Man är aktiv i aktionsgrupper och solidaritetsrörelser. Man tror på en socialt baserad sjukvård. Sara Lidman, som just kommit ut med *Gruva*, blir en idol. "Vi läser upp, diskuterar, idéerna formuleras. Författare och konstnär och medicinare, en inspirerande treenighet." Kinderna hettar. Hon blir inspirerad att göra en skärmutställning på ABF, där gerillans arbete i norra Angola dokumenteras. I ett avsnitt av boken berörs psykiatern Franz Fanons insatser i Algeriet. För Fanon, som recensenten för övrigt nyligen presenterat för denna tidnings läsare (#2, 2010), var patienternas symptom uttryck för ett upplevt förtryck. Fanon hade diagnosticerat en speciell sorts muskelstelhet, som blir till en försvarsmekanism när frigörelse omöjliggörs. Hatet mot förtryckaren som kan leda till självhat, när vreden undertrycks... Hans fallredovisningar i "Jordens fördömda" kan likna Mariannes eget. Tiden rinner undan. Hon fyller snart 28 år och börjar längta efter barn. Pojkvännen vill hellre satsa på sin forskarkarriär. Hon grubblar: "Varför är jag den som alltid ska vara aktiv och utåtriktad? Prata med tjejer och kurskompisar som har barn? Inget man talar om. Andra verkar inte ha problem..." - Så sant som det är sagt.

Stilen med sina tillbakablickar och samtalsfragment kan kännas lite rapsodisk, men det kanske hör till den experimentella genren. Det är en poäng, när det annars gäller en alltmer likriktad marknad, realistiskt eller kriminologiskt. Författaren till *Att sjunga på skarven* försöker mana fram något annat. "Hela jag är en metafor, säger jag. För att ta ett exempel. Det är inte så att mina ben känns som om dom vore påkar... dom är verkligen påkar, benen... påkar..." Hon ser med viss avund på konstnärer, som får skapa hur knäppa saker som helst och ändå får beröm. "Är man vanlig, och läkare som jag får man skämmas. Då är det inte normalt." Den amerikanska författaren Susan Sontag, som lanserat begreppet *sjukdom som metafor*, skrev någonstans att en författare egentligen borde vara fyra personer: 1) Knäppskallen, den besatta (tillhandahåller materialet) 2) Idioten (släpper ut det, materialet alltså) 3) Stilisten (är smak) och 4) Kritikern (är intelligens) – Enligt Sontag har en stor författare alla fyra, men man kan ändå vara en bra författare med bara 1) och 2); de är viktigast.

Författaren Britt-Marie Wallin har drag av både 1 & 2. Hon har sett dagens medicinstudenter och önskar att de slapp att dagligen behöva ta ställning till sjukvårdskris, resursbrist och en framtida diffus läkarroll. "På min tid fanns en större cred hos allmänheten. Och vi fick leva med våra visioner, de livsviktiga." Romanen slutar trots allt optimistiskt. Cirkeln är sluten. Mariannes engagemang färgas inte längre av stänk från skuldkänslor. Visst finns det hopp. Hoppet är att motkrafterna mot fattigdomen i världen har satt sig i rörelse. Myllret av sociala rörelser.

Nu är det dags för Afrika. De unga går i täten och de äldre bärs av deras entusiasm, av deras vrede.

Leif Öjesjö

Docent

Stockholm

leifoesjosinter@gmail.com

Om författaren

Britt-Marie Wallin är född 1944 och uppväxt i Stockholm. Efter legitimationen har hon arbetat som läkare och forskare inom socialmedicin och psykosocial miljömedicin. Britt-Marie Wallin är också skönlitterär författare.

Livsstil är:

Rytm och vägval och principer om hur jag vill leva mitt liv men också betingat av uppfostran, vana och kultur

Anonym på Facebook

Fullsatt på Medicinska Riksstämman



Professor Bo Söderpalm föreläser inför en fullsatt sal under det psykiatriska sektionsprogrammet på Medicinska Riksstämman

Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) satsning på Medicinska Riksstämman 30 nov – 2 dec 2011 med framstående internationella och svenska föreläsare föll väl ut. Den stora salen på Älvsjömässan i Stockholm var fullsatt under det psykiatriska sektionsprogrammet på eftermiddagen den 1 dec. SPF erbjöd utöver sektionsprogrammet även IPULS-granskade hel- och halvdagskurser inom depression, ångest, neuroanatomi, bipolär sjukdom och ACT. Dessa blev i flera fall fullbokade och fick mycket bra kritik.

Det psykiatriska sektionsprogrammet inleddes av David Nutt, en av Europas mest meriterade psykiatriker och tidigare ordförande för European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). Han beskrev den snabba utvecklingen inom farmakologisk behandling av ångest och depression. Samtidigt pekade han på vikten av att öka ansträngningarna inom utvecklingen av psykofarmaka och han oroades över att industrin nu trappar ner sina ansträngningar.



Professor David Nutt, chef för avdelningen för neuropsykofarmakologi vid institutionen för experimentell medicin, Imperial College i London. Tidigare ordförande i European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) och rådgivare till brittiska regeringen

Därpå följde Predrag Petrovic med en fascinerande föreläsning om den neurovetenskapliga bakgrunden och de kliniska konsekvenserna av placebo. Terence Ketter, chef för Stanford Bipolar Clinic och författare till den nyutkomna boken "Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders" höll en komprimerad föreläsning om vad vi egentligen vet om olika behandlingars effekt vid bipolär sjukdom. Dagen därpå gick Ketter grundligt igenom bakgrunden till de olika behandlingarna vid den Mastercourse i bipolär sjukdom som SPF anordnat. Kursen blev snabbt fullbokad.



