

Välkomna till Almedalen i Visby!

SPF arrangerar ihop med SKL/Psynk, Sfbup, Västerbottens läns landsting, m fl.

Psykisk Hälsa-kaféet den 3/7 på Bar & Café, Hästgatan 10, Visby.

08:30 - 10:00

Barn och ungas psykiska hälsa – hur svårt kan det vara?

11:00 - 11:15

Skrota LVM-lagen! Den har svårt att skydda ungdomar i destruktivt missbruk

11:15 - 11:35

Vad tycker familjer om familjeintervention när en förälder har psykisk sjukdom eller missbruk?

11:35 - 11:50

Behövs Hjärnkoll i vårt upplysta samhälle?

11:50 - 12:10

Min son har fått schizofreni - dödsdom eller bara ett besvärligare liv?

12:30 - 14:00

Vad kan psykiatri göra för människor med ADHD annat än att ge piller? Och hur hjälper vi barnen? SPF

12:30 - 14:00

När mamma eller pappa dricker - hur stödjer vi utsatta barn genom deras föräldrar?

15:30 - 16:30

Ungdomar med självskadebeteende – hur hjälper vi dem?

Representanter från SPF:s styrelse, bl.a. ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind deltar i ett flertal debatter:

3/7 10:30 - 11:30

Psykiatri utan psykologi

Kårhuset Rindi, Tage Cervins gata 1, Stora salen, nb

Arrangör: Sveriges Psykologförbund

4/7 08:30 - 09:30

Kvinnor med självskadebeteende vårdas inom rättspsykiatri - Hur har det kunnat bli så?

Kårhuset Rindi, Tage Cervins gata 1, Lilla salen, en trappa upp

Arrangör: Sveriges läkarförbund och Natur och Kultur

4/7 11:00 - 12:00

Patienterna ingen vill ha

Högskolan på Gotland, Cramérgatan 3, Sal E30

Arrangör: Bräcke Diakoni

5/7 10:45 - 12:00

Psykiskt sjuk OK – men bli frisk snabbt

Högskolan på Gotland, Cramérgatan 3, Rum B22

Arrangör: NSPH

Följ SPF i Almedalen på vår hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Vi uppdaterar ständigt programmet och rapporterar direkt under Almedalsveckan!

Letar Du efter fler intressanta evenemang i Almedalen se www.almedalsveckan.info - kalendarium.

Varför ska vi registrera mera?

Lite historia

Det första kvalitetsregistret i Sverige var registret för knäplastik som startade 1975. Alltså för snart 40 år sedan. Embryon fanns ännu tidigare. Explosionen av kvalitetsregister inom somatisk vård kom i slutet av 80- och början av 90-talet. Det första psykiatriska kvalitetsregistret RiksÅt kom 1999, för lite mer än 12 år sedan. Jag inleder med detta för att poängtera att det tar tid för, främst oss medarbetare, att vänja oss vid och även acceptera att arbeta med kvalitetsregister. Våra patienter och deras närstående är oftast lite lättare att få med på detta tåg. Vi medarbetare är ju i första hand anställda för att behandla och stödja våra patienter, så vi tycker oss ibland inte ha tid för sådant här. Det här är en viktig sak för beslutsfattare och chefer att förstå. Alltså att sådant här tar tid. Om 10-20 år skrattar vi antagligen åt detta tillfälliga motstånd. Samma typ av resonemang förstår jag fanns inom somatisk vård i början när de första kvalitetsregistren kom.

Jag har haft kontakt med några av de somatiska kvalitetsregistrens registerhållare och eldsjälar. Deras framgång bygger på att samtliga, eller åtminstone nästan samtliga, landsting/regioner är med. Och att flera av dem registrerar nästan samtliga patienter som är aktuella. Det är ingen utopi att även de flesta nationella psykiatriska kvalitetsregistren når hit inom en inte alltför avlägsen framtid. Tänk om vi kan få en ännu större samstämmighet nationellt för våra psykiatriska patientgrupper. Att kunna erbjuda dem, liksom t.ex. höftplastiksregistret eller strokeregistret, samma vård oavsett var i landet vi bor. Och dessutom en god, evidensbaserad vård, som följer befintliga vårdprogram och kliniska riktlinjer.

Varför ska vi registrera mera?

Det finns flera goda skäl till detta. För patientens skull är absolut viktigast. Samma goda vård oavsett var man bor i Sverige. För vårdkvalitetens skull. Så att vi vet vilken vård som är bäst för patienten. För trovärdighetens skull. Så att vi med gott samvete kan säga att den vård vi erbjuder är bra. För framtidens skull. Om vi registrerar duktigt innebär det att vi är i en ständig förbättring och tidigt kan erbjuda eventuella nya bättre metoder eller behandlingar. För att vi säkert ska veta att det vi gör är bra och också för att veta vad vi kan göra om något inte alltid är så bra. Genom de nationella kvalitetsregistren ska vi lära oss av det som är bra från andra vårdgivare. För medarbetarnas skull. Så att vi alla vet vad vi ska erbjuda från vårt smörgåsbord av interventioner och behandlingar. Och sist men inte minst, för att vi ska kunna erbjuda en jämlik vård i hela landet. Om man arbetar på ett bra sätt i Stockholm eller Kiruna, vill vi gärna ta del av eller planka detta även till oss i Halland.

Vad behövs för att det ska fungera?

Det finns flera viktiga faktorer som behövs för att detta ska fungera bra. Allra viktigast är att alla chefer ger medarbetarna tid. Cheferna ska se till att det finns tid och ge tydliga direktiv att vi ska kvalitetsregistrera. De ska även entusiasmera till att alla medarbetare registrerar. Vi medarbetare måste känna att vi har tid och möjlighet att kvalitetsregistrera, och att cheferna står bakom oss. I Halland stödjer varje chef på alla nivåer kvalitetsregistreringarna.

Se bild i slutet av artikeln

Möjligheterna har nu också förbättrats avsevärt när vi har en gemensam dataplattform och blir av med de otympliga papprena. Men tid upplever vi inte alltid att vi har. Även fast vi, som i Halland, har med oss cheferna. Ofta är detta med tidsbristen en realitet, ibland är det mera en upplevelse, eller till och med ett motstånd.

Vi medarbetare måste också kunna se att registreringen lönar sig. Att vi får något tillbaka. Viktigast här är det i det direkta patientarbetet med enskilda patienter. Att vi gör hela kvalitetsregistreringen tillsammans med patienten. Att vi för en dialog om detta tillsammans. Vi två. Eller ibland kanske fler, i ett helt team.

Hur gör de i Luleå? Eller på en enskild mottagning i till exempel Jönköping? Hur lång är behandlingstiden? Är alltid närstående med? Varför använder de andra mediciner i Karlstad? Kanske vi ska göra som de gör i Skövde, där de alltid erbjuder dessa patienter kognitiv träning? Vi måste lära oss att sno, att planka. Att våga testa under kontrollerade former. Nyfikenhet är alltid en bra utgångspunkt. Och att samverka över hela Sverige. Vi ringer upp mottagningen i Karlstad och frågar varför de gör som de gör.

Några andra centrala saker att tänka på är att organisera sig på rätt sätt och att åskådliggöra registreringen på ett smakfullt sätt. I Hallands psykiatri såg vi tidigt vikten av att ha ett tvärprofessionellt team som arbetade med kvalitetsregistren. När vi inte hade med någon läkare var det svårare att nå fram till denna yrkesgrupp osv. Vidare så gjorde vi tidigt en egen hemsida för registrering i de nationella kvalitetsregistren. All information finns på ett och samma ställe. Så vi kopplade en kunnig och engagerad informatör till den tvärprofessionella gruppen.

Men viktigast av allt är ändå patienten. Att ha med patienten från början. Bra och tydlig information. Skriftlig och muntlig. Inte för lång eller omfattande, men gärna upprepade gånger. Men utan tjat. Här på mottagningen vill vi alltid registrera alla patienter. Samma information till alla.

Och, som sagt, att helst göra registreringen tillsammans med patienten. Detta är ett gemensamt verktyg att följa upp behandlingen med.

Och be alltid att få återkomma med frågan om de säger nej eller är tveksamma. Återigen utan att tjata, då blir vi inte trovärdiga. I Halland lyfte vi frågan i Hallandsrådet, vårt eget NSPH, som efter information ställde sig mycket positiv.

Ytterligare en viktig faktor att ta med är att på enheten eller avdelningen/mottagningen alltid följa upp hur det fungerar att registrera. Att det är en stående punkt på samtliga arbetsplatsträffar. Hur många har vi registrerat sedan sist? Några hinder i registreringsarbetet? Har vi några variabler eller frågor vi särskilt ska följa en period? Vilka frågor eller behandlingar har utvecklat sig sedan sist? Här är det också viktigt att poängtera vikten av att tidigt informera samtliga nya medarbetare om kvalitetsregistrering. Något man betonade på de somatiska register jag talat med. Glömmer vi detta, tappar vi snart fart.

Till sist är ödmjukhet en framgångsfaktor! Framför allt i början. Låt medarbetare testa att registrera. Utan press på sig att nå något speciellt antal registreringar. Budskapet i Halland är idag att börja registrera, fast i sin egen takt. I vårt styrkort står det tydligt att "alla patienter ska registreras i relevanta nationella kvalitetsregister". Det kan inte missuppfattas.

Se bild i slutet av artikeln

Framtiden för kvalitetsregister

Det finns många tankar och möjligheter inför framtiden. En lockande tanke är att ha ett gemensamt psykiatriskt kvalitetsregister, oavsett diagnos, där patienten själv fyller i uppgifterna. Ett register som är till för alla som har eller har haft kontakt med psykiatrik vid något tillfälle.

En annan viktig aspekt är att kunna samköra alla behandladata, såväl direkt från registren, som från datajournal och eventuella andra källor, till exempel KPP. Det viktiga är att patienten endast behöver dra sin historia och sina önskemål en enda gång. Sedan samkörs allt.

Man kan också gissa att det kommer nya typer av kvalitetsregister i framtiden. Fler som ej bygger på diagnos, utan som istället är till exempel funktionsrelaterade eller som bygger på arbete med patient och närstående tillsammans. Eller varför inte psykopedagogiska register som följer upp till exempel den psykiatriska kunskapsnivån hos patienter och kanske även närstående.

Även register som följer den allt viktigare frågan om samverkan mellan samtliga inblandade, såväl brukare, närstående, kommuner, psykiatri och andra eventuella huvudmän, efterfrågas redan idag. Ett register som även tittar på organisationen kring den psykiatriska patienten skulle kunna vara en del i detta samverkansregister.

Så positiva tankar inför framtiden saknas inte. Det handlar egentligen mest om att få tid och resurser för en utveckling av det vi behöver och efterfrågar.

Faktaruta

- Låt detta ta tid. Svårt att skynda på utvecklingen. Lär av de somatiska registren.
- Målet är att kunna erbjuda likvärdig psykiatrisk vård i hela landet.
- Cheferna ska ge medarbetarna tid för kvalitetsregistrering.
- Medarbetarna måste känna att registrering lönar sig. För patientens, organisationens och vår egen skull. Att vi får något tillbaks.
- Rigga en tydlig organisation, som är väl implementerad.
- Ett tvärprofessionellt synsätt även här.
- Skapa en smakfull hemsida som är enkel att hitta i.
- Patienten ska vara med från början. Bra muntlig och skriftlig information som alla förstår.
- Informera vid behov även familjemedlemmar och andra närstående.
- Gör kvalitetsregistreringen till en del av den ordinarie behandlingen och uppföljningen av denna.
- Kontinuerlig uppföljning på arbetsplatsträffar.
- Ödmjukhet inför införandet och fortsättningen av kvalitetsregistreringen.
- Och ha alltid i åtanke hur vi kan förbättra, och även förenkla, kvalitetsregistreringen inför framtiden. ◀

Nisse Berglund
Vårdutvecklare, Psykiatristaben
Psykiatrik i Halland

Snabbguiden – allt du behöver veta i fyra enkla steg

1. Varför?

Vi använder kvalitetsregister i vården för att säkra en kvalitativ utveckling genom att viktiga data som samlas in i vår egen verksamhet kan jämföras med andra. Nu är det lättare än någonsin att registrera patienter till de psykiatriska kvalitetsregistren. Det sker på en websida som dessutom är densamma oavsett om man ska registrera en patient med bipolärt syndrom eller adhd.

2. Komma i gång

När du har en patient som bör registreras (se text längst ner) är det viktigt att kort informera om syftet med registreringen och lämna ut broschyr med patientinformation. (Kom ihåg att patienten har rätt att när som helst välja att inte delta i registreringen.) Om du inte är inloggad på datorn med din e-legitimation behöver du ansluta den. Gå till registreringssidan antingen genom att trycka på länken här uppe till höger eller via denna webadress: <https://requa.orebroll.sjonet.org/NKP/>

3. Registrera

När du påbörjar en registrering placerar du patienten i rätt kvalitetsregister genom att ange den diagnos (enligt ICD-10 kod) som är orsaken till registrering, eller att du själv väljer det register som passar. När man själv väljer finns även "Kvalitetsstjärnan" med som alternativ. Det är inget som hindrar att du väljer flera register när det är tillämpligt.

4. Klart!

När du tillsammans med patienten svarat på frågorna registreras de centralt och kommer med i statistik som är till för att förbättra vården runt om i landet. Innan det är dags för uppföljning kommer en påminnelse med e-post.

Vilka patienter gäller det?

Oavsett diagnos och behandling kan Kvalitetsstjärnan alltid användas som uppföljningsverktyg för psykiatriska patienter. För de andra registren måste patienten ha en säkerställd diagnos eller gå en behandling enligt nedan.

Diagnosgrupper:
Bipolär sjukdom, adhd, psykossjukdom, åstörning, beroende-sjukdom, rättspsykiatri samt barn och ungdomar som konstaterats eller misstänks ha blivit utsatt för sexuella övergrepp.

Behandlingar:
ECT och läkemedels-assisterad rehabilitering av opiatberoende.

Dokument- och länklista

-  Snabbguiden – utskriftsvänlig variant
-  Till Registrera ärende
-  Rörlig guide till registrering

Komprimerad information från Hallandspsykiatris intranät

Kvalitetsregistreringssidan



The screenshot shows the web application interface for the Quality Register. At the top, there is a navigation bar with links like 'Administrativt stöd', 'Beställa & boka', 'FOU', 'Förvaltningar & enheter', 'Ledning & styrning', 'Medarbetarguide', 'Verksamhetsutveckling', and 'Vårdstöd'. Below this, a sidebar on the left lists various categories under 'Förvaltningar & enheter', including 'Psykiatri Halland', 'Vuxenpsykiatri i norra Halland', 'Vuxenpsykiatri i södra Halland', 'Barn- och ungdomspsykiatri', 'Kontaktpuffar, stödet', 'Psykiatriska kvalitetsregister', 'Support - frågor och svar', 'Information till medarbetare', 'Snabbguiden - allt du behöver veta i fyra enkla steg', 'Fakta & statistik', and 'Patienter & närstående'. The main content area is titled 'Psykiatriska kvalitetsregister' and features a grid of buttons: 'Till registreringen', 'Information till medarbetare', 'Snabbguiden - fyra enkla steg', 'Patienter & närstående', 'Support Frågor & svar', and 'Fakta & statistik'. Below the grid, there is a welcome message and a link to the 'Snabbguide'.



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:
Maud Nycander



Foto: Lars Tunbjörk

Sök forskningsanslag från Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden delar ut medel en gång per år. Medel ges företrädesvis till yngre odisputerade forskare under handledning. Summan varierar beroende på hur mycket vi får in i medlemsavgifter och gåvor. Senaste datum för att söka årets forskningsanslag är 15/8 2012.

Du skickar Din ansökan elektroniskt till:
ansokan@psykiatrifonden.se
Läs mer på www.psykiatrifonden.se

Välkommen med Din ansökan!

PSYKIATRIFONDEN

Projektet Bättre psykosvård Nationellt möte 23 april 2012



Foto: Per Hagström

Socialdepartementet har på regeringens uppdrag tilldelat registerhållaren för kvalitetsregistret PsykosR, Ing-Marie Wieselgren, medel för att implementera insatserna som beskrivs i Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. En projektledare, Anette Lassinger, leder och samordnar projektets omhändertagande namnet "Bättre Psykosvård". Medlen från departementet har delats ut till "processledare", en för varje län i riket, för detta ändamål. Deras uppdrag är stödja och organisera implementeringsprocessen likartat över hela landet. Den 23 april hade projektet en nationell kick-off på Ingenjörshuset, Malmskillnadsgatan i Stockholm, med föreläsare och personal både från socialtjänsten och psykiatri. Här kommer ett referat från mötet!

Vi står inför ett paradigmskifte där psykiatri och socialtjänst tillsammans skall verka för en evidensbaserad vård- och stödapparat med den unika personen bakom sjukdomen i centrum!

Inledning

Ingmarie Wieselgren, registerhållare PsykosR och projektchef för Bättre psykosvård

De psykosociala insatserna är en praktisk revolution och vi ska tillsammans visa att det lönar sig att införa dessa genom att mäta vad vi gör. Vi måste upptäcka det friska hos människan bakom sjukdomen. Vi bär alla på historier där personer har förbättrat sin funktion så låt dessa historier ge oss styrka att skapa en bättre psykosvård!

Presentation av projektet Bättre psykosvård

Annette Lassinger, projektledare

Projektet Bättre psykosvård ligger under PsykosR och ska med stöd av pengar från Socialdepartementet stärka enheterna i implementeringen av de psykosociala insatserna vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Detta genom ett gemensamt, nationellt engagemang där enheter runt i landet delar med sig av kunskap och erfarenheter. Projektets regionala processledare skall stödja enheterna att implementera och följa upp valda insatser.

Har du (H)järnkoll på dina hjärntroll?