Alla stolar var upptagna vid den Mastercourse i diagnostik och behandling av bipolär sjukdom som SPF anordnade tillsammans med Professor Terence Ketter från Stanford University, USA

Susanne Bejerot modererade ett symposium om nyheter inom behandling av ADHD och autismspektrumtillstånd tillsammans med Eleonore Rydén och Bo Söderpalm som väckte stort intresse. Eftermiddagen avslutades med en spännande genomgång av nyheter inom schizofreniområdet av Lars Farde. Flera intressanta allmänna symposium med psykiatriskt tema hölls också under Riksstämman, bl.a. ett symposium om patientsäkerhet och suicid med den av SPF inbjudne Erik Hollnagel, professor i industriell säkerhet vid École des Mines de Paris.

SPF förbereder nu för fullt inför Riksstämman 2012, som äger rum den 28 nov – 30 nov i Stockholm på temat "Framtidens hälsa". Glöm inte att anmäla dig som medlem i Svenska Läkaresällskapet (www.sls.se) senast i sommar för gratis inträde.



Professor Lars Farde, Karolinska Institutet, presenterar nya rön inom behandling av schizofreni

Simon Kyaga
Riksstämmosekreterare SPF

Barn - och ungdomspsykiatri på Riksstämman 2011

För mig var det tre intensiva och lärorika dagar i Stockholm. På onsdagen hade vi vårt program. Vi började på morgonen med ett möte mellan styrelsen och personer som är intresserade av forskning. Vi var alla överens om att det är viktigt att stimulera forskningen speciellt hos unga läkare och helst läkare under utbildning. Läkarestudenter som börjar forska hamnar lätt på områden som kommer tidigt i utbildningen och som är forskningsinriktade. När turen kommer till barnpsykiatri är det sent i utbildningen och man är ofta sugen på att börja arbeta. Det är därför viktigt att komma in tidigt i utbildningen och ge studenterna intressanta forskningsuppslag genom de fördjupningskurser som man kan välja. Vi pratade också om att stimulera ST-läkarna att publicera och presentera sina vetenskapliga arbeten på kongresser typ Riksstämman.

Därefter började de fria föredragen. Susanne Bejerot presenterade sin forskning där hon tydligt kunde se att motoriska svårigheter var en riskfaktor för att utsättas för bl.a. mobbning. Niklas Långström pratade en del om genetikens roll, han tog ett intressant exempel. Man kan se att mammor som röker under graviditeten har större risk att få barn som har ADHD. Det förefaller vara ett tydligt orsakssamband tills man jämför de mammor som lyckades sluta röka efter graviditeten med de mammor som inte kunde sluta. Då såg man att de som lyckades att sluta efter graviditeten hade lika många barn med ADHD som de som inte rökte alls medan de som inte kunde sluta röka hade klart fler barn med ADHD. Det ger en tankeställare att det inte alltid är så lätt att se orsakerna till ett beteende fast man ser ett tydligt samband. Bra att tänka på när man hör alla rapporter i Radions vetenskapsprogram.

Ulf Wallin, vår moderator, höll själv ett föredrag om familjeklimat i anorektiska familjer och hur man kunde påverka detta positivt genom multifamiljeterapi. Han visade tydligt hur närhet och värme ökade, kaos minskade men spontaniteten var densamma.

Efter lunch hade barnpsykiatri en gästföreläsare från Holland, Dr LMJ Pelsser, som också deltog i det efterföljande symposiet "Kan man äta sig lugn och glad". Pelsser presenterade sin forskning som publicerades i Lancet tidigare i år. Hon kunde visa att om man ger barn 4-8 år lågallergikost under 5 veckor blev 64 % fria från sin ADHD och återfick sina symptom när de började äta vanlig mat.

De som blev fria från symptom blev helt friska! De har nu börjat behandla barn med denna kost och startar med 5 maträtter, kalkon, kyckling, ris, päron, vissa grönsaker och vatten. Man kan komplettera med potatis, frukt och vete om dieten blir för svår att hålla. Efter 5 veckor lägger man till ett och ett födoämne tills man hittar det ämne som orsakar ADHD-symptomen. Detta är individuellt för olika barn. Man kontrollerade IgG och IgE men detta gav ingen vägledning, viktigt då alternativ medicin ofta tar IgG och ger kostråd efter svaren. Pelsser pratade också om att det inte finns belägg för att socker eller färgämnen eller Omega-3 har någon effekt, och att man inte skall ge vidlyftiga kostråd utan att man provat ut det födoämne som barnet är allergiskt mot. Redan när jag läste artikeln blev jag också intresserad av dessa nya spännande tankar och nu när jag hört dr Pelsser så känns det som man bara måste prova detta. Det passar bra att nästa utbildningstillfälle som vi har med klinisk läkare och sjuksköterskor handlar om kostens betydelse.



Ulf Wallin presenterade en över 30 år gammal studie där man kunde konstatera att försökspersonerna hade alla symptom på anorexia. Jag trodde att det handlade om anorektiska patienter tills Ulf avslöjade att det handlade om soldater som utsattes för svält. Det var också tankeväckande hur symptomen beror på just svälten.

Per Gustavsson pratade om Omega-3 och ADHD. Det finns en viss effekt men tyvärr relativt liten och jämförbar med den effekt som fanns i kontrollgruppen i Pelssers studie enligt ovan.

Barnläkare Eva Östblom pratade om födoämnesallergi. Hon menade att 4 % av alla barn har någon form av matallergi. Det viktigaste är att eliminera det ämne som man tror att barnet är allergiskt mot och att återintroducera ämnet för att se om allergin kommer tillbaka. När Eva pratade tänkte jag på att det kanske blir samma sak med ADHD som med enures. I framtiden kommer allergologer att utreda och behandla barn med ADHD precis som barnläkarna i dag behandlar barn med enures vilket tidigare var barnpsykiatrins uppgift. Barnpsykiatri verkar vara den disciplin som tar hand om det komplicerade där det inte finns enklare orsakssammanhang.

Henrik Pelling var moderator och det var roligt att se hans entusiasm för Pelssers resultat. Henrik tyckte att vi nu måste prova denna behandling vilket jag helt håller med om.

Sist på dagen låg symposiet "Barn i skärningspunkten". Det var ett symposium där jag själv deltog i en paneldebatt som representant för SFBUP, Christopher Gillberg inledde med en presentation av begreppet ECCENCE. Detta handlar om att man tidigt upptäcker små barn som har svårigheter och sätter in åtgärder utan att vänta. Han tog exempel på att språkstörning eller extrem hyperaktivitet vid 2,5 års ålder indikerar autism eller liknande svårigheter. För att barnet skall få rätt hjälp behöver man bilda multiprofessionella team. På symposiet föreslås speciella ECCENCE-team. För mig är inte hur man organiserar sig det viktigaste utan att intresserade och kunniga personer från olika professioner samarbetar med insatser till barnet. För att vara säkra på diagnoser som autism har man ofta långa och kanske flera utredningar innan man kommer fram till diagnos. Värdefull tid går där förlorad, likaså ökar risken att barnet får den diagnos som teamet är specialiserat på. Det kan bli organisationen som styr om barnet t.ex. får diagnosen autism eller ADHD. Om man istället snabbt behandlar kommunikationsstörning med beteendemodifikation så har man kommit igång innan diagnosen är klar och man vinner tid. På samma sätt skulle man tidigt kunna ge hyperaktiva barn lågallergikost enligt ovan utan att diagnosen är klar. Nobelpristagaren Arvid Carlsson sa vid en intervju att vi inom psykiatri är förtjusta i våra diagnoser men att medicinerna inte känner till några diagnostiska gränser. Det är tankeväckande, vi behandlar inte diagnoser utan symptom.

På fredagen var jag på ett helt underbart symposium om Rossini, sin tids stora kompositör. Stephan Rössner berättade om personen Rossini och hans leverne och sjukdomar. Pianisten Bertil Wikman spelade piano och solisten Solveig Wikman sjöng mycket vackert. Detta symposium var en lisa för själen.

Sist på fredagen var jag på ett symposium om skolbarn med inlärnings- och beteendeproblem. Överskolläkare Cecilia Renman redogjorde för vad en skolläkare och skolsköterska gör. Bo Winnerljung drog som hastigast att låga betyg är en stor riskfaktor för problem senare i livet oberoende av social status. Journalisten Maciej Zaremba tillförde lite liv till diskussionen när han berättade om att han praktiserat som elev och hur han efter två dagar fick ADHD på grund av den stökiga miljön. Han var mycket kritisk till lärarnas förmåga men framför allt kritisk till lärarutbildningen.

Nästa gång blir det svenska BUP-kongressen i Stockholm 23-24:e april 2012. Jag hoppas att vi ses där!

Text och foto:
Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Söderbergiska priset till Christopher Gillberg

Söderbergiska priset i medicin 2012 har tilldelats Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet, vid Institute of Child Health i London samt vid universitet i Glasgow.

Han får priset för sitt "banbrytande arbete inom det neuropsykiatriska forskningsområdet, som i mycket hög grad bidragit till förståelsen av orsaksfaktorer vid bland annat autismspektrumsjukdomar".

Priset som är på en miljon kronor utdelas vid ett seminarium på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm i april.

Läs mer om detta på Svenska Läkaresällskapets hemsida www.sls.se!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



I detta nummer möter Du
Anders Bergstedt

Vice ordförande i Föreningen
Konsultationspsykiatri

Född

1957 här på Sahlgrenska; när jag jobbade på Neurologen här tidigare sa jag i ett tal på julfesten tidigt 90-tal: "Jag har inte kommit så långt i livet. Jag är född på Blå stråket 6 och jobbar på Blå stråket 7".

Bor

Liten egnahemsvilla från 1952, fem minuter från sjukhuset på jourtid.

Familj

Hustru som är chefssekreterare åt direktören på Kungälv's sjukhus. Tre utflugna barn och en "minsting", stark handbollsspelare, som är 1: a-ringare på ett innerstadsgymnasiums NA-program.

Arbetar

VÖL för Diagnostik- och konsultationsteamet (se min artikel i tidskriften, Nr 1 2011!), Affektiva kliniken II, SU. Skall egentligen ägna mig åt forskning; psykiatrisk epidemiologi hos nydebuterade ulcerös colit-patienter på 50 %, men hjälper f.n. till att täta överläkarluckor på kliniken. Handleder, föreläser och sitter i klinikens utbildningsråd och medicinska ledningsgrupp. Är en del av trojkan som utvecklat och ger SK-kursen i Akutpsykiatri, i METIS-formatet, på olika orter.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Går på operan och annan teater, spelar tennis minst tre timmar i veckan, sportdyker och försöker sedan drygt 20 år hålla ordning på en foto- och marinbiologiskt orienterad dykarklubb, DK Sjökorna. Reser; alltid Grekland över midsommar och sol-/dykresa på vintern, samt en långhelg i storstad i Medelhavsområdet. Senast ett vinslott utanför Florens, eftersom vi ville lära oss mer om toscanska viner. Vi har annars stagnerat lite i "Rioja-träsket".

Favoritmat

Medelhavsmat. Om peka ut något; paella, som vi hade på vår bröllopsmiddag 1994 bl.a.

Senast lästa bok

Senaste Donna Leon som kommit ut i Sverige. Alltid flera böcker på gång, varav minst en deckare.

Vad gör Dig lycklig?

När vi lyckas samla familjen till någon kul aktivitet + middag, men också den totala avkopplingen från allt annat under ett bra dyk.

Vilka förebilder har Du?

Min pappa, som gick bort i somras, samt min företrädare och tidigare mentor Sigyn Zöger.