Rickard Bracken, medieansvarig Hjärnkoll

En stor del av befolkningen har egna erfarenheter av psykisk sjukdom, själv eller genom anhöriga. Trots detta associerar många ofta psykiskt sjuka med våld, oberäknlighet och utanförskap. Hjärnkoll arbetar med riktad utbildning, av personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom, för att ge kunskap, förbättra attityder och motverka diskriminering. Genom ett samarbete med CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) har man kunnat visa på en positiv förändring i attityder gentemot psykiskt sjuka i de områden där man riktat kampanjer.

Rekommenderade riktlinjer

Pia Rydell, verksamhetschef Psykiatri Psykos Göteborg

De psykosociala insatserna är tänkta att ges som tillägg till lämplig läkemedelsbehandling och syftar till att patienter med psykosjukdom ska öka sin delaktighet i samhället, förbättra sin funktion, och få ökad livskvalitet. Vid införandet av riktlinjerna har en del upprörts över att riktlinjerna inte rekommenderar stödsamtal. Stöd är något som behövs men vi ska inte erbjuda det istället för evidensbaserade riktade behandlingsmetoder. Vi behöver även erbjuda mer individuellt inriktat stöd till arbete istället för de arbetsförberedande insatser som ofta erbjuds idag.

Reflektion kring riktlinjerna

Lena Flyckt, docent och programledare Psykos CPF (Centrum för psykiatriforskning), Stockholm

Vi står inför ett paradigmskifte som innebär konsekvenser för både vårdorganisationen och dess olika yrkesroller. Det krävs att vi strävar mot en mer jämlik maktstruktur i vården för att jobba i enlighet med riktlinjerna. Den organisationsmodell som finns idag motverkar till viss del detta. Vi behöver reflektera över hur vi kan handla för att göra patienten mer delaktig och vi behöver utmana både paternalism, maternalism och elitism. Vi behöver samarbeta mer med socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling. Patienten behöver äga sin egen livsprocess.

Hur svårt kan det va? Implementering av vård och stödsamordning i samverkan mellan socialförvaltningen och psykiatriska öppenvården i Falun.

Birgit Nilsson och Lisa Ask, vård- och stöd-samordningsprojektet Dalarna

Enhetschefer och lokala politiker behöver vara införstådda i att samverkan tar tid att utvecklas. Tid behöver ges för handledning och för arbete med samverkan. Att chefer ger ett tydligt uppdrag och en tydlig handlingsplan är också önskvärt.

Arbetet med metoderna bör utföras på samtliga nivåer och enheterna behöver vägledning i arbetet för framgångsrik implementering.

GAP-analys, varför och hur?

Zophia Mellgren, regional processledare, Göteborg

GAP-analys syftar till att identifiera gapet mellan nuläge och mål vid en implementeringsprocess. Analysen kan göras på alla nivåer och ger svar på inom vilka områden det finns förbättringsbehov. Analysmetoden har använts vid implementeringen av de nationella riktlinjerna på enheter inom Psykiatri Psykos vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Frågor som kom fram under processen var om alla insatser skall erbjudas överallt, vad det behövs för utbildning och vad man gör på enheterna som man ska sluta göra?

Ett forskarperspektiv på nationella riktlinjerna

Lars Hansson, professor i psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, CEPI, Lund.

Det är viktigt att problematisera de olika graderna av evidens som ligger till grund för prioriteringen av de insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Inom vissa områden finns det ytterst begränsad forskning och otillräcklig evidens visar dålig evidens i riktlinjerna. Att evidensen baseras på en specifik insats, på en specifik grupp måste man ta hänsyn till vid implementeringen av riktlinjerna. Ändras något i insatsen är den därmed inte bevisad effektiv. Det är därför mycket viktigt med programtrogenhet, vi behöver slåss för denna och vi behöver ta vara på ny forskning!

PsykosR i förvandling

Per Hagström, registerhållare PsykosR, och Ing-Marie Wieselgren

PsykosR-registret skall fungera som ett slags resultatmått för psykiatrin. Enheterna kan följa upp sitt arbete, få tillbaka data att använda i förbättringsarbete och jämföra sig mot enheter i hela landet. Brukareexperter har granskat texterna i registret då vi behöver garantera att vi ställer de rätta frågorna. Även återkoppling från enheterna kring vad de vill kunna ta ut för data och hur den skall presenteras välkomnas för att registret skall vara ett så användbart verktyg som möjligt.

Från andra sidan - synpunkter från personer som åtgärdas

Per G Torell, Schizofreniförbundets ordförande

För skapa en effektiv och likvärdig psykosvård behöver vi tänka på att ta med dem som åtgärdas, det vill säga brukarnas, perspektiv. De fyra områden som de nationella riktlinjerna fokuserar på; bemötande, vårdtillgänglighet, information och delaktighet, är alla viktiga för dem som står på andra sidan.

Psykiatrin behöver ta till sig att det individuella mötet, att vara personlig, att ta i hand och att våga gå utanför ramarna anses viktigt för patienter. Vi behöver alltid minnas att det är personer vi möter och inte fall!

Jimmie Trevett, ordförande RSMH

De negativa attityder gentemot psykiskt sjuka som finns i samhället leder till att psykiatri inte prioriteras. Tillsammans med patienterna och deras anhöriga behöver psykiatri slåss för resurser. Stigmatisering påverkar även psykiskt sjukas självkänsla negativt. Sysselsättning kan motverka detta men även stödja återhämtning och ge social gemenskap. Personalen, patienten och dennes anhörigas kunskaper behöver likställas i värde. Det finns mycket vi kan göra för att det ska bli bättre.

Louise Kimby

Programområde psykos

Centrum för psykiatrforskning, Stockholm

Lena Flyckt

Docent/programområdesansvarig

Psykossjukdomar

Centrum för Psykiatrforskning, Stockholm

KI UPPDRAGSUTBILDNING

Kompetensutveckling inom vård, omsorg och hälsa

Nu ges en ny chans att delta i den enda svenska högskolekursen i mentaliseringsbaserad psykoterapi.

Kursen anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge.

Mentaliseringsbaserad terapi

Teori och praktik. 7,5 hp HT 2012

Kursen ger grundliga kunskaper om mentalisering ur ett utvecklingspsykologiskt och biologiskt perspektiv. Fokus läggs även vid mentaliseringsbaserade terapitekniker. Kursdeltagaren ska under utbildningen kunna börja tillämpa dessa i sitt kliniska arbete.

Ur kursinnehållet

- Bedömning av mentaliseringsförmågan
- Mentaliseringsbaserat förhållningssätt
- Interventioner vid specifika situationer
- Psykopedagogik och mentalisering
- Forskning om mentalisering

Kursstart 17 oktober 2012

För mer information och anmälan gå in på

www.ki.se/uppdraagsutbildning

Frågor besvaras av

Niki Sundström, kursansvarig

niki.sundstrom@sll.se

Tfn: 08-123 481 46

Ulla Finati, projektkoordinator

ulla.finati@ki.se

Tfn: 08-524 838 91

Sista anmälningsdag är 2012-09-16



**Karolinska
Institutet**





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

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

SBU konkluderade nyligen att olanzapin och klorzapin bör rekommenderas i högre grad än vad de gör idag eftersom dessa läkemedel medför lägre dödlighet och självmordsrisker samt färre återinläggningar än de flesta andra antipsykotiska läkemedel.¹

Med ZypAdhera™ får dina patienter med schizofreni effekten av olanzapin i en långtidsverkande beredningsform.

Är det dags att erbjuda dina patienter med schizofreni som har dålig behandlingsföljksamhet en ny möjlighet?

1. http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Psykiatri_slutredovisning.pdf

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:** 2011-11-24. **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. 2011.12.09

Psykodrama – en nygammal metod



*"I want to be remembered as the man who brought joy
and laughter into psychiatry"
(J.L. Morenos självvalda gravskrift)*

Psykodrama är en gruppterapeutisk metod – och en filosofi – med rötter i improviserad teater. Upphovsmannen J.L. Moreno var psykiater och teaterman i Wien. I mitten av tjugotalet emigrerade han till USA, där han fortsatte att utveckla sitt arbetssätt. Till Sverige kom psykodrama liksom många andra metoder såsom gestalt- och familjeterapi under 70-talet med utländska lärare.

Som namnet antyder är psykodrama en aktiv terapiform som brukar det dramatiska mediets olika möjligheter. Dialogen går i dramatisk presens. På den psykodramatiska scenen finns friheten att röra sig i tids- och rumsdimensionerna och mellan fantasi och verklighet. I en terapisession kan huvudpersonen med hjälp av sin grupp spela upp viktiga aspekter av sitt liv – både det som hänt och det som inte hänt – men kanske borde ha hänt. Man kan spela upp drömmar, fantasier och framtidsvisioner – ja, använda scenen som experimentverkstad där det är säkert att pröva vad man aldrig vågat och utmana sina fobier.

Psykodrama bärs upp av ett intersubjektivt förhållningssätt. Det är vad som händer i mötet mellan individerna som är avgörande och utvecklande. Detta tänkesätt utvecklade Moreno tidigt – liksom hans samtida, Martin Buber – i kontrast till den traditionellt förhärskande fokuseringen på den enskilda individen, som inte minst fanns inom psykoanalysen. Att lägga stor vikt vid den enskilda individens självförverkligande är ju ett ideal som stammar från renässansen. Men modellen avspeglar också den traditionella läkare-klient-relationen. Moreno hävdade däremot bestämt att man inte kan tänka sig en människa utan en annan, och att det endast är genom mötet som man kan utvecklas och lära nytt.

Roller

Om man använder en dramatisk metod är det förstås praktiskt att ha en teori om roller för att kunna navigera. Säkert influerad av socialantropologer som G.H. Mead och R. Linton utvecklade Moreno en egen teori om roller. Han skriver att rollen är självets aktuella och skönljbara form i mötet med en annan roll (mot-roll). Det är enkelt att se att i varje möte spelar två olika roller mot varandra. Man kan ta exempel som förälder/barn, chef/anställd, man/kvinna, påstridig/avvisande etc. Rollen är sålunda fenomenologiskt definierad.

Foto: Shutterstock/Everett Collection

Varjerollharenkognitiv, en emotionell och beteendenaspekt. Moreno skiljde mellan psykosomatiska roller, som avspeglar kroppens funktioner, sociala roller som är färgade av sociala värderingar och klichéer, samt psykodramatiska roller som utvecklas i samspelet med betydelsefulla andra. Givetvis överlappar dessa roller varandra mer eller mindre.

Som ledare (regissör) av ett psykodrama bör man iakttaga i vilken eller vilka roller som protagonisten (så brukar man kalla huvudpersonen i dramat) uppträder i mötet. Är rollen adekvat i situationen? Vilka roller saknas? Tar någon roll för stor plats? Den australiska psykodramatikern Lynette Clayton delade in rollerna i tre olika kluster:

Det neurotiska klostret representerar olösta aspekter av föräldrarnas personligheter tillsammans med barnets motrollreaktioner. De är ingredienser i vad man utifrån anknytningsteori kallar dysfunktionell anknytning. Färdighetsklostret omfattar det bästa man kunde lära sig i sitt familjesystem. Det "individuade" klostret representerar vuxenhet och existentiell mognad.

Man kan utifrån andra kriterier dela in roller i överutvecklade, normalt utvecklade och underutvecklade. Överutvecklade ter sig som "psykologisk cancer" och dominerar på andra rollers bekostnad. Illustrativa exempel är missbruksbeteende, tvångssymptom och ätstörningar. Otillräckligt utvecklade roller kan t.ex. handla om att inte kunna sätta gränser, klara konflikter, uttrycka positiva känslor och visa kärlek. Fobiskt undvikande kan vara uttryck för både över- och underutvecklade roller. Dessa olika roller som begränsar livskvalitet och funktionsförmåga exponeras och kan aktivt påverkas på scenen.

Det finns mycket mer man skulle kunna säga om roller. Givetvis finns en genetisk kärna, som både programmerar t.ex. spädbarnets rollrepertoar och är avgörande för roller som har med överlevnad att göra. Ser vi på könsroller hamnar vi i debatten om vad som är biologiskt och vad som är "social konstruktion". Eftersom rollen är fenomenologiskt definierad kan man spela upp rollerna utan att omedelbart ta ställning i frågan

Medvetet och omedvetet

Psykodrama bedrivs som seriös gruppterapi sker i en fast – eller halvöppen – grupp under tillräckligt lång tid för att en process ska kunna utvecklas. I en grupp skapas över tid dels en medveten explicit historia, dels en implicit som inte kan uttryckas i ord. Moreno kallade det för gruppens sam-medvetna och sam-omedvetna. Sådana processer utvecklas över tid i alla grupper. Den första är förstås familjen. Under våra fortsatta liv, från förskoleåldern och framåt, deltar vi i och formas av många grupper, där vi både agerar medvetet och medför vårt implicita bagage.

Omedvetna processer har varit i fokus för nästan all psykoterapi alltsedan Freud fastslog att ingen är herre i sitt eget hus. Undantaget är KBT, där man helt undviker att ens nämna ordet. Inom psykoanalysen har man arbetat med de mörka aspekterna av det omedvetna, med primitiva drifter och symptomskapande komplex med målet att medvetandegöra och förstå. Den legendariske hypnosterapeuten Milton Erickson däremot såg det omedvetna som en positiv resurs, kommunicerade gärna i metaforer men avstod från att tolka. Bäst har enligt min åsikt psykoanalytikern och utvecklingspsykologen Daniel Stern i sin bok "Ögonblickets psykologi" beskrivit det egentligen självklara att det explicit medvetna kan liknas vid en spotlight, som belyser ett litet område i taget, medan det överväldigande flertalet av nervsystemets processer är implicita, dvs. inte är medvetna och aldrig går att beskriva i ord. Detta är förstås en helt nödvändig ekonomisk funktion. Stern skriver att i ett samtal mellan två personer är 90 % av kommunikationen omedveten för båda parter. Ett beskt piller att svälja för en psykoterapeut!

Det implicita ger sig till känna som kroppsförnimmelser, känsloreaktioner, i kroppsspråket, röstläget, mimiken och i bilder och metaforer. I psykodrama, "ögonblickets psykoterapi", engageras deltagarna i spontan aktion och skapande, vilket både stimulerar och drivs av implicita funktioner. I ett möte, skriver Stern, samskapas en implicit gemensam dyadisk process. Det låter som att med nya ord formulera vad Moreno redan på 20-talet kallade "det genuina mötet".

Moreno var en outtröttlig uppfinnare av psykodramatiska tekniker, som – i likhet med andra kreativa metoder - adresserar sig till implicita processer. Många har övertagits och brukats inom andra psykoterapiformer, t.ex. inom gestalt och KBT(!). Teknikerna är avsedda att vara till hjälp att skapa genuina möten med andra människor eller mellan olika aspekter av sig själv.

Genom tonvikten på aktion har psykodrama ändå beröringspunkter med KBT. Det är också lätt att se likheterna mellan Morenos rollbegrepp och kognitiva scheman, sådana de beskrivs av Aaron Beck, den kognitiva terapins upphovsman. Båda har definitionsmässigt en kognitiv, en emotionell och en aktions-aspekt. Ett dysfunktionellt schema och en neurotisk roll verkar vara olika benämningar på samma sak. Vad som skiljer är behandlingsstrategin. Beck utgår från tankarnas primat och skulle ifrågasätta det kognitiva schemat medels sokratisk frågeteknik. Moreno, även han en beundrare av Sokrates, skulle undersöka rollen i aktion.

Rollbyte, dubblering och spegling

De tre viktigaste teknikerna i psykodrama är rollbytet, dubbleringen och speglingen. Rollbytet innebär att ta en annan människas roll. Ett rollbyte kan vara direkt - två personer byter roll med varandra (t.ex. vid konfliktlösning eller i parterapi) – eller indirekt (vanligast i en terapigrupp där någon gruppmedlem väljs att spela den viktiga andra). Ett rollbyte är en hisnande empatisk erfarenhet utan tydlig motsvarighet i någon annan terapiform och utgör själva basen för det psykodramatiska arbetet. Det är en spontan och ögonblicklig tillämpning av vad man inom mentaliseringsbaserad behandling kallar "theory of mind". Det skapar inlevelse i den andre personen och erbjuder en ny utsiktspunkt för att få en bild av sig själv. Att göra ett rollbyte är oftast lätt men kan ibland erbjuda överstygliga svårigheter, vilket kan vara av diagnostisk betydelse.

Dubblering innebär att någon (regissören eller någon ur gruppen) utifrån intuition och inlevelse formulerar vad protagonisten själv inte kan uttrycka och kanske inte ens är medveten om. En rätt timad dubblering kan vara nyckeln till att dramat utvecklas i en meningsfull riktning. Som regissör bör man vara medveten om att det ändå handlar om en tolkning som skulle kunna vara tolkarens egen projektion eller vara feltimad. Det är alltid nödvändigt att finna ut om protagonisten accepterar dubbleringen.

Spegling innebär att protagonisten får se den pågående aktionen i sin scen utifrån positionen som reflekterande observatör. Någon ur gruppen går in och spelar hans roll. Detta perspektiv kan förmedla helt ny förståelse. Protagonisten är sedan fri att ändra scenen på det sätt som behövs.

Psykodramats faser

Normalt innehåller ett psykodrama tre faser. Uppvärmningsfasen innebär fokusering på det aktuella temat, val av protagonist och en stimulering av den spontanitet och kreativitet utan vilka inget drama blir levande.

Aktionen utspelas sedan på den scen som protagonisten väljer att skapa (med minimal eller ingen rekvisita). Ur gruppen väljer han medspelare (hjälpjag) att gestalta de viktiga rollerna i dramat. Spelet kan bestå av en scen (vinjett) eller omfatta flera scener. Det är vanligt att dramat startar med en aktuell händelse. Den första scenen kan leda till en tidigare (rätt ofta en barndomsscen med möte med viktig vuxen), där den nu aktuella rollen formades. En sådan scen kan innehålla starka känslor och hjälpa protagonisten att tydligt skilja mellan realiteter i nuet och rollförväntningar, som stammar från tidigare traumatiska händelser. I slutet av dramat kan det vara läge att återvända till den första scenen försedd med nya redskap (nya roller att börja träna på). Denna beskrivning är ett exempel på hur ett drama kan förlöpa.