Vilka är konsultationspsykiatrins största utmaningar under de närmsta åren?

Att engagera alla psykiatriker som faktiskt sysslar med psykiatriska konsultationer i sitt arbete, men inte har en tjänst definierad som konsultpsykiatriker, i föreningen/subsektionen. Finna bra former för samarbete med somatiska specialiteter och allmänmedicin. Inspirera fler kliniker/sjukhus att inrätta tjänster/enheter för konsultationspsykiatri för bättre kontinuitet och långsiktig utveckling i konsultationsarbetet.

Stina Djurberg
SP Redaktion



Finns det öden värre än döden?

I förra numret av Svensk Psykiatri (#4 2011) tog Arne Stenstedt det lovvärda initiativet att lyfta frågan om psykiatrikers roll i vården av patienter i livets slut under rubriken "Har vi psykiatriska synpunkter på livsuppehållande åtgärder?".

Även om patienter i livets slutskede inte hör till psykiatrins kärngrupp, så händer det att vi möter dem bland annat inom ramen för konsultverksamheten. Det kan handla om hjälp med lindring av svårt psykiskt/existentiellt lidande, men också om situationer där patienter valt att tacka nej till erbjuden eller pågående livsuppehållande behandling. De frågor vi då förväntas besvara rör huruvida patienten är beslutskompetent, och om beslutet att avstå från livsuppehållande åtgärder är påverkat av en underliggande psykisk störning av sådant slag att behandling kan och bör erbjudas (med eller utan tvång).

Vad det i grund och botten handlar om är alltså frågan huruvida det kan vara rationellt av en person att vilja avsluta sitt liv, eller om denna önskan alltid är ett uttryck för psykisk sjukdom. Den senare uppfattningen förutsätter att man menar att det inte finns några situationer som är värre än döden - något som det verkar finnas goda skäl för att betvivla.

Innan Socialstyrelsen presenterade de aktuella riktlinjerna rådde stor oklarhet kring huruvida en beslutskompetent patient har rätt att avsluta en livsuppehållande behandling.^{1,2} Ett exempel på en patient som drabbats av denna oklarhet är Joakim Alpgård. Respiratorbunden och tetraplegisk efter en bilolycka ville han få hjälp att dö. Att få respiratorn avstängd var inte möjligt i Sverige och Joakim kom till slut att med anhörigas hjälp resa till Schweiz, där han tog sitt liv genom assisterat självmord. Idag hade Joakim kunnat få hjälp att avsluta sin behandling här i Sverige.³

Det verkar finnas ett brett stöd för de nya riktlinjerna: I en relativt nyligen genomförd enkätundersökning tillfrågades läkare och befolkning om deras attityder till avslutande av livsuppehållande behandling. En majoritet i bägge grupperna svarade att avslutande av livsuppehållande behandling på en beslutskapabel patients begäran är en försvarbar handling.

Av de sex olika medicinska specialiteter som tillfrågades var

psykiatrikerna de som minst ofta klassificerade handlingen som försvarbar.⁴

Debatten om etiska frågor i livets slut präglas ofta av begreppsförvirring. Ordet "dödshjälp" tenderar att dyka upp även i sammanhang där det handlar om att avsluta livsuppehållande behandling eller om palliativ sedering. För en fruktbar diskussion gäller det därför att kunna skilja på de olika åtgärderna.

Det Socialstyrelsen behandlat i sina nya riktlinjer är livsuppehållande behandling. Att en beslutskompetent patient har rätt att tacka ja eller nej till erbjuden behandling är inget nytt. Nyheten är själva tydliggörandet: Att denna rätt gäller även när beslutet att avstå från behandling innebär att livet förkortas. Detta är inte detsamma som dödshjälp, förutsatt att man med dödshjälp menar att en läkare på en patients begäran administrerar en dödlig dos av ett läkemedel i syfte att avsluta patientens liv. Dödshjälp är i dagsläget endast tillåtet i Nederländerna, Luxemburg och Belgien. Det är heller inte detsamma som läkarassisterat självmord, förutsatt att man med läkarassisterat självmord menar att en läkare på en patients begäran förser patienten med en dödlig dos läkemedel som patienten själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv. Läkarassisterat självmord är tillåtet i Schweiz, Nederländerna, Belgien, Luxemburg, samt i de amerikanska delstaterna Oregon och Washington.

I Sverige är såväl dödshjälp som läkarassisterat självmord förbjudet. Det är dock tillåtet att hjälpa en annan person att ta sitt liv, dock inte för sjukvårdspersonal. Men vissa typer av livsförkortande åtgärder är tillåtna. Det handlar om att avstå från eller att avbryta livsuppehållande behandling, samt att ge smärtlindrande behandling även om risk föreligger att döden påskyndas. Palliativ sedering är också tillåten, men det brukar anses att själva sederingen inte påskyndar döden. Det är avslutandet av eventuell parenteral vätska/nutrition som kan förkorta livet. Det finns kritiker som kallar palliativ sedering för "slow euthanasia". Den typ av palliativ sedering som då brukar avses är när en patient blir djupt och kontinuerligt sederad tills dess att döden inträder – detta i kontrast till den typ av intermittent sedering som Torbjörn Tännsjö beskriver i sitt debattinlägg i DN.²

Att vissa debattörer förespråkar intermittent sedering och vänder sig emot kontinuerlig sedering tyder på att man anser att det finns en moraliskt relevant skillnad mellan dessa åtgärder, men vad denna moraliska skillnad skulle bestå i är inte helt lätt att se. En sak är säker: Ämnet är laddat och väcker starka känslor.

Så hur vill vi ha det? Till vilken grad bör patientens autonomi respekteras? Vilka rättigheter har patienten gentemot sjukvården? Med de nya riktlinjerna slår Socialstyrelsen fast att patientens negativa rättighet att tacka nej till erbjuden vård och behandling bör respekteras även i situationer där detta kan leda till att livet förkortas. Men har patienter i livets slut några positiva rättigheter - med andra ord - vad kan patienten kräva av sjukvården?

Arne Stenstedt beskriver frågan om autonomins gränser som en av Torbjörn Tännsjös blinda fläckar, men jag blir inte helt på det klara med på vilket sätt denna blindhet skulle yttra sig. Ett gängse sätt att definiera en autonom individ (som sannolikt även Torbjörn Tännsjö ansluter sig till) är att individen bör ha förmåga att se sig som aktör, vara handlingsförmögen, beslutskapabel, samt har förmåga att ompröva sina beslut. Vidare är autonomi att betrakta som en gradfråga. I sin artikel diskuterar Stenstedt fenomenet auktoritetsproblematik. Vad detta fenomen innebär och om förekomsten av det skulle kunna påverka en persons autonomi förblir oklart för mig, men utifrån de ovan nämnda kriterierna torde så inte vara fallet. Autonomiförmågan kan dock påverkas negativt av psykisk sjukdom, vilket också är bakgrunden till att vi ibland tillämpar psykiatrisk tvångsvård av patienter som vi bedömer lider av en allvarlig psykisk störning med ett oundgängligt behov av psykiatrisk slutenvård, och som inte själva kan ta grundad ställning till sitt vårdbehov. Och kanske är det just denna bedömning som kan komma att bli psykiatrikerns centrala arbetsuppgift i vården av patienter som önskar avstå från livsuppehållande åtgärder: Är patienten beslutskapabel, eller är önskan att avstå från behandling ett uttryck för en underliggande psykisk sjukdom som negativt inverkar på patientens förmåga till beslutskapacitet?

Oavsett vilken roll vi psykiatriker väljer i den offentliga diskussionen om åtgärder i livets slut bör vi alla – var och en – fundera igenom vår egen syn på dessa frågor. Finns det öden värre än döden, och om de finns, hur kan och bör vi hjälpa dem som drabbats?

Anna Lindblad
ST-läkare Psykiatri Nordväst, Stockholm
Doktorand vid Stockholm Centre for Healthcare Ethics,
Karolinska Institutet

Referenser:

1. Socialstyrelsens riktlinjer: SOSFS 2011:7 (M) Föreskrifter och allmänna råd, Livsuppehållande behandling, <http://socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7>
2. Torbjörn Tännsjös debattartikel i DN: www.dn.se/debatt/radsla-for-dodshjalp-stor-tankar-om-doendets-villkor
3. www.svd.se/nyheter/inrikes/totalforlamad-tog-sitt-liv_468665.svd
4. Lindblad A., Juth N., Fürst CJ., Lynöe N. When enough is enough; terminating life-sustaining treatment at the patient's request: a survey of attitudes among Swedish physicians and the general public. J Med Ethics 2010;36:284-289.



Foto:Shutterstock/dundanim



Barn- och ungdomspsykiatri - nya perspektiv och oanade möjligheter

Sören Hertz

Medicinska och holistiska synsätt inom psykiatri

Inom vuxenpsykiatri har debatten under senare tid intensifierats vad gäller synen på disciplinen. Är den en domän som ska kännetecknas av en medicinsk modell med fokus på patienters upplevelser och beteenden som sjukdom, karaktäriserad av avvikande hjärnfunktion (om ännu ej helt forskningsmässigt fastställd) eller är det en domän på vilken ett biologiskt och ett psykologiskt/psykosocialt synsätt på dessa upplevelser och beteenden ska mötas? Inom barn- och ungdomspsykiatri har funnits en liknande debatt; är "barnneuropsykiatri" det helt centrala betraktelsesättet eller ett perspektiv som samsas på paletten med individualpsykologiska, familjeorienterade och övergripande psykosociala infallsvinklar?

För närvarande tycks en relativt renodlad medicinsk modell ha en stark ställning inom psykiatri, stödd av neurobiologisk forskning, RCT, fokuserat evidensbaserat och pedagogiska, individuellt inriktade behandlingsmetoder. Inom barn- och ungdomspsykiatri har ett brett synsätt länge haft en stark ställning avspeglat i BUP-teamets sammansättning och en teoribas som förutom den självklara biologiska infallsvinkeln också vilat på psykodynamiska, systemiska och beteendekognitiva synsätt. Dock tycks som om en förskjutning mot den medicinska modellen i praktiken är för handen i många, men inte alla, barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. Denna förskjutning kan underlättas av "tidsandan" och utvecklingen inom neurobiologi, neurokognition och genetik. Snabba insatser baserade på evidensbaserad metodik och vårdprogram kräver diagnostik enligt DSM eller ICD vilka innefattar ett tilltagande antal psykiatriska sjukdomar. Detta i kombination med ökade krav på relativt tidsödande utredning av neuropsykiatriska frågeställningar leder till att det kliniska arbetet gärna blir fokuserat på utredning och korta stödkontakter.

Ny bok i barn- och ungdomspsykiatri

Böcker i barn- och ungdomspsykiatri på svenska med övergripande ambitioner publiceras inte så ofta. Första utgåvan av Gillbergs och Herngrens barn- och ungdomspsykiatri gavs ut för ett drygt decennium sedan.

Studentlitteratur ger nu ut en sådan bok av den danske barn- och ungdomspsykiatriker Sören Hertz i en väl genomarbetad översättning av Charlotta Lindahl och Peter Engelsöy, vilken också skrivit ett förord till den svenska utgåvan.