Ett genuint drama uppfört inom en grupp engagerar starkt både protagonistens och de övriga deltagarnas känslor. Utifrån ett terapeutiskt perspektiv finns två fördelar: Lättnaden att få släppa ut tillbakahållna känslor samt den insikt som aktionen leder till. Både känslor och insikt hanteras och bearbetas också i dramats slutfas. Då återsamlas gruppen i en cirkel där deltagarna kan dela med sig av vad de själva känt och upplevt under dramat och vad de kan känna igen från egna erfarenheter. Detta kan vara den mest förtätade delen av dramat och innebär från gruppens sida ett bekräftande av protagonistens arbete och, vilket är minst lika viktigt, en terapeutisk process som engagerar samtliga deltagare och påverkar gruppens fortsatta utveckling.

Spontanitet och kreativitet

Varje drama innebär i något avseende att protagonisten utmanar gamla rädslor genom att utsätta sig för ångestframkallande situationer och med regissörens och gruppens hjälp hitta nya kreativa vägar – nya roller – att hantera sitt liv. En liknande idé har inom KBT utvecklats med sekvensen exponering – responsprevention – utveckling av nya färdigheter. Man kan påstå att man inom psykodrama och KBT delar åsikten att handling här och nu är effektivt. Vad psykodrama lägger till är ett fokus på patientens egen spontanitet och kreativitet. All mänsklig utveckling går via nytt skapande. Spontanitet och ångest är oförenliga. Ångest begränsar synfält och initiativförmåga och håller oss inom fobiskt begränsade ramar. Spontanitetens roll är att låta oss våga se med öppna ögon och pröva nya möjligheter. Inom psykodrama används inga manualer. Man sätter sin lit till den intuitiva skaparförmåga som var förutsättningen för vår socialiseringsprocess i barndomen och även för oss vuxna är en förutsättning för innovativ och konstnärlig utveckling.

Psykodrama är, som redan nämnts, i grunden en gruppterapiform. Delmetoder kan användas i individualterapi och familjeterapi. Det är ett bra instrument i handledning. Med fokus på sociala roller har det en plats inom arbete i organisationer och för hantering av social problematik, då under benämningen sociodrama. Man kan också tillämpa rollteorin vid individualterapeutiskt arbete med inre bilder. Här finns beröringspunkter till symboldrama och till en av den tredje KBT-vågens många metoder, schematerapi, som har likheter med vad man skulle kalla ett inre psykodrama.

Psykodrama är i ganska måttlig omfattning spritt i Sverige. Kanske finns en kulturellt betingad tvekan vad gäller användandet av expressiva metoder. Att vara psykodramaregissör innebär ju också att förhålla sig till att det inte går att förutse hur ett pågående psykodrama ska utvecklas och avslutas. Som ledare får man använda sin egen spontanitet och kreativitet för att hjälpa protagonisten till ett meningsfullt drama, ha överblick över de förekommande rollerna och ha ett öga på vad som i övrigt händer i gruppen.

Organisation

Psykodrama är livskraftigt i USA, har blivit stort i Australien och i Sydamerika och har en växande spridning i de gamla öststaterna, där det mötts med entusiasm av unga människor, som levt under diktatoriskt förtryck. Strax före sin död 1974 tog JL Moreno initiativet till en världsomfattande paraplyorganisation, International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP), där psykodrama är en av flera inriktningar. Olika europeiska psykoterapiinstitut har bildat en egen organisation, Federation of European Psychodrama Training Organisations (FEPTO).

I Sverige finns flera institut, som bedriver utbildning i psykodrama. Det finns också ett nordiskt samarbete. Merparten nordiska och baltiska institut är också anslutna till en annan organisation, Nordic and Baltic Board of examiners, vars huvuduppgift är att garantera att institutens utbildningsstandarder är i överensstämmelse med USA:s och Australiens.

Humor och takhöjd

Själv kom jag i kontakt med psykodrama vid 70-talets slut och har jämsides med min verksamhet som psykiater i egen praktik utbildat mig till psykodramaregissör. Det har passat mig med en terapiform, som tillåter aktivitet, humor och takhöjd. Jag har kunnat glädja mig över goda, ibland snabba behandlingsresultat samt åt privilegiet att som lärare utbilda nya psykodramatiker.

Lars Tavon

Privatpraktiserande psykiater, spec. i allmän och barn-och ungdomspsykiatri

**Leg. psykoterapeut och psykodramaregissör TEP
Stockholm**



Fortsättning från sidan 41

Samarbete med barnläkare och obstetriker sker på konsultbasis. Tillgång finns också till farmaceut och parterapeut.

Fäder integreras såtillvida att dessa kan vistas på enheten under dagtid, delta vid parsamtal samt vid rondens som äger rum en gång i veckan.

Varje patient tas om hand av ett team med psykiatrisjuksköterska och barnsköterska som är tydligt för patienten under vårddygnet. De hjälper och stödjer mödrarna att ta hand om sina barn, observerar mammans omsorgsförmåga och ansvarar för säkerheten. Ett veckoprogram strukturerar vårdtiden med dagliga aktiviteter som matlagning, musik och dans, individuella samtal med farmaceut, skapande verksamheter som t.ex. arbete med dagbok för barnet samt på fredagar en "pampering day" för mammorna med manikyr och skönhetsvård.

Under studiebesöket fanns möjlighet att delta vid rondens. För varje patientärende avsattes 30 minuter och inom den tiden gavs också möjlighet till samtal med patienten och hennes anhöriga. Här följer några exempel på patienter som diskuterades vid rondens.

Första patienten hade varit ineliggande i drygt ett halvt år pga. svår postpartum-psykos och svår psykosocial situation. Nu planerades utslussning till en egen lägenhet som man hade kunnat ordna under vårdtiden. Socialsekreterare och boendestödjare deltog vid mötet. Koncist och kort rapporterade varje teamdeltagare patientens och barnets mående, utveckling, behandlingsplanering, och tillsammans med boendestödjare och socialsekreterare planerades den förestående perioden av permissioner och behov av stöd i hemmet.

Andra patienten hade intagits på tvångsvård några dagar tidigare på grund av postpartum-psykos. Vanföreställningar påverkade hennes förmåga att ta hand om sitt barn och krävde kontinuerligt stöd från vårdpersonalen, då hon pga. sina vanföreställningar bl.a. var oförmögen att själv blanda barnets välling. Här deltog under mötet sjuksköterska från öppenvården och socialsekreterare och man diskuterade varför patientens tilltagande försämrade tillstånd inte uppmärksammats trots att flera larm inkommit till socialtjänsten. Patienten och anhöriga deltog efter gemensam diskussion i teamet.

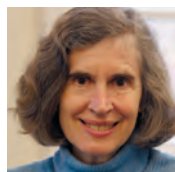
Fortsättning sidan 66

UTVÄRDERING PÅ BÄTTRE GRUNDER

16–17 OKTOBER 2012
PÅ STAR HOTEL I LUND

Vilka organisatoriska och praktiska utmaningar och möjligheter uppstår när man vill utvärdera socialt arbete, i en kommun, BUP-verksamhet eller på en institution? Med konferensen "Utvärdering på bättre grunder" vill vi belysa ämnet i teorin och med praktiska erfarenheter från olika verksamheter.

På programmet står bland annat:



Huvudtalare är **Dr. Thomas Achenbach** och **Professor Leslie Rescorla**, skaparna av ASEBA-skattningarna, mer kända som CBCL, YSR och TRF. Dessa skattningar används i över 80 länder och används både inom psykiatri och socialt arbete.



Gunilla Anderson och **Lars-Gunnar Eriksson**, Socialpsykiatriska behandlingsteamet, Akademiska sjukhuset i Uppsala
Unga med självskadebeteende – Klinisk tillämpning av skattningar.



Knut Sundell, Socialstyrelsen
Faktorer som påverkar framtidens socialtjänst – från implementation till nationella jämförelser



Martin Olsson, Socialhögskolan Lunds Universitet
Kan man utvärdera Socialt arbete? Vad kan man utvärdera och vilka krav ställs det för att det ska vara en utvärdering?

Du kommer också möta verksamheter från kommun, institutioner och Barn- och ungdomspsykiatri som berättar om sina erfarenheter kring utvärdering och kliniskt arbete.

16 oktober kommer vi att anordna en konferensbankett som ger dig möjlighet att nätverka och utbyta erfarenheter med andra verksamheter.

Pris: 2395 kr
(inklusive konferensbankett)
Anmäl dig före 30 juni och du betalar endast 1995 kr.

Läs mer om hela programmet
och anmäl dig på journaldigital.se
Har du frågor? Kontakta oss på
info@journaldigital.se

Nobelpris, mörk energi, snabbare än ljuset och medvetandet?

Sommarläsning

Jag har haft kolleger som med emfas hävdade att de i hängmattan gärna läser om multivariat statistik, sådana där amerikanska böcker i tegelstensformat. Dock tror jag att de flesta av oss förknippar hängmattan med litteratur av mer lättviktig art. Deckare. Romaner. Detta till trots väljer SP att bjuda sina läsare på en riktig intellektuell utmaning denna sommar - till hängmattan eller hammocken, bersån eller badstranden. Texten är svår och komplicerad, den behandlar Mysteriet Medvetande ur en synvinkel som vi psykiatrer inte så ofta stöter på.

Tove Gunnarsson
Redaktör SP

Nobelpriset i fysik 2011 tilldelades dem som upptäckt att universum utvidgas men med ökande, accelererande, hastighet. Vad som driver på accelerationen är okänt, men detta okända kallas mörk energi och vad det är, säger Kungliga vetenskapsakademiens representanter, är kanske fysikens största gåta. Vad som ändå anses känt är att den mörka energin utgör tre fjärdedelar av världssalltet. Tidigare har även mörk materia fått antagas. Det senare kan förutsägas från en utvidgning av Einsteins speciella relativitetsteori till sex dimensioner. Denna teori har inte vunnit någon större acceptans då den tillåter överljushastighet och omkastning mellan orsak och verkan, i strid med en grundbult i den materialistiska världsbilden. I höstas trodde man att man hittat överljuspartiklar i Cern. Finns det ett samband?

Snabbare än ljuset?

Professor Tord Ekelöfs uppmaning (26 sept <http://www.expressen.se/1.2571837>) till försiktighet med de nya data som kunde tyda på att det finns partiklar som är snabbare än ljuset var klok. Det var nämligen ingen enkel hastighetsmätning utan komplicerad elektronisk apparatur och mycket tolkningar. Ytterligare en mätning av samma forskargrupp med samma metod gav samma resultat, men sedan upptäckte man ett enkelt kopplingsfel som kan förklara resultatet som ett mätfel. De ska nu i år göras nya experiment och också på två andra håll i världen med annan metod. Men även om dessa experiment skulle visa sig helt korrekta betyder det inte att Einsteins relativitetsteori slutar att gälla inom de områden där den testats med framgång. Dvs. för alla hastigheter lägre än ljusets och med de konsekvenser som tidigare ansågs strida mot sunt förnuft. T.ex. att tiden går långsammare när man rör sig fort, att föremål krymper i längdriktningen vid rörelse, dvs. rum och tid är relativa. Även samtidighet är relativ. Men inte allt är relativt! Einstein övervägde även att kalla teorin för Absolutteorin då den också visade vad som är absolut dvs.

samma för alla observatörer, oavsett deras rörelse, nämligen ljushastigheten i vakuum och mått i rumtiden.

Däremot måste slutsatsen som ofta anses följa av Einsteins teori att inget kan färdas fortare än ljuset överges. Ekelöfs påstående att Einsteins teori inte medför detta utan bara att det finns en högsta hastighet är dock tveksamt vilket också framgick av fysikprofessor Anders Bårány's kommentar i Agenda 2 okt. För att förtydliga detta låt mig ge lite mer bakgrund.

Alla känner till $E=mc^2$ – en formel på mycket ont (kärnvapen), med stor tveksamhet (kärnkraft) men också på mycket gott - det är så solen omvandlar massa till energi som är grunden för livet på det fysiska planet.

Men även massa är relativ - massan "vikten" ökar faktiskt när vi springer. Fast vi märker inte dessa effekter i vardagen då vår hastighet är försumbar jämfört med ljushastigheten i vakuum ca 300 000 km/s, dvs. 7,5 varv runt ekvatorn på en sekund! Men för högre hastigheter märks det. Alla vet också att kroppars energi ökar med hastigheten – vi ska inte ha elefanter i baksätet. Enligt den gamla fysiken, som duger bra i vardagen, ökar kroppars energi med kvadraten på hastigheten, dvs. om hastigheten fördubblas blir energin fyrdubblad, med mycket större skador t.ex. vid en krock.

Men Einstein visade att energin ökar mycket mer enligt formeln

$$E = \frac{m_0 c^2}{\sqrt{1 - \frac{v^2}{c^2}}}$$

och att som kurvan visar det skulle gå åt oändlig energi att komma till ljushastigheten och "ännu värre" över. Detta var också Einsteins argument för att vi inte kan nå över ljushastigheten. Men ljuset går ju med ljushastigheten? Ja ljusets startar inte från noll och ökar utan föds med ljushastigheten, "flygande start". Därför, precis som professor Bårány sa i Agenda, utesluter inte Einsteins teori att det finns partiklar som har överljushastighet, som är födda med överljushastighet, men istället inte kan gå långsammare än ljuset.

Vad detta skulle vara för fenomen är dock ännu oklart men de har som partiklar fått namn "tachyoner" från grekiskan tachy=snabb och beskrevs i slutet på 1960-talet.

Utvidgning av Einsteins teori till sex dimensioner

På 1970-talet upptäcktes att det går matematiskt att beskriva fenomen med överljushastighet. Helt förenligt med Einsteins teori genom en utvidgning av den fyrdimensionella rumtiden (tre rumsdimensioner - längd, bredd och höjd - och en tidsdimension) till sex dimensioner, tre rums- och "tre tidsdimensioner". Matematikern E A B Cole har publicerat artiklar om det och han har med den sexdimensionella teorin bl.a. förutsagt mörk materia, som enligt många kosmologer är nödvändig för att förklara galaxers snabba rotation.

Så det kanske ligger en djupare sanning i denna matematiska utvidgning. (se tex <http://www.drpilotti.info/fysik.html> med bl.a. referens till Cole och förklaring av begreppet rumtid). Då materia och energi är ekvivalenta kanske det går att beskriva även mörk energi med denna sexdimensionella modell? Cole har också visat att i den sexdimensionella teorin får elektromagnetiska fält också fler komponenter och även ett helt nytt fält beskrivs, vilket åter kan vara förknippat med mer energi. Materia är i någon mening mer rumslik, har utsträckning i rummet, medan energi är "drivkraft" i processer i tiden. Så det är också i det perspektivet tänkbart att med "tre tider" det finns "tid" för mer energi. (Se även en av Heisenbergs obestämbarhetsrelationer

$\Delta E \Delta t \geq h/2$ som visar det djupa sambandet mellan energi och tid)

Orsak och verkan kan omkastas?

Nästan alla fysiker har dock avfärdat denna teori därför att den leder till konsekvenser som anses oacceptabla. Nämligen att om det existerar system som går fortare än ljuset blir ordningen mellan orsak och verkan olika för olika observatörer, dvs. även orsak-verkan skulle vara relativ. Det är kanske denna konsekvens som professor Ekelöf menar leder till att det trots allt måste finnas en högsta hastighet. För ordningen mellan orsak och verkan verkar ju absolut. Om A orsakar B måste väl A komma före B för alla observatörer? Jo kanske i fysiken. Men det finns ett fenomen där detta med omkastning mellan orsak och verkan snarare kan vara en tillgång - nämligen medvetandet, som dock inte studeras av de flesta fysiker.

Låt mig bara helt kort betona att frågan om medvetandets relation till hjärnan trots allt inte är löst.

"No one has produced any plausible explanation as to how the experience of the redness of red could arise from the action of the brain." ¹

Se också t.ex. filosofiprofessor David Chalmers senaste bok "The character of consciousness" Oxford University Press 2010, eller artiklar och videos på nätet. Dualismen som Chalmers försvarar som en möjlighet säger att våra upplevelser inte är hjärnprocesser. Men jag tror också att materialisterna har rätt när det säger att sinnesupplevelser är materia - men inte materia i hjärnan som de inte ens liknar, utan materia utanför hjärnan där vi verkligen upplever det vi ser. Benjamin Libet, en grand old man inom neurofysiologin, menar också att denna "automatiska" subjektiva referering av våra (s.k. JP) sinnesintryck till rummet fortfarande är mysteriös².

Medvetande och rumtid

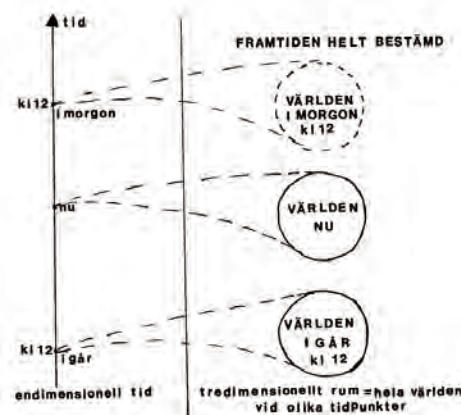
Men det finns en möjlig relation mellan rumtid och medvetande. I rumtiden existerar allt som har hänt, händer och ska hända på en gång.

Och eftersom rummet och tiden tagna för sig är relativa medan mätningar i rumtiden är absoluta är rumtiden mer grundläggande. När det gäller medvetandefenomen som t.ex. nära-döden-upplevelser så finns det många människor som sett hela sitt liv som enda bild.