Det är en uppfriskande, egensinnig, inspirerande och tänkvärd skrift ganska långt ifrån den traditionella textboken med dess fokus på "sjukdom": diagnos, etiologi, lege artis behandling och prognos. Den fyller tveklöst ett tomrum då den är inriktad på behandlingsfilosofi, barnpsykiatrikerens förhållningssätt och referensram och den intar en tydlig position i den frågeställning som skisserats ovan om det barn- och ungdomspsykiatriska arbetets natur.

Den är tämligen lättläst, sällan tråkig och väl försedd med referenser. Den kompletterar väl, men ersätter dock knappast den traditionella litteraturen på området.

Övergripande utgångspunkter och positioner

Hertz utgår från systemtänkande och med tonvikt på den narrativa familjeterapeutiska traditionen utifrån företrädare som Brian Epstein och Michael White, Harlene Anderson och Tom Andersen med lätt lösningsfokuserad intoning. När det gäller det individuella perspektivet är det framför allt präglat dels av anknytningsteori dels av Sterns tänkande om självdomäner. Dessa komplexa teoretiska modeller berörs dock i sig ytterst knapphändigt i boken.

Hertz är sällan konfrontativ på teoretisk nivå. I enlighet med sitt socialkonstruktionistiska synsätt är han öppen för olika slags tankar även om han inte själv använder dem. Skillnaden mellan ramarna handlar inte om vilken som är mest "sann" utan vilken som är mest fruktbar. Han kan hantera skillnader mellan synsätt utan att nödvändigtvis göra vare sig motsättningar eller konflikter av dessa skillnader. Det medicinska synsättet ser han som ett av flera sätt att konstruera förståelse av mentala symtom inom en transdisciplinär övergripande ram vars centrala begrepp är utveckling och störningar av denna.

Han använder inte begrepp som "identifierad patient" vilket skulle antyda att barnet kanalisera en familjeproblematik utan hellre om "barnet i problem" snarare är "barnet med problem". Han tonar också något ner betydelsen av barnets tidigare erfarenheter till förmån för de pågående.

Författaren tar inte avstånd från DSM-perspektivet på barns och ungdomars upplevelser och beteendeproblem men verkar just inte använda sig av det särskilt aktivt. Diagnosen kan ha ett värde menar han, men riskerar att stänga vägen för aktivering av den implicita utvecklingspotentialen inom den unga patienten. Den är tänkt som "färskvara", men får lätt mycket mer djupgående styrande effekt på såväl självbild som andras förväntningar.

Diagnosen är ett utifrånbygge gjort av vuxenvärlden där barnets/ungdomars egna drömmar och perspektiv inte står i fokus utan snarare helt kommer bort. Hjärnforskningens centrala fynd förefaller honom vara hjärnans grundläggande plastiska natur, medan forskning angående specifika störningstillstånd ofta ger svårtolkade resultat vad gäller orsak och verkan.

Evidensbaserade behandlingsstudier menar han har ett visst men ganska begränsat värde i det enskilda fallet då statistik bara kan förutsäga grupsannolikheter och därmed inte något avgörande om det enskilda barnet och dess framtid. Ofta finns nyckeln till lösningen på svårigheterna i barnets unika egenskaper snarare än de generella menar författaren. Handikappbegreppet ser han intressant nog som en fälla då det kan leda till kompensationsstänkande i stället för fokus på utveckling. Han är bekymrad över att metodspännvidden vad gäller behandling inom barnpsykiatri är i krympande och att mycket värdefull behandlarkunskap håller på att gå förlorad. Han anser också att försöken att lösa barn- och ungdomspsykiatriens strukturella dilemman genom ökande privatiseringar i längden är en återvändsgränd.

Författaren diskuterar på ett intressant och relativt ingående sätt såväl diagnosens som medicineringens psykologi bland annat i ett existentiellt/relationellt perspektiv. Ett dilemma skulle kunna se ut ungefär så här: "Om jag skriver ut en medicin till dig kan det ge dig intrycket att jag anser att du lider av en psykisk sjukdom vilket du är rädd för. Men om jag inte gör det kan det ge dig intrycket att jag inte tar dina symtom och problem riktigt på allvar". Han klargör att han skriver ut farmaka ibland men att evidensen för antidepressiv medicinering till unga är svag och pekar på att långtidseffekterna av centralstimulantia är knapphändig belysta även om de momentana effekterna ofta är mycket påtagliga.

Kliniskt relationellt förhållningssätt

Så långt har jag mest tagit fasta på Hertz positionering i olika avseenden. Men vad är det då han framhåller som centralt i sitt arbete i praktiken? Hans utgångspunkt är existentiell baserad på begrepp som identitet, självbild, ansvar och skuld. Han närmar sig den problematiska individen/familjen utifrån två riktlinjer. Det gäller å ena sidan, menar han, att bevara en öppenhet för de implicita oanade utvecklingsmöjligheterna hos såväl patienten som föräldrarna, å andra sidan att respektera det explicit allvarliga i barnets och familjens situation. Det oanade handlar om en möjlig utveckling, en potential som inte syns men som kan beredas väg för. Det oanade ligger gömt i symtomatologin och problematiken, vilka i sin tur kan förstås som en invit till omgivningen att engagera sig i en beteende/utvecklings-situation som barnet/tonåringen bevisligen inte själv mår med att hantera.

Denna invit ter sig inte sällan paradoxal: barnet kan bete sig avvisande fast det längtar efter närmre kontakt. Här handlar det för behandlaren om att vara öppen för de oanade möjligheterna samt att utgå ifrån att symtom och problem innehåller ett budskap från den unga patienten både till omgivningen och till sig själv. Det är i öppenheten för dessa oanade möjligheter som hoppet om en bättre framtid ligger förborgat.

Utvecklingsperspektivet

Hertz utvecklingsperspektiv utgår bland annat ifrån att om föräldrarnas/omgivningens förhållningssätt inte matchar barnets behov (som en avspeglning av dess förmågor och brister) uppstår inom barnet en alltmer växande spänning mellan det trygghetssökande barnet och det åldersadekvata, men alltför ensamma, utforskande barnet. Detta kan så småningom resultera i svåra problem till exempel personlighetsstörningar. Han utgår ifrån att barn söker anknytning, gemenskap och sammanhang för att skapa nya möjligheter och att symtom är kopplade till en brist på sådana adekvata möjligheter.

Om ett symtom tolkas som ett rop på hjälp kan det också tolkas som en önskan om en relation, inte sällan av anknytningsnatur. Utifrån sin förståelse transformerar författaren barns sårbarhet, till exempel på grund av frustrerande upplevelser, till en särskild känslighet för viktiga andras oro. Barnet tenderar att i hög grad spegla sig i omgivningens förhållningssätt. Barnets oro blir en avspeglning av föräldrarnas vilket kan leda till onda cirklar. När barnet inte kan hantera spänningen inom sig på egen hand kommer barnet i svårigheter inte minst i sin växelverkan med omgivningen; familj och/eller skola.

I sina utforskande samtal tillsammans med familjen tar Hertz fasta på vad problematiken och störningen medför av utvecklingshinder för barnet eller tonåringen och hur individuella och interaktionella resurser ska kunna frigöras för att utvecklingen ska kunna bli optimal. Detta utforskande måste bygga på att tillräcklig trygghet är etablerad.

Hur ser barnets/tonåringens förväntningar på sig själv ut och hur ter sig omgivningens? Hertz arbetar snarare med relationen barn/förälder än med par- eller föräldrarelationen och väljer härvidlag samma fokus som den anknytningsbaserade familjeterapin (ABFT). Han konfronterar ofta interaktionsmönstret mellan barn och föräldrarna för att få till stånd en normalisering då föräldrarnas anpassning till barnets svårigheter tycks låsa den fortsatta utvecklingen.

Hertz anlägger också ett utmanande perspektiv på hur den berörda vuxenvärlden kan möta "barnet-i-svårigheter". Han menar att det är en avgörande skillnad mellan att ställa upp med stöd respektive att som vuxen bli inspirerad till att delta i en utvecklingsprocess. Istället för att fråga oss hur kan vi hjälpa till, kan vi öppna oss för vad vi av barnet blir inspirerade till att göra menar författaren.

Det senare är en mer jämlik process ägnad att möta behovet av att återställa respekt, värdighet och självrespekt som kan ligga bakom till exempel ett barns utagerade beteende.

Författaren går igenom de viktigaste DSM IV-diagnoserna en efter en och visar i korta kliniska vinjetter hur han förhåller sig till familjen/barnet. Här ges goda exempel på hur en behandlare både kan tänka och handla annorlunda som kan vara inspirerande för kliniker som är öppna för improvisation till exempel vad gäller Aspergerproblematik, ADHD, anorexi, personlighetsstörningar, depression, tvång, ångeststörningar, beteendestörningar och psykoser.

När det gäller problem och symtom som kommer till uttryck i skolan betonar Hertz specialpedagogernas speciella kompetens. Han menar att denna yrkeskategori har alldeles speciella förutsättningar för att finna lösningar på glappet mellan barns svårigheter och behov och skolvärldens bemötande av dessa.

Några reflektioner

Herz för i sin framställning vare sig någon fördjupad diskussion om kliniskt användbara begrepp utöver de få som konstituerar hans förhållningssätt eller de traditionella DSM IV- diagnoserna. I stort sett tycks hans grundläggande synsätt och hållning vara densamma oavsett problem och symtom. Dessa ligger långt ifrån utgångspunkten "ett symtom/en (manualiserad) behandlingsteknik". Hertz ger som nämnts kliniska beskrivningar i ett antal vinjetter.

Dessa vinjetter är i sig illustrativa men förefaller mig inte alltid helt övertygande. Ibland verkar det finnas ett gap mellan komplexiteten i den problematik som beskrivs, interventionen som görs och den förändring som följer. Då och då kom jag på mig själv med att tänka "oj då, den där förändringen gick allt väldigt lätt, det känner jag inte riktigt igen från min egen erfarenhet". Men kanske är det orättvist. Det kan finnas implicita kurativa aspekter i det intersubjektiva fältet kring terapeuten som inte går att fånga i ord i en vinjett.

Det är också oklart för mig vilken utbildningsbakgrund en behandlare måste ha för att kunna omsätta Hertz förhållningssätt i praktiken, räcker den teoribakgrund han förmedlar? Jag blir påmind om skillnaden mellan att lära sig en explicit och väl strukturerad familjeterapimetod som den strukturella ad modum Minuchin respektive mer gestaltiskt/experientiella metoder tex ad modum Carl Whitaker, vilka tycks kräva mer intuitiv "konstnärlig" fallenhet. Hertz arbetssätt tycks mest besläktat med de senare.

Hertz arbetssätt bygger helt på involvering av familjen i de kliniska samtalen. Han skriver att han sällan upplevt att ungdomar vill komma utan sina föräldrar. Inte heller detta känner jag riktigt igen, kanske är det annorlunda i Danmark.

Vad är då styrkan med Hertz bok? Han befäster barn- och ungdomspsykiatrins utvecklingsbaserade och transdisciplinära utgångspunkter och tar spjörn mot alla tendenser till tillämpning av en förenklad medicinsk modell. Han tydliggör familjens-föräldrarnas potential i behandlingsarbetet i ett läge där insikten om denna kan vara på väg att reduceras till "föräldrakontakt" inom barnpsykiatrin. Han har ett kraftfullt existentiellt anslag som visar sig i respekten för den enskilda individens upplevelse, för barns och tonåringars tankar om sig själva och sin syn på sin situation, öppenheten för implicita utvecklingspotentialer och förmågan att frigöra dessa, samt en tillsynes oförstörbar utvecklingsoptimism med det hopp en sådan hållning förmedlar. Det förefaller som om han menar att när man väl har ställt diagnosen måste man frigöra sig från den då barnet är så mycket mer än sin diagnos, annars kan man inte öppna sig för det unika där utvecklingspotentialen, inte bara symptomreduktionen, finns.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



**DET ÄR MER
ÄN ATT PATIENTEN
INTE TOG
SIN TABLETT.**

**DET ÄR EN SIGNAL
ATT GÖRA NÅGOT
ÄNNORLUNDA.**

40 % av patienter med schizofreni har dålig
behandlingsföljksamhet till sin förskrivna medicin¹.