Ett exempel från 1937 som rapporterades i Royal Medical Society:

"Jag var mycket sjuk ... men upptäckte att mitt medvetande separerades från ett annat medvetande som också var "jag". Ego-medvetandet vilket nu var jag, tycktes helt vara utanför min kropp, vilken jag kunde se. Så småningom upptäckte jag att jag inte bara kunde se min kropp och bädden utan allt i hela huset och trädgården. Där såg jag inte bara ting hemma, utan i London och i Skottland, i själva verket varthän min uppmärksamhets riktades ... Och förklaringen som jag erhöll ... var att jag var fri i rumslik tidsdimension, där nu var lika med här i vardagslivets vanliga tredimensionella rum". (min översättning, fetstil och förkortning)

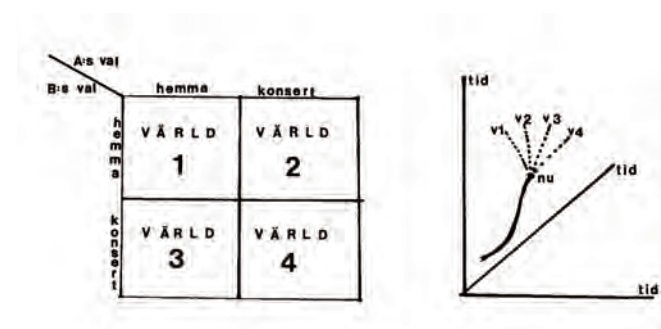
Detta är en mycket bra beskrivning av rumtiden. Det är därför möjligt att tolka denna upplevelse som att personen upplevt tiden som rum dvs. upplevt den verkliga fyrdimensionella rumtiden där allt som har hänt, händer och ska hända existerar på en gång. I figuren är varje punkt på den endimensionella tidsaxeln en hel tredimensionell värld.



Men då skulle ju allt vara förutbestämt vilket tycks strida mot dels kvantmekaniken³ och dels och viktigare mot vår direkta upplevelse av fri vilja.

Men i den sexdimensionella bilden med tre tider finns många möjligheter!

Varje "punkt" i den tredimensionella "tidslådan" är en möjlig hel tredimensionell värld.



Och vilken möjlighet som blir verklig beror på allas våra val som denna förenklade bild visar. Beroende på A:s och B:s oberoende val av att vara hemma eller gå på konsert kommer en av fyra möjliga världar bli fysiskt verklig i vår vanliga fyrdimensionella värld medan de övriga var möjligheter som finns kvar i det mentala.

Det är nämligen en avgörande skillnad mellan möjlighet och verklighet. Hegel sa - det som är verkligt måste en gång ha varit möjligt men det som är möjligt kan ske men behöver inte ske. Det enklaste sättet att övertyga sig om det är att reflektera över möjliga respektive verkliga mänskliga relationer.

Medvetande och rumtid igen

Mer om detta kan läsas på (www.drpilotti.info/medvetande.html). Här vill jag bara antyda att det är möjligt att tolka medvetandet som existerande i rumtiden och inte i hjärnan som bara är en liten del av rumtiden⁴.

och omkastning av orsak och verkan

Jag menar att en tanke om framtiden kan tolkas som en framtida möjlig värld som finns i rumtidens framtid. När jag skriver detta på min dator är det en adekvat beskrivning för en annan person, det s.k. tredjepersonsperspektivet, att ange processer i min hjärna som orsak till att fingrarna skriver på tangentbordet det som med datorns hjälp blir text på skärmen.

Men ur mitt eget perspektiv, förstapersonsperspektivet, är det en lika adekvat beskrivning att det är min tanke = min bild av texten på skärmen i framtiden som är orsak till skrivandet. Dvs. ordningen mellan orsak-verkan är relativ och beroende på observatörens perspektiv och omkastning av ordningen mellan orsak och verkan är här en tillgång.

Bells olikhet, kvantmekanik och överljushastighet

Bells olikhet härleddes av kvantfysikern John S Bell 1964 utifrån vissa antagandet om vår verklighet och experimentella resultat i kvantmekaniken efter 1970-talet har visat att något av dessa antaganden måste vara fel. Professor Wiseman sammanfattar detta:

"To conclude, the results of the Bell-experiments leave only two possibilities:

- (i) the world is non-local - events happen which violate the principles of relativity⁵;
- (ii) objective reality does not exist - there is no matter of fact about distant events.

Although consistent, the second option does seem very close to solipsism, 'the view or theory that only the self really exists or can be known'. Even if solipsism cannot be refuted, it can certainly be attacked on ethical grounds. As Karl Popper wrote pointedly 'any argument against realism which is based on quantum mechanics ought to be silenced by the memory of the reality of the events of Hiroshima and Nagasaki'.

Compared to solipsism, the proposition that relativity is not fundamental, and that the world is non-local, seems the lesser of two evils. This was certainly Bell's position, and is even seen as inevitable by some philosophers...⁶" och han hänvisar sedan till Maudlin, se nedan

Medvetande varken materia eller energi?

Tim Maudlin, professor i filosofi med inriktning på fysik, drar i boken

"Quantum Non-Locality and Relativity" (Blackwell Publishing 2002) slutsatsen

"Violation of Bell's inequality does not require superluminal matter or energy transport

Violation of Bell's inequality does not entail the possibility of superluminal signaling

Violation of Bell's inequality does require superluminal causal connections

Violation of Bell's inequality can be accomplished only if there is superluminal information transmission"

Så det som "rör" sig fortare än ljuset är inte materia, energi eller signaler utan information och kausalitet. Som för mig låter som upplevelser och vilja dvs. medvetandekvaliteter.

Så kanske kan man säga att medvetandet existerar men är varken materia eller energi.

Självklart är detta fortfarande en spekulativ idé, men de stora framstegen i vetenskapen har gjorts när till synes oberoende fenomen knyts ihop, t.ex. då elektricitet, magnetism och ljus knöts ihop i Maxwells teori och detta sedan genom Einsteins relativitetsteori knöts ihop med mekaniken. Och ett uttalande av Einstein som jag tror kommer att stå sig i alla tider är

If at first an idea does not sound absurd there is no hope for it

Jan Pilotti
Fil kand matematik, teoretisk fysik
Ungdomspsykiater
Överläkare Universitetssjukhuset i Örebro

/de tre sista bilderna ur Pilotti J "Medvetandet och hjärnan" i N-O Jacobson red "Nytänkande" Norstedts 1987

(Endnotes)

1. Crick, F., Koch, C. (2003) A Framework for Consciousness Nature Neuroscience 6 (2). 119-126
2. Libet B Cerebral correlates of conscious experiences INSERM Symp. no 6 North-Holland Publ. Comp. 1978.
3. Ber att få återkomma till hur kvantmekaniken kan tolkas på ett realistiskt sätt med denna sex dimensionella utvidgning av relativitetsteorin
4. Pilotti J. Consciousness and Physics: Towards a scientific proof that consciousness is in Space-Time beyond the brain Journal of Transpersonal Research, 2011, Vol. 3, 123-134 <http://www.transpersonaljournal.com/en/transpersonal-journalV3.htm>
5. Här i betydelsen att ljushastigheten är en övre gräns
6. Wiseman H. From Einstein's Theorem to Bell's Theorem: A History of Quantum Nonlocality <http://arxiv.org/abs/quant-ph/0509061>

Fortsättning från sidan 59

Tredje patienten hade vårdats länge pga. svårt tvångssyndrom och man planerade nu utslussning. Under detta möte deltog farmaceuten som hade gjort litteratursökningar vad gäller farmakologisk behandling och man diskuterade med patient och partner implikationer av läkemedelsbehandling för kommande graviditeter.

Fjärde patienten hade natten innan uppmärksammats av polisen då hon tillsammans med sitt nyfödda barn uppträtt påverkad av droger och suicidalt på offentlig plats. Hon nekade till försämrat psykiskt mående. Vårdintyget skrevs men vid den i UK nödvändiga tredje prövningen avskrevs detta senare under dagen. Sociala myndigheter kunde dock kopplas in.

För oss, som arbetar med psykiskt sjuka gravida och nyförlösta kvinnor har studiebesöket varit en inspirerande upplevelse. Den perinatale mentala vården i Sverige har inte definierats som en egen psykiatrisk subspecialitet. I Stockholms läns landsting finns det sedan några år ett samarbete mellan psykiatri, mödra-, barnhälsovård och socialtjänst i form av "Tvärprofessionella samverkans-grupper". Vid Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge har man sedan några år tillbaka skapat en Psykosomatisk enhet på Kvinnokliniken för patienter som avser att föda på sjukhuset. Denna enhet har tillgång till 8 timmars psykiatrisk konsult per vecka. Kvinnor med svårare psykiatrisk problematik vårdplaneras inför förlossningen och den första tiden därefter.

Vid behov av slutet psykiatrisk vård av kvinnor efter förlossning leder detta till separation av mor och barn i Sverige, då det saknas möjlighet till samvård. Den tidiga perioden hos det nyfödda barnet är kritisk för utvecklingen av barnets kognitiva och psykiska förmågor. Det är också en viktig och sårbar period för relationen mellan mamma – pappa – barn, där alla är i behov av stöd i synnerhet vid allvarlig psykisk sjukdom.

Även om det i våra ögon verkade ovant och kanske även lite skrämmande att se kvinnor med behov av tvångsvård ta hand om sina barn så borde vi här i landet ta lärdom av Storbritanniens mångåriga forskningsresultat och undersöka om vården av denna viktiga grupp av patienter kan förbättras.

Marie Bendix
Överläkare Psykiatri Sydväst, Konsultenheten.
Konsult till Specialistmödravården K49, Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge

Karin Monsen Börjesson
Med dr, beteendevetare/barnmorska
Enhetschef Psykosomatiska Enheten, Specialistmödravården,
K49, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Ulla Björklund
Mödrahälsovårdsöverläkare
Kvinnokliniken, Södersjukhuset

Schizofrenisällskapet

I regi av
Eli Lilly Sweden AB

Utlyser ett

STIPENDIUM

inom

SCHIZOFRENIFORSKNING

Genom Schizofrenisällskapet utlyser Eli Lilly Sweden AB ett stipendium på 75 000 kronor för bedrivande av schizofreniforskning i Sverige. Stipendiesumman har ställts tillförfogande av Eli Lilly Sweden AB som ett obundet bidrag utan krav på relation till företagets egna forskningsintressen.

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

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

Handlingar:

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

Ansökan insändes i 8 exemplar senast 15 juli, 2012. Ingen särskild ansökningsblankett erfordras.

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

Stipendiet utdelas i samband med Schizofrenisällskapets möte 25-26 oktober, 2012. Stipendiaten inbjuds att presentera sitt forskningsprojekt under detta möte. En ekonomisk redovisning av stipendiemedlen önskas under 2013.

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

Registrera mera!

- en väg till god och säker vård

Bakgrund

Varje patient har rätt till en god, säker och jämlik vård avseende sin psykiska och kroppsliga hälsa. På Nå Ut- teamet har vi som första team i Sverige implementerat det evidensbaserade vårdprogrammet Integrerad Psykiatri. Arbetssättet avser att främja individens optimala funktionsnivå i samhället och minimera oförmåga och funktionsnedsättning.

Alla insatser skall styras av en skriftlig individuell vårdplan som tar fasta på personens egna mål rörande ett tillfredsställande liv i samhället. Fokus ligger på att öka patientens delaktighet i vården, öka livskvalitet och funktionsförmåga och att genom resursgruppsarbete kraftfullt stödja anhöriga, närstående och vårdgrannar i patientens nätverk. Dessa ses som en resurs och ges stöd samt utbildas och tränas tillsammans med patienten för att uppnå en förbättrad kapacitet vad gäller kommunikation, problemlösning och krishantering. Vår patientgrupp tillhör en riskgrupp för metabolt syndrom och för tidig död. Vi erbjuder därför även en årlig hälsoundersökning, med provtagning och livsstilssamtal.

Utöver en patientansvarig psykiatriker får varje patient en Case Manager som tillsammans med patienten planerar, genomför, samordnar samt utvärderar insatser och behandling. Läkaren, Case Managern och patienten bör alltid delta i de regelbundna resursgruppsmötena tillsammans med övriga, av patienten utvalda, resurspersoner.

För att säkerställa att alla patienter får del av de viktiga komponenterna i vårdprogrammet har vi skapat ett kvalitetsregister, där mottagningens samtliga patienter årligen följs upp med ett antal kvalitetsindikatorer. Alla patienter och deras närstående får en "garantisedel" där nyckelkomponenter så som Case Management, resursgrupp och gemensamt beslutsfattande utlovas. Detta ökar delaktigheten i vården.

Syfte

Syftet är att via registret garantera att vi följer både vårdprogram och våra interna styrkort, detta för att patienten ska få en god, säker och jämlik vård.

Metod

Ett register för mottagningens samtliga patienter upprättades 2008. Här införs kontinuerligt våra kvalitetsmått, med månatlig redovisning från samtliga Case managers.

De mått vi har valt är: tillgång till Case manager, genomförda resursgruppsmöten, vårdplaner/plan för personlig utveckling och kvalitetsstjärneskattningar (ett omfattande skattningsinstrument rörande vård och behandling). Vi registrerar även resultat av genomförda hälsoundersökningar.

Resultat

Resultatet av införandet av ett register är att kvalitetsmåttan är tydliggjorda och att vi nu enkelt kan identifiera förbättringsområden.

2010 års siffror visar att 100 % av patienterna nu ingår i registret. Samtliga har en Case Manager. 78 % hade haft minst ett resursgruppsmöte. 88 % hade en aktuell vårdplan. Kvalitetsstjärneskattning hade utförts på 61 % av patienterna.

Slutsats

Registret är ett hjälpmedel för att garantera en god och jämlik vård, då regelbundna kontroller av att alla patienter fått ta del av vårdprogrammets centrala beståndsdelar genomförs. Registret används även som underlag för en årlig feedback till varje enskild Case manager för genomfört arbete. Detta leder till ökad motivation och delaktighet i enhetens arbete och utveckling. Redan nu kan vi se att siffrorna för 2011 är bättre än föregående år.

Cecilia Brain, vårdenhetsöverläkare

Susan Landqvist - Stockman, enhetschef/sjuksköterska

Johanna Norén, sjuksköterska

Katarina Allerby, sjuksköterska

Nå Ut -teamet

Psykiatri Psykos/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg

REGISTRERA MERA!

- en väg till god och säker vård

På psykosmottagningen, NÅ UT-teamet, arbetar vi enligt det evidensbaserade vårdprogrammet Integrerad Psykiatri (IP)..



För att säkerställa att patienterna får det vi lovar upprättades ett register där bärande komponenter i IP lades in. Varje månad registreras följsamhet till programmet för samtliga patienter.

Personnummer	Efternamn	Förnamn	CM	Diagnos	Vårdplan	KPV	Månad	Stjärna	GAF-s	GAF-f	DAI-10	RS-S	Remission	R-grupp
19801301-0101	Johansson	Johan	Katarina	F20	Ja	Ja	Januari	Ja	40	45	+8	n		Ja
19600132-9999	Stensson	Stina	Katarina	F22	Ja	Ja	Februari	Nej	30	32				Ja
19400132-8888	Larsson	Lars	Katarina	F20	Ja	Ja	Mars	Ja	45	55	+6	Ja	Ja	Ja

Resultatet är att vi nu vet i hur stor utsträckning vi gör det vi ska. Siffrorna är genomgående bra men vi har numera lätt att identifiera förbättringsområden.



Stockholm Psychiatry Lectures – i en dator nära dig

Visste du att du kan se hela föreläsningar av världsledande psykiatriska forskare i din dator eller telefon?

Centrum för Psykiatrforskning i Stockholm (som är Stockholms läns landstings och Karolinska Institutets gemensamma organisation) ordnar sedan några år tillbaka öppna föreläsningar som filmas i HD-kvalitet och läggs upp öppet tillgängligt på Youtube, www.youtube.com/psychiatrylectures.

Några exempel på föreläsningar som finns att se:

Is autism an extreme of the male brain?
Simon Baron-Cohen, Cambridge University

How DSM-5 will change your clinical practice.
Katherine Phillips, Brown University

How to diagnose and treat ADHD from childhood to adulthood.
James Watson, UC at Irvine

What fearful rats can tell us about treating psychiatric disorders.
Joseph LeDoux, NYU

The Complex Dance of Genes and Environment in Eating Disorders.
Cynthia Bulik, UNC

Has it been possible to image the soul?
Lars Farde, Karolinska Institutet

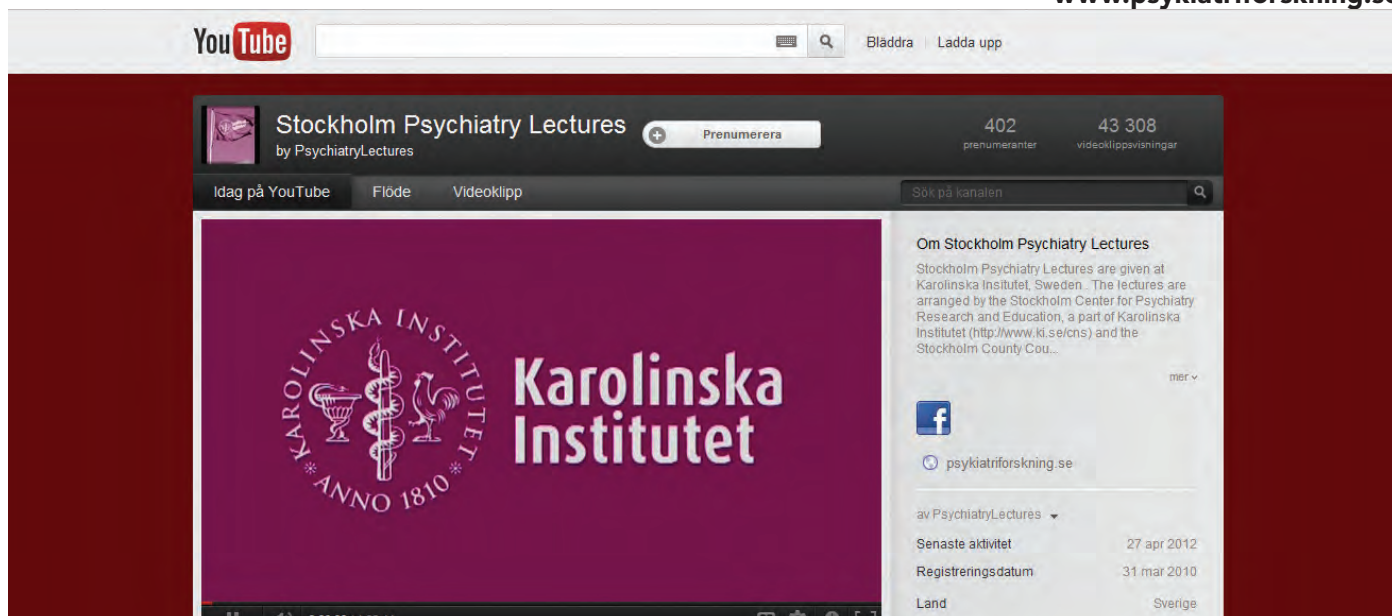
Vi har också med professor em. Lennart Wetterbergs hjälp lagt upp några äldre St Görans-föreläsningar i en särskild "vintage"-klassikeravdelning. Där kan du se svenska profiler som Daisy Schalling och David Ingvar men också utländska föreläsare som Hans Eysenck och den mycket kontroversielle Ronald D Laing.

Vi välkomnar er alla att gå på Stockholm Psychiatry Lectures. De äger rum på Karolinska Institutet i Solna, detaljerat program hittas enklast på <http://www.facebook.com/psychiatrylectures> (man behöver inte vara Facebookmedlem för att komma åt sidan).

Först ut i höst är Professor Eero Castrén från Helsingfors Universitet som kommer tala om "Why do antidepressants work?". Det kommer handla om de egentliga verkningsmekanismerna, för det är väl ingen som tror att det beror på återupptagshämning av serotonin, eller?

Välkommen den 18 september kl. 15:00 till Nobel Forum, på KI i Solna!

Christian Rück
Överläkare, med dr
Centrum för Psykiatrforskning
Stockholm
www.psykiatrforskning.se



Breaking the Link between Mental Health and Labour Exclusion in Europe

Referat från ett europeiskt symposium i Bryssel



Mitt första uppdrag för Svenska Psykiatriska Föreningen som vice ordförande var att närvara och representera SPF i Bryssel vid ett symposium om utanförskapet för personer med mental ohälsa, speciellt avseende den öppna arbetsmarknaden.

Symposiet var arrangerat av Public Policy Exchange (PPE), en oberoende och opolitisk pan-europeisk organisation som har till syfte att skapa plattformar för diskussion i angelägna frågor där praktik möter politik, för att forma nationella, regionala och lokala handlingsplaner. Exempel på ämnen som tidigare berörts i detta forum är migration, trafficking, den ökande övervikten och "grön" energi.

Bland de 26 inbjudna personer från 12 europeiska länder som deltog var de nordiska länderna representerade av varsin deltagare. Symposiet var utformat så att ämnet arbete och mental hälsa beskrevs ur olika perspektiv med korta föredrag och därpå följde diskussioner och konklusioner som kommer att ligga till grund för förslag till rekommendationer från PPE till delegaterna.

Lennart Levi, professor emeritus vid Institutionen för Psykosocial Medicin, Stockholms universitet, och tillika ordförande vid mötet inledde med att beskriva problemets magnitud.

Den mentala ohälsan har ökat i Europa och har blivit ett av de största ohälsoproblemen, där mental ohälsa betingar en samlad kostnad på 386 miljarder Euro per år varav enbart depression 136 miljarder.

En av fyra personer kommer att under sin livstid ha mentala problem som kräver behandling. Detta har lett till en europeisk handlingsplan från 2008, European Pact for Mental Health and Well-Being, där fyra områden bör prioriteras de närmsta åren:

1. Depression och suicidprevention
2. Mental hälsa hos unga
3. Psykisk ohälsa hos äldre
4. Stigma/social uteslutning.

Mental ohälsa - samhällsfaktorer

Samhälleliga bestämningssfaktorer för hälsa kan indelas i fyra huvudkategorier; sociala och ekonomiska, miljömässiga, tillgång till service och livsstil. Mer konkret är social uteslutning, otrygg boendesituation, fattigdom, brist på utbildning, ohälsosam levnadsstil och bristfällig tillgång till hälso- och sjukvård faktorer som både orsakar och sekundärt drabbar personer med mental ohälsa. Dessa faktorer är också påverkbara och kan förändras med politiska beslut och handlingsplaner. För att ta beslut om sådana åtgärder behövs forskning, kartläggning och kunskaper om effektiva insatser som leder till långsiktig förändring. Att det föreligger sämre villkor för personer med mental ohälsa på samtliga områden är dock ställt utom tvivel och bör uppmärksammas i nationella handlingsplaner både ur livskvalitetsynpunkt och av samhällsekonomiska skäl.

Mental ohälsa och arbete

Den främsta anledningen till förtidspension och långvarig sjukskrivning i de flesta europeiska länder är mental ohälsa. Sjukskrivningen kan vara befogad i ett inledningsskede men på sikt bidrar den till fördjupad ohälsa och utanförskap. Arbete är den mest effektiva metoden för rehabilitering, social integrering och förbättrad social funktionsnivå men, vid mental ohälsa och långvarig bortavaro från arbetslivet, är vägen tillbaka ofta stängd.

Dr Vincenzo Costigliola, ordförande i EMA (European Medical Association) och EDA (European Depression Association), betonade att stigmat vid mental ohälsa är ett hinder både för tidig upptäckt, behandling och rehabilitering.

Stigmat är en viktig bidragande orsak till den ökande andelen av socialt utanförskap vid depression. Trots att arbetslöshet bidrar till mental ohälsa är en person med mentala hälsoproblem dubbelt så ofta arbetslös som genomsnittet. Dr Costigliola berättade att det pågår initiativ för att belysa problemet och tackla arbetslösheten hos personer med mental ohälsa, t.ex European Depression Day som kommer att hållas 1 okt 2012 i Bryssel, arrangerat av EDA (www.europeandepressionday.com).

I diskussionen som följde gavs exempel på lyckade satsningar från många länder, bl.a. England där man framgångsrikt lyckats genomföra "Individual Placement and Support" för personer som varit långvarigt sjukskrivna pga. mentala problem. Det största hindret, att få arbetsgivare att upplåta praktikplatser, hade man lyckats med genom omfattande upplysningsarbete från specialutbildade jobbcoacher. Peter Kamy, arbetscoach vid ShareCommunity i London, berättade att t.ex Marks and Spencer var en sådan arbetsgivare som visat stor förståelse och generositet. Peters organisation tar gärna emot studiebesök.

Välfärdssystemet, ett hinder för arbete?

Paulina Banas, en master-student som fokuserar på arbetslöshet hos personer med handikapp i sitt hemland Polen, berättade att hindret för återgång i arbete finns inte bara i samhället utan även hos de drabbade. Många vågar inte släppa den sociala tryggheten som förtidspensionär; om det visar sig att de har en arbetsförmåga kan de bli av med den ekonomiska tryggheten från pensionen och kanske ha samma månadsinkomst eller lägre som arbetstagare. Även här behövs coacher, gärna de med egen erfarenhet av mental ohälsa för att belysa fördelarna.

Framgångsexempel – Österrike, Spanien, Sverige

Johan ten Geuzendam, chef för "Unit for the rights of persons with disabilities", European Commission, gav exempel på tre länder med lyckade satsningar inom området "Supported Employment"; Österrike, Spanien och Sverige. Österrike var först med en satsning som gav ca 50 % lyckat resultat redan från 1992. Sverige har gjort satsningen SIUS (Särskilt Introduktions- och Uppföljningsstöd) med hjälp av EU-stöd. Även i Sverige har satsningen lett till att dryga hälften av dem som varit föremål för satsningen har fått arbete på den öppna arbetsmarknaden.

I diskussionen som följde togs frågan upp hur man kan erhålla EU-stöd för arbetsmarknads-satsningar för personer med mentala handikapp. Johan ten Geuzendam gav rådet att gå in på hemsidan till EU-kommissionen och följa de förutsättningar som står beskrivna för ett sådant bidrag.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan nämnas att problemet med utanförskap för personer med mental ohälsa är växande och angeläget att göra något åt. Arbete är en av de viktigaste åtgärderna för att återintegrera personer med mentala hälsoproblem. För att förverkliga det behövs både arbetspolitiska beslut med styrning uppifrån, och satsningar i personernas närhet med coacher, goda arbetsgivare och upplysning gentemot allmänheten

Lena Flyckt
Vice ordförande, SPF



Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

återfallsprevention ^{1**}

Vecka 24

Behandlingssvar ^{1*}

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid ¹



Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,3 % 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 tre, sex (slutet på akutfasen), tolv och tjugo fyra 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 mars 2012. För fullständig information se www.fass.se



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

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

¹ Valdoxan® produktresumé, Servier, 10/2011, www.fass.se

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

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

www.valdoxan.com

Levnadsvaneprojektet -

SPF:s arbete med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder



Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

I november 2011 fastställdes Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Enligt det vetenskapliga underlaget beror minst 20 % av sjukdomsburden i Sverige på ohälsosamma levnadsvanor och de man avser är otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol, tobaksbruk och ohälsosamma matvanor. Det är de som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden idag.

För människor med psykisk ohälsa följer ofta också en sämre kroppslig hälsa. Socialt utsatta har oftare ohälsosamma levnadsvanor.

Det finns effektiva metoder och åtgärder som hälso- och sjukvården kan använda för att stödja patienterna att förändra en ohälsosam levnadsvana och riktlinjerna innehåller rekommendationer om dem. Det finns stöd för att rådgivning om levnadsvanor kan ha effekt även för personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Riktlinjearbetets syfte har varit att granska evidens för dessa metoder och åtgärder och ska vara ett stöd för landsting och regioner att styra sin verksamhet. Väl värt att lyfta fram är att dessa riktlinjer *inte* sammanställt evidens för effekten av förbättrade levnadsvanor, exempelvis hur tillräcklig fysisk aktivitet påverkar livslängd eller hur minskat tobaksbruk påverkar förekomsten av lungcancer.

Huvudansvaret för implementering har landsting och regioner, det vill säga huvudmännen, men en stor satsning sker också via yrkesföreningar, exempelvis Svenska Läkaresällskapet (SLS) och Svensk sjuksköterskeförening.

Ekonomiskt stöd för implementeringsarbete

Därför har Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet kommit överens om ett samarbetsprojekt kring implementering av de nya riktlinjerna; *Levnadsvaneprojektet* med underrubriken *Läkares samtal om levnadsvanor*. De sektioner som deltar får ekonomiskt stöd. Projektet fortgår till och med 2014.

Sektionsansvarig och styrelsens kontaktperson

Jag, Jill Taube, har fått förfrågan och har accepterat att vara adjungerad medlem av SPF:s styrelse med särskilt uppdrag att driva projektet.

Arbetet sker i nära samarbete med ordföranden, Lise-Lotte Risö Bergerlind, och Dan Gothefors, numera adjungerad till styrelsen och ansvarig för riktlinjearbeten. Kontaktpuppgifter till mig finns nedan.

Arbetet inom SPF

SPF bedömer att en anpassad implementering av riktlinjerna är en angelägen fråga för psykiatrin. Att hela teamet runt patienten har kunskap om och förmåga att stötta patienter att ändra en levnadsvana bedöms vara en grundförutsättning för att lyckas.

Flera somatiska sjukdomar som påverkas av livsstilsfaktorer är kraftigt överrepresenterade hos psykiatrins patienter, t.ex. hypertoni, metabolt syndrom, (obesitas, avvikande blodfetter, typ 2- diabetes) och efterföljande ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Personer med allvarlig psykisk sjukdom har också en avsevärt kortare förväntad livslängd jämfört med befolkningen i övrigt, tidig död i hjärt-kärlsjukdom bidrar allra mest till denna överdödlighet. Detta var också orsaken till att SPF 2010 ihop med sex andra specialitetsföreningar gav ut kliniska riktlinjer för att motverka risk för metabol störning. Arbetet har med andra ord redan påbörjats.

Samarbete

För att nå ut så långt som möjligt med detta strävar SPF efter att samverka. Både med den barnpsykiatriska och rättspsykiatriska föreningen, och hoppas kunna inspirera till att de sektionerna själva ansluter sig till SLS och Levnadsvaneprojektet.

Samarbete kommer också ske med exempelvis Psykiatriska Riksföreningen - yrkesorganisation för

sjuksköterskor verksamma inom psykiatri, vars "moderorganisation" har motsvarande uppdrag från Socialstyrelsen, som SLS har.

SPF kommer således att sträva efter att det psykiatriska teamet blir så välutbildat som möjligt med avseende på levnadsvanor.

Hitta information

1. Här i tidningen kommer ni att kunna följa hur arbetet framskrider! Varje nummer kommer att innehålla korta nyheter.
2. På SLS:s hemsida heter fliken: **Läkares samtal om levnadsvanor.**
3. På vår hemsida kommer en egen knapp med underflikar att finnas. I skrivande stund är detta inte klart, men självfallet kan projektplan, kontaktuppgifter för undertecknad och i sinom tid andra kontaktpersoner hittas där. Länkar till relevanta dokument och i bästa fall litteraturtips kommer också att finnas där.

På gång

Det allra viktigaste steget är att förankra arbetet i den psykiatriska vården i hela landet. Ett uppstartsmöte planeras i höst och alla intresserade uppmanas att höra av sig. Då det finns medel i projektet kommer resa och eventuellt uppehålle att ersättas. Jag kommer gärna till er och informerar på ledningsgruppsmöten, utbildningar eller andra relevanta tillfällen. Vill du vara kontaktperson och delta i utbildning av kollegor och teamkollegor i ett senare skede, kontakta mig (sektionsansvarig).

Jill Taube

**Psykiatriker och projektledare för FaR i SLL
Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns
landsting.**

**Sektionsansvarig för SPF i arbetet med
implementering av Socialstyrelsens riktlinjer om
sjukdomsförebyggande metoder 2011**

Kontaktuppgifter

Jill.taube@sll.se

070-484 62 83, 0722 41 10 88



Register, Moulin Rouge och jag



Foto: Shutterstock Veronika Trofer

Kvalitetsregister.

Ett begrepp som ligger rätt i tiden. Ett modeord i medicinska kretsar.

Vad tänker ni på?

Nej, säg ingenting. Kanske är sanningen inte alltför ljuv. Själva har jag en bild i huvudet av en dag som spenderades på

mottagningen, det var regnigt och gråmulet ute och jag satt och MATADE in uppgifter. Mata mata. Som en robot. Jag nutrierade systemet med svulstiga siffror, mättade uppgiftsbanken med drypande samhällsinformation. Datorn slukade mina hemligheter som en svulten karnivor, dess hunger var till synes ändlös.

Jag föreställde mig datorns intestinalsysteem, ett myller av gångar där information maldes ned, bearbetades och sorterades till färdiga filer. Slurp.

Den gången var jag lite sur. Syyr. Tyckte att det där var ju sannerligen onödigt trams, och vilket rasande resursslöseri! 5,5 års läkarutbildning, 2 års AT, några års ST på det och här sitter man som en medeltida registrator och knappar in uppgifter av typen 1, X, 2.

Jag tycker fortfarande att det är resursslöseri. Jajamen. Men jag förstår också vikten av dessa register. För det första: Sverige har några av världens finaste forskningsregister. Vi kan göra oändliga saker med dessa register, kartlägga flöden och förlopp på ett helt unikt sätt. För det andra: För att kunna förbättra vård och omhändertagande måste vi ju förstås veta hur vi gjort hittills och hur det har gått. Samarbetet mellan det första och det andra tänker jag inte uttala mig om här, det är en diskussion för sig. Men!

Här och nu tänkte jag ge mig på den delikata uppgiften att identifiera den potentiella *glamouren* i dessa processer. Jodå ser ni. Halvfulla glas. Skall jag robotmata 1, X, 2 skall jag banne mig göra det med still! Därför vill jag nu bjuda er på mitt recept på Roligare Registrering. Jag utgår ifrån tre nivåer, vokabulär, ackompanjemang och outfit.

1.1 Vokabulär

Språket är ju nu en gång så finfint funtat, så du kan göra precis vad du vill med det. Tonåringarna skapar ett språk genom att helt enkelt bara stryka lite konsonanter: "Å ja ba' å han ba' å ja ba' amen typ".

Det går alldeles utmärkt för dem, och lika galant går det för oss att stuva om lite bland bokstäverna i ord som vi önskar lackera en aning. Register. Regnister. Regnistra. Från och med nu skall jag regnistra uppgifter. Ser ni? Det strålar om det, som julgransljus! Regnistrandet är i full gång, and it feels goooood!

1.2 Ackompanjemang

Här tänker jag utnyttja mina associativa processer. Köra lite Pavlov, så att säga. Édith Giovanna Gassion skall få hjälpa mig med detta. Edith, lilla Edith, född i 1900-talets början i Paris, uppvuxen till en längd av endast 1,47 m och därigenom tillägnad smeknamnet *piaf*, "Sparven". Edith Piaf.