ZypAdhera™ är det enda långtidsverkande
atypiska antipsykosmedlet med flexibel 2 eller
4 veckorsdosering. Med ZypAdhera™ får dina

patienter med schizofreni effekten av olanzapin i
en långtidsverkande beredningsform.

**Är det dags att erbjuda dina patienter med
schizofreni en ny möjlighet?**

1. Valenstein M et al. Antipsychotic Adherence Over Time Among Patients Receiving Treatment for Schizophrenia: A Retrospective Review. J Clin Psychiatry 2006;67(10):1542-1550.

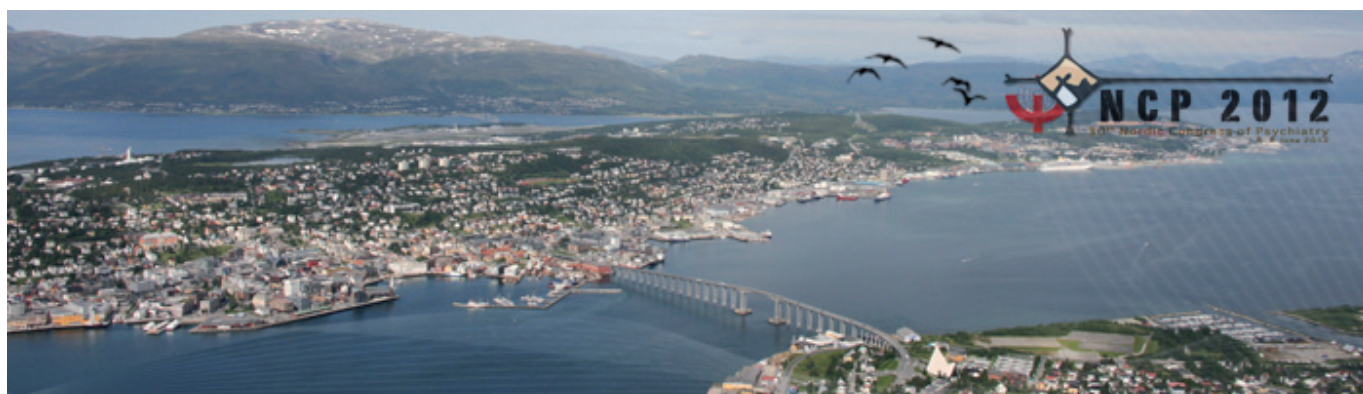
ZYPADHERA 210 mg, 300 mg, 405 mg pulver och vätska till injektionsvätska, suspension (olanzapin)

ATC-kod: N05AH03 **Indikationer:** Underhållsbehandling av vuxna patienter med schizofreni som stabiliserats under akut behandling med oralt olanzapin. **Kontraindikationer:** Känd risk för glaukom med trång kammarvinkel. **Varning:** Ska endast ges som en djupt intramuskulär, gluteal injektion. Efter varje injektion ska patienten observeras med avseende på tecken och symtom tydande på olanzapinöverdos i minst 3 timmar av kvalificerad personal med tillgång till sjukvårdsresurser. Man bör förvissa sig om att patienten är klar och vaken och inte har några tecken eller symtom på överdos, och patienten ska observeras i 3 timmar efter injektionen. Innan injektionen ges ska läkaren/sjuksköterskan bestämma att patienten inte ska resa till sin bestämmelseort ensam. **Datum för översyn av produktresumén:** 20100901. **För ytterligare information och priser se** www.fass.se. Rx, F Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.

2011.10.24

Centennial Nordic Congress of Psychiatry Understanding mind and crossing borders

The 30th Nordic Congress of Psychiatry will be held in
Tromsø, Norway 5. – 8. June 2012



The congress is organized 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 Psychiatric Associations within the Nordic Zone of the World Psychiatric Association.

Early bird conference fee NOK 3500, for young psychiatrists NOK 3000, for participants from low income counties NOK 2500.

The scientific program will have a broad scope

What do we need to know for good health services planning and what are necessary ingredients of a good mental health service system (*Assen Jablensky, Australia*)

Mental health implications of migration (*Dinesh Bhugra, Great Britain*)

Models of mental health service for multicultural societies and what culture adds to a person-centered psychiatry (*Laurence Kirmayer, Canada*)

The gene environment in psychiatry (*Kenneth Kendler, USA*)

Clinical and theoretical implications of sub-threshold states in psychiatry (*Levent Küey, WPA*)

Treatment of psychoses with an emphasis on early intervention

(*Thomas McGlashan, USA; Pat McGorry, Australia; Merethe Nordentoft, Denmark;*

Jan O. Johannessen, Paul Møller & Ingrid Melle, Norway)

Life expectancy and mental health (*Merethe Nordentoft, Denmark*)

A separate program for candidates in psychiatric specialization (LIS) will include

Road to Research (*Sameer Jauhar, Scotland & a young psychiatrist from Sweden*)

Psychiatrist - a Promising Profession (*Norman Sartorius, WPA; a student, Norway*)

Psychiatry and correctional services: Psychiatric evaluation of the 22.7 killer

Time limit for submitting abstracts is February the 20th 2012

For more information, visit the conference web site: www.ncp2012.org.

Welcome to Tromsø!