Någon gång på 50-talet spelade hon in "Padam... Padam...", ett helt fenomenalt litet stycke som visserligen (som så mycket av hennes musik) handlar om förlorad kärlek och därtill hörande hjärtesorg, men som har en kraftfull refräng som naglar sig fast som kardborrar i musiksjälen. För att spänsta till regnistrandet en aning skall jag därför framöver antingen spela, sjunga eller tänka denna lilla truditutt, samtidigt som jag registrerar diagnoser, vårdtider och allehanda annat småplock i prydliga rader.

"Padam... - antal maniska episoder senaste året = 2, Padam... ålder vid första insjuknande = 23, Padam... *Il arrive en courant derrière moi...* Föreligger psykosdiagnos = Ja... Padam..."

Plötsligt kommer alltsammans inramas av tunga sammetsgardiner och luften genomskäras av milda rökslingor från Gauloiscigaretter, i sorlet på en parisisk restaurang i 6:e arrondissementet.

1.3 Outfit

Ja, detta är kanske den viktigaste punkten av dem alla. Jag måste förstås ha en regnistringskostym. Ett lättburet plagg, enkom för regnistrande, tillräckligt smidigt för att kunna dras på och av under pågående diktering. En supersnabb magisk förklädnad.

Det är förstås en... sidencape. En sidencape med tunn pälsbräm. Tyget är gyllene, glansigt, och sträcks ut aldrig så litet av bården längst ned som är mjuk och len mot kinden. Capen knyts med ett litet tunt snöre men kan också svepas över axlarna utan knäppning, om tiden är – ursäkta ordvitsen – knapp.

Så fort jag anar att det börjar lukta regnistring så smyger jag fram capen, låter den skölja över axlarna och börjar nynna. "Padam, padam..."

Med dessa tre enkla steg kommer den tidigare så betungande uppgiften plötsligt att kännas som ett glittrande äventyr. Fly with me, my friends. Nu registrerar vi.

Hanna Edberg
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, stockholm



Själ och kropp

Jill Taube

Det är sällan jag läser en bok som jag tycker så många borde ta del av. Denna är ett av dessa sällsynta exemplar. All personal som arbetar inom psykiatri och allmänmedicin, inom kommunerna som boendestödjare eller på psykiatriska boenden, patienter och närstående; alla har något att hämta.

Forskningen om de medicinska effekterna av fysisk aktivitet har pågått länge men under de sista 4 – 5 åren fullkomligt exploderat. Tidigare har forskningen skett utifrån den kroppsliga hälsan men efterhand och i en allt snabbare takt har även effekterna på hjärnan; kognitionen, och de psykiska sjukdomarna kommit. Så glädjande och hoppningivande. Utöver vad vi redan har i vår behandlingsarsenal av farmaka och olika terapiformer har vi nu ytterligare redskap att använda oss av. Redskap som dessutom gör patienten mer delaktig, ansvarig och därmed bidrar till empowerment, i sig en "friskfaktor". Att vi dessutom bidrar till att förbättra den kroppsliga hälsan är en bonus. Vi vet ju dessvärre att det inom vissa diagnosgrupper av långtidssjuka patienter finns en medellivslängd som är ca 20 år kortare än för andra och att det är kroppsliga sjukdomar, t.ex. metabolt syndrom, som bidrar till detta.

Denna bok ger utifrån forskning och gedigen internationell och nationell erfarenhet en bra bas att stå på. Den ger dessutom praktiska och konkreta råd hur man kan arbeta utifrån författarens egen kliniska vardag. Fallberättelser med reflektion vad som blev bra men även vad som kunde gjorts bättre blandas med patienternas egna synpunkter. Språket är lätt att förstå, facktermer och begrepp förklaras, kapitlen är korta vilket underlättar när patienter med svårigheter pga. psykisk sjukdom, t.ex. koncentration och uthållighet, skall läsa. Boken avslutas med en gedigen referenslista vilken kan användas till fördjupning för den som så önskar.

Mitt råd – denna bok bör finnas på alla arbetsplatser där man möter patienter och anhöriga med psykisk sjukdom och ohälsa. När personalen har läst den – ha den som låneexemplar till patienter och närstående. Slit ut den!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Foto: Casia Bromberg

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

Registrering och balansen mellan tillit och misstro

Registrering är en företeelse med ett janusansikte. Registrering är ovärderlig för såväl forskning och utveckling av sjukvårdsverksamhet och samtidigt en börda för överbelastade kliniker och en källa till stress för vissa hjälpsökande inom såväl psykiatri som socialtjänst. De flesta av oss accepterar nog en hög grad av registrering inom ramen för det övervägande goda välfärdssamhället, men fasar för den som ett redskap för auktoritär kontroll i en diktatur. Men också i vårt land, vilket majoriteten ser som ett välfärdssamhälle, finns medborgare som har ett annat perspektiv.

När jag gick kursen i socialmedicin i mitten på 60-talet gjorde Gustav Jonsons avhandling "Det sociala arvet" ett djupt intryck på mig tillsammans med Gunnar Inghes "Den ofärdiga välfärden". Det perspektiv som starkast stannat i minnet vid sidan av hur social misär tenderade att fortplantas över generationsgränserna, var beskrivningen av den misstro som många utsatta människor upplevde i förhållande till inte bara myndigheter som polis och kanske skattemyndigheter, utan också sjukvård och framför allt socialvård just vad gällde att vara registrerade i offentliga register. Olusten inför att hamna i offentliga register kan vara stark och processen att vinna dessa människors tillit och stödja dem i att våga ta de kontakter som kunde behövas för att de skulle få nödvändig hjälp kunde vara komplicerad och långdragen. Någon med kunskap om hur samhället fungerar måste vinna deras förtroende för att kunna hjälpa och guida.

Denna olust inför att registreras i välfärds- och kontrollmyndigheternas register finns inte bara hos vissa flyktingar med skyddsbehov utan hos andra medborgare. När det gäller psykiatriska hjälpbehov kan fristående hjälporganisationer som Stadsmissionen spela en stor roll. Under mitten på nittio-talet hade jag förmånen att få ingå i en referensgrupp som först fick delta i och sedan följa utvecklingen av en mottagningsverksamhet i regi av denna organisation. Den utformades utifrån organisationens värdegrund där de hjälpsökandes behov ställdes i första rummet och där respekt för den personliga integriteten, samarbete och delaktighet inte bara var hedervärda formuleringar i portalparagrafer utan bärande element i varje möte. Lokalen låg mitt på Södermalm i Stockholm, på nedre botten med ingång från gatan, från vilken ett stort välkomnande "vardagsrum" var synligt.

"Mötesplats" stod det över ingången, i princip alltid öppen: det var bara att stiga på, om inte annat för att ta reda på vad detta var för en plats och vad den kunde erbjuda. Tröskeln var låg i alla avseenden och bemötandet vänligt och respektfullt.

På Mötesplats arbetade socionomer, familje/nätverksterapeuter, praktikanter och volontärer. Man hade – naturligtvis – begränsade behandlingsresurser och inga möjligheter att ge ekonomiskt stöd. Tanken var att erbjuda ett eller flera möten med fokus på att få lasta av sig sina bekymmer, och undersöka vilka behov den hjälpsökande hade samt försöka bistå i att mobilisera stöd från det personliga nätverk som kunde finnas och/eller det professionella nätverk som kunde mobiliseras. Frågeställningen var ofta "låt oss resonera tillsammans och se om vi kan komma på vem eller vilka som kan bistå dig med det du behöver i detta läge". Till Mötesplats kom både tonåringar och vuxna, barn och föräldrar. Förutom möjligheten att, utan tidsbeställning och registrering, sitta ner och föra ett samtal med en professionell person kunde man få en lugn stund och lite kaffe i "vardagsrummet" eller något av de andra personligt möblerade rummen.

De som besökte Mötesplats hade problem och behov av det slag man möter inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, familjerådgivning och socialtjänst. Styrkan med verksamheten var i stor utsträckning tillgängligheten, lokalmässigt och psykologiskt/socialt. Verksamheten befann sig i gråzonen mellan det privata/personliga och det offentliga. För många hjälpsökande stod den hjälp de behövde bara att få inom den offentliga verksamheten.

"Mötesplats"

Insatsen från personalen på Mötesplats kunde då bestå i att tillsammans med den hjälpsökande undersöka den – ofta, men inte alltid - mycket begripliga misstro som fanns mot de offentliga institutionerna och deras avsikter. Ibland var det egna eller närståendes erfarenheter, ibland tycktes de nedärvda från tidigare generationer, ibland var deras

farhågor tillsynes obefogade, ibland inte. I många fall ledde samtalen till att den hjälpsökande bland annat genom den tillit som byggdes upp till personalen på Mötesplats kunde få den hjälp de behövde och var berättigade till. Ibland kunde en direkt kontakt upprättas med en för personalen väl känd socialsekreterare, ibland gjorde man sällskap till det kontor eller den mottagning som var mest adekvat att vända sig till. Ofta slog dessa gemensamma försök väl ut.

Förutom lösningar på de föreliggande problemen och omhändertagande av angelägna behov tycktes denna erfarenhet bidra till att i någon mån minska den hjälpsökandes misstro mot samhälleliga institutioner i stort.

Verksamheten kompletterades efter hand med Enter – en verksamhet stödd av Childhood Foundation som innebar en dagverksamhet för flickor i Mötesplats lokaler. Dessa kom att möjliggöra ett moratorium för vilsna flickor, många med behandlingskontakter inom barnpsykiatri. Med basen i denna fristad kunde de delta i aktiviteter inom och utanför lokalerna ledd av personal och/eller praktikanter. Deras aktivitet styrdes av deras egna önskemål och krav på sig själva. Flickorna utvecklade ofta en konstruktiv gemenskap och bidrog ofta till verksamheten genom egna initiativ.

Verksamheten utvärderades dels genom att ange antal deltagare i verksamheten och de olika aktivitetsgrupperna, dels vad gällde hur verksamheten levde upp till sin värdegrund. Hur upplevde flickorna bemötandet och respekten för deras integritet, utrymmet för egna initiativ och delaktighet i verksamheten. Upplägget av utvärderingen diskuterades med dem, med möjligheter för dem att påverka frågeställningarna.

Ovanstående verksamheter hade knappast kunnat bedrivas i Mötesplats lokaler om traditionell registrering och journalföring hade varit obligatorisk. Ska existensen av dylika verksamheter ses som ett misslyckande för den offentliga verksamheten? I någon mån kanske men huvudsakligen inte som jag ser det. Då registrering är en nödvändig och tämligen rimlig förutsättning för offentligt finansierad vård och omhändertagande verksamhet bland annat utifrån patientsäkerhetsaspekter, tror jag att det måste vara så att det finns grupper av människor vars misstro mot offentligheten och "makten" är så stor att de inte kan förmå sig att frivilligt ta en kontakt som medför registrering. För dem kan det komplement som frivilligorganisationerna kan erbjuda få avgörande betydelse.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



En resa genom den svenska psykiatrins historia

Del 7: Emblakliniken
1993 - 1996



Foto: Privat

Efter hearingen på Socialdepartementet våren 1992 och regeringsuppdraget till Folkhälsoinstitutet att kartlägga förekomst och behandlingsmöjligheter för anorexi/bulimipatienter uppmärksammades dessa sjukdomar allt mer i medierna. Pressen på myndigheterna från förtvivlade föräldrar ökade. I slutet av 1992 fick jag av sjukvårdsstyrelsens ordförande ett länge efterlängtat förslag: att starta och driva en klinik med speciell inriktning mot personer över 18 år med ätstörningar av typen anorexia/bulimia nervosa. Uppdraget skulle omfatta utredning, bedömning, diagnosticering och behandling av dessa personer. Ett omfattande samarbets- och informationsarbete förutsattes liksom utvärdering och forskning inom samma patientgrupp. Självklart skulle ett sådant uppdrag bli svårt att förena med chefsöverläkarskapet på Kungsholmssektorn. Utan större saknad lämnade jag det sistnämnda och ägnade hela min kraft åt den nya utmaningen!

Myten om Embla

Ordföranden gav mig även i uppdrag att hitta på ett namn för kliniken, "inte bara anorexi/bulimi-mottagning". Min kännedom om den blivande patientgruppen gjorde att jag ganska snart bestämde mig för att myten om Ask och Embla kunde passa bra för det kommande arbetet.



Foto: Privat

Här kommer myten i min tappning: "Gud skapade Adam och därefter, av hans revben, skapade han Eva. Enligt den nordiska mytologin skapade Oden Ask och Embla samtidigt, Ask ur en ask och Embla ur en alm. Embla är inget bihang till Ask - den nordiska kvinnan är stark och självständig. Hon vill inte vara utan Ask, men hon skall vara jämställd!" Namnförslaget Embla mottogs positivt. En medarbetare skapade senare det vackra tecknet för kliniken, se ovan.

Embla-kliniken

Formellt startade kliniken i februari 1993, men första halvåret ägnades åt att anställa medarbetare och att hitta lämpliga lokaler. Min ambition var att inte bara ha individuella samtal, utan även grupper av olika slag, familjeterapi, gestaltterapi, nätverksterapi osv., och – framförallt – dagvård, där patienter som i många fall annars skulle ha behövt slutenvård, kunde komma och få handfast hjälp i konsten att äta!

Under våren började chefspsykologen arbeta liksom kuratorn och sekreteraren. Övrig personal tillträdde i augusti. Efter två veckors introduktion, innefattande ett studiebesök i Helsingfors hos föreningen "Vi kvinnor mot rusmedel" startade så verksamheten med 8 hel- och halvtidstjänster samt dietist, gestaltterapeut, akupressör, sjukgymnast och bildterapeut på vardera 8 timmar i veckan. Lokalerna omfattade två våningsplan i det gamla personalhuset på St Görans sjukhusområde. Eftersom den här typen av verksamhet var ny i Sverige fick vi en hel del medial uppmärksamhet.

Med Embla förverkligades de planer som jag dels delat med medlemmarna i Mestertonska stiftelsen flera år tidigare, dels vidareutvecklat genom åren.

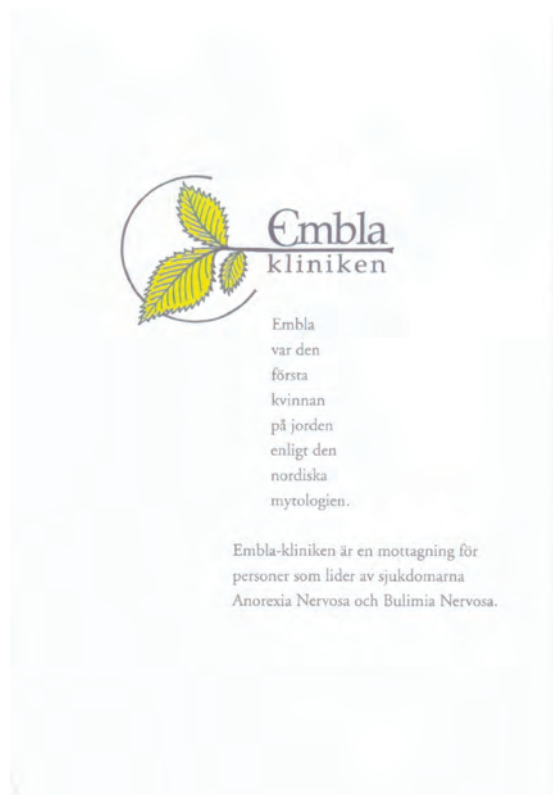


Foto: Privat

Genom studiebesök i bl.a. England visste jag hur min dagavdelning **inte** skulle se ut och på grund av mina många och – i en del fall – mångåriga kontakter med ätstörda patienter visste jag, att det som hjälpte den ena inte hjälpte den andra. Man kunde behöva hjälp på mer än ett sätt att uttrycka sina väl inkapslade känslor. "Mina" patienter tecknade sina familjer eller andra relationer, det blev ett ordlöst sätt att uttrycka sina svårigheter. Det kändes därför naturligt för mig, att ta hjälp av alternativa terapier.

Det var fantastiskt att få sätta ihop ett team av erfarna terapeuter, några kände jag väl sedan flera år, några kunde jag "handplocka" vid en audition, som vi arrangerade. Efter en artikel i DN, där jag fick tillfälle att utveckla mina tankar om ätstörningsbehandling, fick vi så många ansökningar till de tilltänkta tjänsterna, att ett antal personer fick komma och visa upp/berätta om vad de skulle vilja bidra med i verksamheten. Några - av oss välkända - patienter ställde upp som "försökspatienter". På så sätt anställdes akupressören, sjukgymnasten och bildterapeuten.

Efter introduktionsveckorna kände vi varandra ganska väl i den lilla kliniken, alla var entusiastiska, glada att få arbeta med den typ av patienter de kände starkt för. Vi satte en ära i att ge varje patient en individuellt anpassad behandling. Om man gick i individual- eller gruppterapi kunde man samtidigt få en alternativ behandling.

Dagavdelningens verksamhet både reviderades och utvecklades. Min vision att all mat skulle lagas på kliniken fick skrinläggas, lokalerna var för små och personalen för fåtalig. Endast dietisten, som hade två kvällskurser i veckan, klarade att gemensamt med en liten grupp patienter laga maten.

Dagavdelningen var öppen från kl.8 på morgonen till kl.16 på eftermiddagen, två kvällar i veckan till kl.19.00. Förutom praktisk hjälp att handskas med mat och ätande kunde man delta i pedagogiska grupper riktade mot anorexi/bulimisyttomen eller någon annan gruppverksamhet och/eller delta i någon annan av klinikens hjälpterapier t.ex. akupressur eller bildterapi.

På grund av den mediala uppmärksamheten tog vi emot mångastudiebesök utifrån landet, senare även internationella sådana i samband med Anorexi/Bulimi Sällskapets möten.

Flera medarbetare deltog, i mån av tid, i internationella konferenser. Avdelningsföreståndaren på dagavdelningen och jag hade bl.a. i London en abstract-utställning om dagverksamheten.

Psykolog Nils Gustafsson och medarbetare presenterade resultatet av studieresan till New York: Relationsuppbyggande psykoterapi med kvinnor drabbade av anorexi/bulimi. Ett metodutvecklingsprojekt inom vuxenpsykiatrik öppenvård." (1) Det familjeorienterade synsätt som kommer till uttryck där kom att genomsyra vår verksamhet på Embla.

Utvärdering av klinikens verksamhet gjordes varje år. Gemensamt med bl.a. Claes Norring, som initierat RIKSÄt, nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, arbetade vi med ett antal frågeformulär och internationellt deltog vi i COST-projektet – European Cooperation in Science and Technology. (2,3)

Vi samarbetade också med tandläkaren på St Göran, han dokumenterade frätskador och andra tandskador på våra patienter. (4)

Svenska Anorexi/Bulimi Sällskapet

Under våren 1993 hade Medicinska forskningsrådet hållit en konsensuskonferens om behandling av anorexia nervosa. Någon månad senare kallade psykolog Claes Norring till konferens i Uppsala. Där blev det uppenbart att det fanns ett stort behov av ett gemensamt forum för kliniker, forskare och andra medarbetare. Behandlingsarbetet spretade fortfarande åt olika håll, internationella erfarenheter efterlystes. Claes och jag kallade på hösten samma år till ett konstituerande möte på St Göran. Vi bildade Svenska Anorexi/Bulimi Sällskapet, en sammanslutning för kliniker och forskare, och med mig som förste ordförande. Sällskapet har sedan dess hållit två årliga välbesökta medlemsmöten, oftast med någon eller några internationella föreläsare. Det har blivit en mötesplats för personal, alla kategorier, från hela landet. Man kan utbyta erfarenheter, stötta och uppmuntra varandra, behandlingsarbetet har blivit mer enhetligt.

New York-resa

På våren 1996 fick kliniken ett bidrag från Landstinget om 100 000 kr!

Detta gjorde det möjligt för de flesta av klinikens personal att åka till New York och under en vecka delta i Seventh NEW YORK international conference on eating disorders.

Efter intensiva dagar med föreläsningar och seminarier unnade vi oss någon liten tid för sight-seeing. Några av oss gick till Svenska Kyrkans café. Strax kom den unga svenska prästen och hälsade och undrade vad vi gjorde i New York. När vi hade presenterat oss knäppte hon sina händer och sjönk ner på närmaste stol. "Jag tror att Gud har sänt er!" Det visade sig att man hade stora bekymmer med ätstörda au pair-flickor och andra unga svenskor, man visste inte hur man skulle hjälpa dem eller vart man skulle hänvisa dem. Eftersom vi nu hade lärt känna flera amerikanska företrädare för vården och patientföreningen, var vi glada att kunna hjälpa till!

Nordiska Sällskapet för Ätstörningar

Samarbetet med de nordiska grannarna, framförallt Danmark och Norge, utvecklades och gemensamma konferenser började arrangeras. 1997 bildade vi Nordiska Sällskapet för Ätstörningar, även det med mig som förste ordförande.

Övrig ätstörningsvård

Ätstörningsvården utvecklades kraftigt under 1990-talet. Förutom mottagningen på SÖS och Embla, fanns en livskraftig vård på Danderyds sjukhus för de yngre, och på Löwenströmska sjukhuset fanns både öppen och slutenvård. På Huddinge sjukhus fanns, förutom vanlig öppen- och slutenvård, Mando-kliniken, som hävdade sin egen filosofi – att anorexi var en helt kroppslig, hormonell störning – och de vägrade konsekvent att delta i övriga vårdens samarbets- och utvärderingsarbete.

I december 1996 avgick jag med pension

Därmed var den kliniska delen av min "historiska resa" avslutad!

Tänk att helt uppriktigt kunna säga att man haft ett väldigt privilegierat arbetsliv och så få avsluta det hela med sitt drömpröjekt!! Allt har inte varit solsken men i stort sett har jag fått göra/arbota med det jag har velat. Vidareutbildning och handledning har varit självklarheter. Jag har föreläst för studenterna – och på andra håll i landet för olika personalkategorier – på 70-talet om psykogena psykoser, senare om geropsykiatri och de senaste åren om ätstörningar.

Professor Ahlström, professor Wetterberg, doktor Nils Haak, docent Rolf Lindelius och hans hustru Birgit, alla fantastiska kollegor och andra medarbetare – alla kategorier – ett stort tack!

Min kontakt med psykiatrien var emellertid inte slut. Sedan den nya tvångslagen kom 1992 hade jag varit sakkunnig i länsrätten för psykiatriska tvångsmål och det fortsatte jag med under många år. Som avslutning på "resan" tänker jag berätta mer om detta, om dagens psykiatriska vård inklusive ätstörningsvården, om Mestertonska stiftelsens verksamhet, KÄTS (Kunskapscentrum för ätstörningar) och OHD -stiftelsen (Ottilia Hildegard Daneli stiftelse för psykiskt störda kvinnor) samt ge några patientvinjetter.

Familjeliv

Alla tre barnen var nu vuxna och utflugna. Den äldste med hustru och vår första barnbarns-pojke flyttade till Rödön i Jämtland, där familjen utökades med ytterligare en son. Dottern gifte sig och bosatte sig i Frankrike och begåvade oss med två gossebarn. "Mellanbarnet" kom hem från USA och fortsatte sina akademiska studier. Maken och jag gjorde många intressanta resor både till fjärran länder och till barn och barnbarn!

Karin Enzell

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

Stockholm

karin.enzell@hotmail.com

Litteratur:

1. Gustafsson Nils, Mark Orbinski Anneli: Relationsuppbyggande psykoterapi med kvinnor drabbade av anorexi/bulimi
2. COST Action B6: Psychoterapeutic Treatment of Eating Disorders :Svenska medförfattare: Claes Norring och Ulf Wallin
3. Claes Norring, Ingemar Engström, Karin Enzell: Swedish Eating Disorder Services – A Brief Modern History. European Eating Disorders Review 10, 161-167(2002)
4. Öhrn Rolf, Karin Enzell, Birgit Angmar-Månsson: Oral status of 81 subjects with eating disorders. European Journal of Oral Sciences Vol.107 1999.

En tanke som inte sällan uttrycks – även av intelligenta människor – är att Sigmund Freud hade helt fel. Inte bara att någon av hans mer spekulativa sidor visat sig bära i fel riktning eller att ett antal fotnoter innehåller felaktigheter. Nej, man slår på stortrumman; man sparar inte på krutet; man vilar inte på hanen. Freud hade helt enkelt totalt fel. Allt han sa var galet. Alles. Tutti. The lot.

När jag hör det tänker jag på när jag spelade på stryktipset i min ungdom och vid ett tillfälle fick noll rätt. Noll rätt – det är inte det enklaste. Dessutom hade jag ett antal dubbelgarderingar. Det är fruktansvärt svårt att ha helt fel. Att ha missat varenda match, det kräver en dumbom av stora mått, en helt osannolik otur.

Med tanke på mängden text Freud genererat, mängden områden han behandlat, mängden aspekter av klinisk psykologi han undersökt, så är det en enastående prestation han lyckats med. Att i varje mening lyckas missa poängen, att hela tiden tänka snett, dra fel slutsatser, fokusera på fel saker, förlora sig i fantasier, minnas fel – det är helt enkelt en remarkabel insats. Att hela tiden lyckas ha fel.

Noteras skall att dessa obevekliga kritiker många gånger inte läst en rad av Freud, än mindre läst honom med föresatsen att försöka förstå vad som står i texten. Att göra ett arbete med att läsa och förstå tankar kräver tid och engagemang – särskilt när det gäller tankar som inte är helt uppenbara eller lätta att förstå. Att göra det arbetet kräver ett engagemang. Idag verkar de flesta inte ägna skriven text den respekten. Så kan det vara, man kan inte kräva av människor att sätta sig in i allt. Men då skall de heller inte ta sig rätten att ha tvärsäkra åsikter – det rimmar illa.

Många är de som bara upprepar, likt papegojor, de tankar som i en viss tid är i omlopp, och just nu är det legitimt att avfärda vissa tänkare. Man koketterar med sitt förakt och sin okunskap inför vissa kunskapstraditioner, såsom man är tillsagd att göra. Marx liksom många tänkare inom den kristna traditionen har drabbats av samma frenetiska avståndstagande, medan andra som tidigare fört en skuggtillvaro nu är rätt i tiden: t ex Heidegger och Skinner. Att bilda sig en egen uppfattning genom att gå till källorna verkar sällan vara aktuellt.

Freud – oavsett vad man tycker om varje rad han skrivit – skapade ett omfattande verk. Det innehåller, om man gör en känslig läsning, osannolikt många intressanta både teoretiska och kliniska observationer. Hans tanke var dock aldrig att skapa ett stort verk, han var istället ständigt upptagen av någon ny frågeställning – något som just då fångade hans

Freud sade inte ett enda vettigt ord

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Alingsås

intresse. Hans kunskapstörst var omätlig. I slutet av dagen fanns där sedan ett omfattande verk.

Tyvärr verkar många som tar till sin uppgift att försvara honom göra det lika närsynt och affekterat som de som tar avstånd från honom, de läser honom alla lika lite eller lika illa. Ibland kan Freud på ett ytligt plan te sig lätt att förstå – därav en del missuppfattningar. Den franske psykoanalytikern Jacques Lacan, och hans teoretiska arbete, har däremot med sin initiala svårighet och dunkelhet avhållit många från att direkt avfärda honom eller tro sig förstå honom utan ansträngning. Det kan ibland alltså vara skyddande för en teori att initialt vara svår att ta till sig, å andra sidan exkluderar man på så sätt många presumtiva läsare då de blir avskräckta inför det digra arbetet. Detta faktum var Freud medveten om. Han citerar bland annat följande passage från Johann Wolfgang von Goethe när han 1930 erhåller ett litterärt pris i dennes namn:

”... och alltid får du hålla tand för tunga; din bästa kunskap passar ej de unga.”
(s 72, *Faust*, del 1, 1808/1960, Stockholm: Forum)

Samtidigt kunde han inte avhålla sig från att försöka bli förstådd, vilket ju är djupt mänskligt och sympatiskt. Utifrån det måste Freud läsas mycket noggrant då den lättillgängliga nivån annars hindrar oss att läsa och begrunda vad som faktiskt gömmer sig där i texten.

Idag tillåter sig folk de grövsta förenklingarna av teoretiska arbeten – inte sällan utifrån någon sorts missriktad folklighet. När det gäller Freud så kan annars intelligenta människor – helt utan någon läsning av eller reflektion kring Freuds texter – självgott och grötmtydigt säga de mest fantastiska dumheter. ”Freud tänkte bara på sex”; ”i psykoanalys handlar allt om barndomen”; ”psykoanalys fungerar inte”; och så vidare.

Det verkar vara en tävling i förenkling och missförstånd med många vinnare.¹

En kommentar som fällt är att Freud haft alltför många inkompetenta affekterade läsare av sitt verk – i båda lägren. Det har varit hejramsor eller hatfulla nedsabblingar – inget däremellan. Idag verkar det dock finnas bättre förutsättningar att läsa på ett mer konstruktivt sätt; de värsta hatvågorna verkar ha ebbat ut, och de som läser Freud med intresse gör det utifrån ett äkta engagemang och inte för att det ligger rätt i tiden. Gott så.

I tider av framgång ställs inte de adekvata frågorna och en slapphet inträder. Psykoanalysen i medgång medförde många tokiga läsningar, liksom dagens dumheter som begås i behaviourismens namn. En teori mår bäst när den befinner sig under stillsam attack – dock måste den erbjudas livsrum och skydd från någon institution så att den kan jobba på utan att bli alltför ängslig om sin existens. Att vara under ständig belägring försvårar arbetet betydligt.

Man bör läsa Freud med allvar, med känslighet och med en uppmärksam och kritisk blick. Skinner – en annan ömsom upphöjd, ömsom föraktad teoretiker – som företräder en delvis annan förståelse av människans psykologi bör läsas med samma allvar och känslighet. Idag finns dock en förkärlek för enkla resonemang som inte kräver något som helst intellektuellt arbete. Det är allvarligt.

Hoppas några har tålamod att läsa och försöka förstå också i framtiden. I detta resonemang berörs specifikt den bristfälliga läsningen av den mångsidige teoretikern Freud. Frågan är dock mycket större än så; världen hade klarat sig utan Freud. Den hade givetvis varit fattigare och blekare men någon annan hade säkerligen formulerat sig kring samma frågeställningar, detta då frågorna delvis låg i tiden. Det som världen dock inte klarar sig utan är tålmodiga och noggranna läsare. Om de lyser med sin frånvaro kommer dumheten och ytligheten helt ta över. Det vore tråkigt att totalt drumla omkring i mörkret; vi har där en uppgift. Vi får inte förblindas av nuets självgodhet, vi får inte ryggradsmässigt tro att vi alltid vet bäst, särskilt då vi inte ens gjort en ansträngning att förstå dem som vandrat före oss på stigen.

1 Resonemang kring Freudkritiken och dess bevekelsegrunder är värt en egen mäsas, det finns foljdriktigt en ymnig litteratur kring detta. För den intresserade läsaren hänvisas till idéhistoriker Per Magnus Johanssons ingående redovisning av den svenska Freudkritiken. Se Freuds psykoanalys. Band III: Arvtagare i Sverige del 2. (2003) Göteborg: Daidalos (s 431–468)





Resa i känslornas landskap

Björn Wrangsjö

Björn Wrangsjö, som handledare av läkare, har jag mött i olika konstellationer under min livsresa inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige sedan år 2000.

Det var trevligt och överraskande att möta Björn igen i redaktionskommittén för Svensk Psykiatri. Där har vi fått privilegiet att delta i diskussioner, komma med fria associationer kring olika Teman inom ramen för tidskriften. Björns starkt färgade beskrivningar och intensivt levande perspektiv i sina resonemang upplevs oändligt blomstrande och ständigt berikande.

Björn, docent i barn- och ungdomspsykiatri, är också författare till många böcker inom området. Att få läsa och göra en recension av hans senaste bok och dessutom i det så aktuella, heta ämnet (Läkartidningen 19/2012 sid. 947) KÄNSLOR gjorde mig upphetsat lycklig (tacksam, glad, kär i ämnet!!).

Jag anade att det väntade mig en upplevelse av aldrig tidigare skådat slag, både för mina signalsubstanser i hjärnan och för själen!! (Läkartidningen 20-21/2012 sid. 1005).

Redan i "Innehållet" och i den allmänna beskrivningen under "Inledning" sattes mina svenska språkkunskaper på prov. Det var ett tag sedan jag så flitigt behövde använda den svensk- spanska ordboken och litterära hjälpöversättningar av kollegor.

När språkbarriären var nedslagen, fortsatte läsningen att kräva mycket, mycket uppmärksamhet, tidsutrymme för eftertanke, testning av hypoteser, dess medvetandegörande och prövning i det verkliga livet privat och på jobbet.

Boken är skriven i första person, så jag uppfattar det som att det är Björn som i sin tjänst ger sig i väg på sin cykel och hälsar på i olika Känslors hem för att intervjua dem.

Dessa Känslor delar med oss sina tankar om sig själva, om andra Känslor och om relationer mellan dem.

Varje Känsla beskriver sin egen karaktärs positiva och negativa sidor.

Berättelsen börjar med de under medeltiden oförlåtliga Sju dödssynderna: Avunden, Högmodet, Girigheten, Frosseriet, Likgiltigheten, Vreden, Kättjan.

Jag tror mig känna igen vissa av dessa Känslor inom olika diagnoser enl. DSM IV: Avund i depression med

vanföreställningar, psykos, osjälvständig personlighet. Girighet i tvång, ADHD, bipolaritet. Frosseri i bulimi, ångest. Likgiltighet i autism.

Resan till 7 dödssynder avslutas med ett kapitel om "Eftertankar", om hur vi ska både kunna vara medvetna och kunna påverka "Det" som växer inom oss, med bibehållen spontanitet??

Andra delen av boken ägnas åt hembesök till en släkt av för oss mer bekanta "Känslor". Varje kapitel upplever jag djupt i mina tankar med avspiegling av mitt inre känsloliv.

I sista kapitlet om "Eftertankar" gör Björn en förhoppningsfull slutsats om att "det är REGISTRERING/ upplevelse av känslor som glädje, kärlek och tacksamhet till vardags som ger oss kraft att ta oss an, uppskatta och möta andra känslor".

Författarens och bokens korta och trevliga bakgrund är näst sist under EFTERSKRIFT, men kan med fördel läsas först liksom LÄSTIPS.

Jag ser potential i bokens utveckling som ett mera barn- och ungdomsvänligt psykopedagogiskt behandlingsunderlag.

Det populära neuropsykologiska perspektivet saknas.

Samtidigt, utifrån de nyaste rönen om en förklaringsmodell för sambandet mellan signalsubstanser och känslor, stimulerar boken till vidare testning av gestalter i dessa termer.

Gloria Osorio

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare

Länsenheten för ätstörningar

Gävleborgs läns landsting



I partiledardebatten i TV 6 maj var det bara Jonas Sjöstedt (v) som stod för att förbjuda vinst i vården. Då frågan delvis kommit upp efter vårdskandaler i privat vård försökte de borgerliga blanda bort korten genom att påpeka att det minsann begås fel i offentlig vård också. Självklart då vårdarbete är en svår konst. Men det man inte tycks inse är att risken för fel är större då vården drivs med det övergripande målet vinst och ökad vinst enligt kapitalismens spelregler.

Detta av det enkla skälet att sätten att öka vinst är att öka marknaden eller minska kostnaderna. Men eftersom den privata vården som drivs med skattepengar är upphandlad kan man inte öka marknaden utan bara pressa kostnaderna. En utförlig analys av detta se marknadsforskare vid KTH Jesper Meijling <http://www.dn.se/debatt/naiva-politiker-har-sjalva-skatat-problemen-i-varden>.

Visst kan man nog ibland effektivisera men som vi sett leder det lätt till omänsklig vård, särskilt när riskkapitalister utan vårdkunskap ger sig in i denna lukrativa marknad. Det finns naturligtvis även god privat vård och jag är inte emot privat företagsamhet. Men jag tycker det är otillständigt att skattebetalarnas pengar går till vinster istället för lön. Enligt uppgift från Famna, Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte, bedrivs en stor del, ca 50 %, av vården på kontinenten av ideella, ofta religiösa, stiftelser utan vinstsyfte.

De borgerliga försökte också försvara sig med att det öppnats många nya privata vårdalternativ. Men dessa vårdinrättningar kunde naturligtvis ha startats av det offentliga vilket hade varit en dubbel vinst då just dessa privata går med vinst när det offentliga skär ned, samt vi skulle kunna ha de 8 miljarder till i offentlig vård som nu enligt Sjöstedt, och ingen ifrågasatte siffran, går till vinst istället för vård.

Det finns också forskning som visar att vinstkrav försämrar och fördyrar vården och professor Ingemar Axelsson visar i Läkartidningen (<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=17697>) hur detta med 100 milj. euro per år bidragit till finanskrisen i Grekland. Han avslutar sin artikel

Vinst i vården? Javisst! Men för kapitalet eller patienter?

Jan Pilotti

Leg läkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri
Överläkare, Örebro

”Min studie kan sammanfattas i tre meningar:

- Undvik vård på sjukhus eller sjukhem med vinstkrav.
- Landstingen bör inte sluta vårdavtal med sådana institutioner.
- Vinster är patientfientliga.”

Dessa 8 miljarder i Sverige som nu går till privat vinst skulle kunna ge skäliga löner till alla i vården, även icke-läkare. Det skulle lösa sjuksköterskeupproret. Vi skulle kunna anställa mer personal och öppna fler vårdplatser där man nu genom dränering av offentlig vård nått gränser som är direkt farliga för patienter och vårdarbetare. Vägen till god vård är skattefinansierad vård - offentlig, kooperativ eller privat - men utan att tillåta vinst!

Finns mening?

*Sökandet efter kunskap om världen och livets sammanhang är en ofrånkomlig del av den mänskliga naturen.
Peter Gärdenfors*

När det gäller de existentiella frågorna menar den kaliforniske psykoterapeuten Irvin Yalom att det finns fyra livsvillkor som vi alla ställs inför; *döden* som ingen av oss undgår, *friheten* att själva och efter eget val forma vårt liv; vår *oundvikliga* och *slutgiltiga ensamhet*, och sist, *frånvaron* av en uppenbar *mening med livet*.¹

I anspråket att ha funnit en av livets centrala frågor - om det är värt att leva - säger Albert Camus: *"Det finns endast ett verkligt allvarligt filosofiskt problem: självmordet. Då man avgör om livet är värt att leva eller inte, besvarar man filosofins grundläggande fråga."*²

De flesta av oss finner emellertid meningar med livet efter hand. Yalom nämner den kanske vanligaste, den att *"meningsfullheten är en biprodukt av engagemang och ansvarstagande"* och att *engagemanget* gör frågan onödig.³ Men i vårt sökande kan vi ibland hamna på villospår enligt essäisten Montaigne: *"Vi söker efter andra och bättre villkor, därför att vi inte begriper oss på att utvinna något ur dem vari vi lever, och vi går utom oss själva, därför att vi inte begriper oss på att finna oss själva."*⁴ *"Livets mening finns där den släpps in"* mumlar Mister Test i sin dialog med Herr Josephson.⁵

Förutom att engagemang kan ge mening - finns det därutöver något som är gemensamt och erkänt av alla eller de flesta av oss? En grundläggande mening med livet är *döden*. Varje *molekyl* och varje *gen* i växter, djur och människor består av ämnen som är miljarder respektive miljoner år gamla. Utan döden skulle vi inte kunna bli till och fortsätta att utvecklas i enlighet med evolutionen.⁶

Vi vet att vi föds och att vi alla kommer att dö. Däremellan kommer det personliga livet som ska levas. Evolutionärt, biologiskt, socialt och kulturellt tycks meningen med livet vara just att *leva och om möjligt, hålla sig vid liv*. Aaron Antonovsky har beskrivit hur *känslan av sammanhang* är viktigt för livskänslan och möjligheten att hålla sig frisk.⁷

Och hur ska vi leva? Några delar i ett möjligt svar (förutom att i likhet med alla levande varelser från amöbor till människor sträva efter det goda och undvika det mindre goda) tycks förbli att också *bidra till helheten*; att arbeta, syssla, att vara behövd, att få dra sitt strå till stacken. *"Att vi ska ta hand om denna värld på bästa möjliga sätt"* med Hans Rosings ord. En rimlig mening kan vara att vi ska använda vårt förstånd

och vår kreativitet och utveckla dessa förmågor.⁸

"Varför skulle vi bekymra oss om döden? Livet har ju så många uppgifter som måste lösas först" påpekar Konfucius. I en presentation av filosofen Luc Ferry omnämns den *"verkliga visdom som består i att försona sig med och älska verkligheten som den är."*⁹ Inte så lättsmält när det gäller oacceptabla verkligheter som krig och folkmord. Men nog ligger det mycket i uttrycket.

Att endast njuta av tillvaron och bortse från andras belägenhet tycks inte tillfredsställa våra behov, som vi nu är skapta. Ett ständigt sökande efter njutning kan i längden troligen få meningsfullheten att blekna.

För egen del kan jag nog hitta flera goda skäl till att tillvaron har mening: Att ibland få erfara en berusande livskänsla (som kan intensifieras om våren). Att se barn och barnbarn födas och växa upp; kärlek, närhet och livgivande erotik när det bjuds; god mat och dryck; att vara i vacker och levande natur, att följa växternas och djurens liv; att försöka vara en någorlunda hygglig människa; att få ta del av berikande samtal, liksom av kunskaper och visdom, att samla ett livsbibliotek; kort och gott - att njuta detta för mig (och andra) livets goda. Men också att kunna *stå ut med* livets mindre goda sidor inkluderande mina egna.

Som övergripande mening svävar intresset av att närma sig en *förståelse* av världens kosmos, av människornas öden och villkor, allt som hör till det enda men oöverskådliga liv och den mirakulösa värld vi har. Så uppfattar jag livsmening i denna tid, vilket kan ses som en vaccination mot olycksalighet.

*Mening med livet kan man bara få genom att ge andra mening.
Nasrin Emanpour*

Inom psykiatrik händer det nog att vi kämpar - ibland förgäves - med människor som har svårt att se möjligheter och mening i tillvaron. Det tillhör de verkliga utmaningarna att tillsammans finna skäl att leva och leva vidare.

Det hindrar inte att livet även för de flesta av oss kan berövas sin mening. En smärtsam separation, en svår sjukdom med förluster, en svår depression, förlust av nära och kära, en naturkatastrof - alla kan de ödelägga det meningsfyllda livet för kortare eller längre tid. Då, om någonsin, ställs frågan om mening på nytt och vaccinationsskyddet provas. ◀

Tord Bergmark
Psykiater, psykoterapeut
Stockholm



Källor:

¹ Irving D. Yalom. *Existential Psychotherapy* (Basic Books 1980).

² Albert Camus. *Myten om Sisyfos* av (Bonniers Definserien[1942/1947/1966] 1986)

³ Irving D. Yalom. *Kärlekens bödel* (Natur och Kultur 1987/2004, s. 27).

⁴ Michel de Montaigne. "Livets värde". I *Levnadsvisdom från alla tider* (Bokklubben Svalan 1961, s. 93).

⁵ Ulf Peter Hallberg & Erland Josephson. *Livets mening och andra bekymmer* (Atlantis 2010).

⁶ Hans Rosing . *Den personliga identiteten och livets mening* (Schildts 1986, s. 192, 217, 228-229).

⁷ Aaron Antonovsky. *Hälsans mysterium* (Natur och Kultur 1991/2004).

⁸ Hans Rosing. *Ibid.*

⁹ Ruth Lötmarker. *Kärleken störst i en värld utan fasta värderingar* (SvD Under strecket 7 februari 2011).

Psykiatrins framtid i Stockholm

Tisdagen den 24 april hade Stockholms psykiaterförening ett välbesökt möte på Karolinska Universitetssjukhuset om framtidens psykiatriska vård i Stockholm.

Mötet hölls med anledning av planeringen av Nya Karolinska Solna (NKS) och dess konsekvenser för psykiatrins framtid i Stockholm. En annan anledning var planerna på psykiatrins utflyttning från akutsjukhusen till närsjukvårdsområdena, en plan som dock har skrinlagts. Helt nyligen backade man från detta beslut för att inte äventyra sambandet mellan psykiatri och den somatiska vården.

Mötet hölls som ett seminarium med en diskussionspanel med följande deltagare:

Johan Sjölander, socialdemokratisk sjukvårdspolitiker i Stockholms läns landsting

Clara Gumpert, chef för Centrum för psykiatriforskning

Birgitta Rydberg, landstingsråd, Folkpartiet

Anna Stenseth, verksamhetschef, Norra Stockholms Psykiatri

Anders Berntsson, verksamhetschef, PRIMA Vuxenpsykiatri

Nils Lindefors, verksamhetschef, Psykiatri Sydväst

Seminariet leddes av ordföranden för Stockholms psykiaterförening, Sergej Andréewitch.

Mötet inleddes med en kommentar från var och en i panelen och därefter vidtog en allmän diskussion.

Johan Sjölander berättade om sitt stora engagemang för psykiatriska frågor och sina farhågor för en fragmentarisering om psykiatri genomgår flera privatiseringar.

Clara Gumpert betonade vikten av att psykiatri finns representerad på NKS, inte bara som en forskningsstation utan även med patientvård. Om det inte sker ser hon en stor fara för att svensk psykiatrisk forskning går i kvav vilket kommer att skada specialitetens trovärdighet, dess rekryteringsmöjligheter och anseende. Det finns en stark anledning att betona psykiatri i ett folkhälsoperspektiv eftersom psykiatriska sjukdomar, jämte muskuloskeletala sjukdomar, är den största orsaken till ohälsa, funktionsnedsättning och sjukskrivning.

Birgitta Rydberg redogjorde för planerna på ytterligare privatiseringar och näst i tur står Järfälla/Upplands-Bro. Hon betonade att innehållet i upphandlingarna finns tillgängliga för var och en att läsa på Stockholms läns landstings hemsida. Hon ville också lyfta fram att hon anser att slutenvården har en dålig vårdmiljö och förändringar av psykiatri måste syfta till att förbättra dessa vårdmiljöer.

Vårdkedjan mellan slutenvård och öppenvård behöver också förbättras - hon tycker att vårdpersonal inklusive läkare inom öppenvården bör besöka en inlagd patient minst en gång per vecka.

Anna Stenseth berättade om sin egen väg in i psykiatri. Hon berättade också om det stora förändringsarbete man har företagit inom Norra Stockholms Psykiatri på kort tid, och att kliniken har börjat utveckla en utbildnings- och forskningsansats men att sådana initiativ också måste värdesättas från beställarorganisationen. Hon medgav att vårdmiljön på slutenvården inte var god men att det finns planer på att, genom en omlokalisering till Sabbatsberg, förbättra miljön.

Anders Berntsson berättade om den privatiserade kliniken PRIMA Vuxen som är till antalet anställda ganska liten men som ändå har satsat på forskning i form av anslag från kliniken. Han berättade om sin farhåga att första linjens psykiatri inte ensamma kan axla ansvaret att behandla svåra ångest- och depressionstillstånd. Psykiatri måste få tillträde tidigare i förloppet för att förhindra onödigt långa sjukskrivningar. Han skulle önska en utlokalisering till mindre öppen/slutenvårdsenheter för psykopatienter, vilket bättre skulle tillgodose dessa patienters behov.

Nils Lindefors har stora förhoppningar att internetpsykiatri kommer att bli tillgänglig för allt fler. Han menade också att forskning och utveckling/utbildning är viktiga frågor.

De diskussionsämnen som dominerade var psykiatrins anseende och roll i samhället. Någon vittnade om att de istället valt andra specialiteter trots intresse för psykiatri, och att anseendet knappast ökat jämfört med den tid då forskningen var aktiv på KS på 70–80-talet. Ersättningssystemet debatterades livligt och många ställde frågor hur det skulle förändras. Conny Gabrielsson, chef för enheten för psykiatri inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, befann sig i publiken och berättade att man lyssnar på kritiken och att det pågår ett arbete med att förändra systemet. Det bekräftades också av Birgitta Rydberg. Privatiseringen kritiserades från publiken då den upplevs splittra upp vårdkedjor. Håkan Götmärk, ordförande i specialitetsrådet för psykiatri, framförde sin oro för framtiden om man fortsätter att fragmentarisera psykiatri genom alltför många privatiseringar.

Styrelsen för Stockholms Psykiaterförening

Sergej Andréewitch, Nanna Byström, Elina Sarasalo, Elizabet Rajs Haking, Gabriel Cizinsky och Peter Engelsöy

Vid pennan:

Lena Flyckt

Centrum för psykiatriforskning, Stockholm

Vilken formulering av quetiapin väljer du?

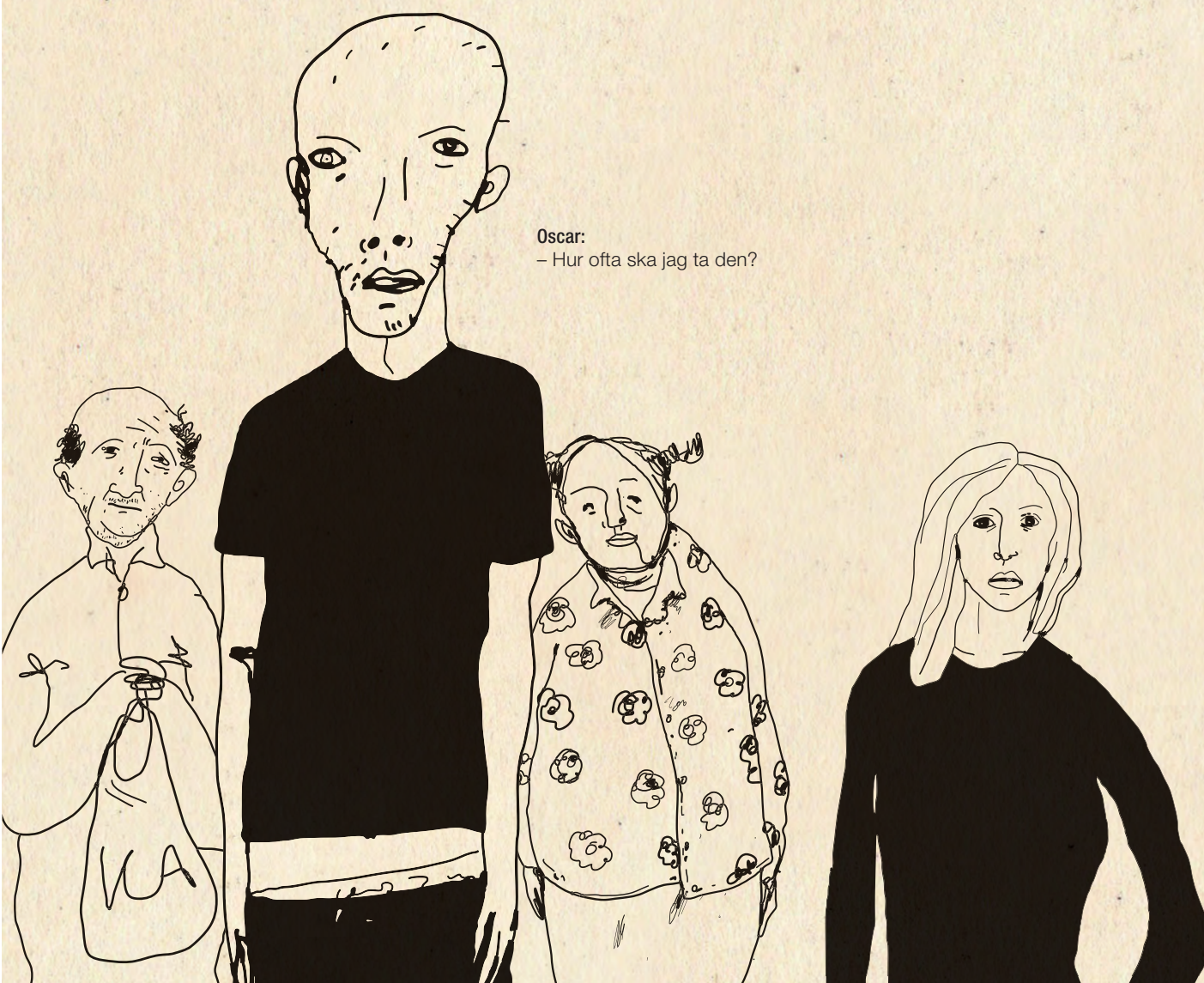
En enkel behandling är viktig vid behandling av schizofreni. Ofta är patienter drabbade av nedsatt kognitiv funktion eller saknar sjukdomsinsikt vilket gör följsamhet till en stor utmaning. Bland annat är antalet doseringstillfällen och eventuella biverkningar viktiga faktorer för patienters följsamhet 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: Behandling av schizofreni, inklusive underhållsbehandling för att förebygga återfall hos patienter med schizofreni. 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. Tillägsbehandling av depressiva episoder hos patienter med egentlig depression (MDD) som erhållit ett suboptimalt svar på antidepressiv monoterapi. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid schizofreni och bipolär mani 600 mg/dag (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). 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 tillägsbehandling 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). 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 2011-05-30



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET

B



SPK²⁰¹³

Svenska Psykiatrikongressen



MÜNCHEN®
BRYGGERIET

EVENT + KONFERENS

Stockholm

13-15 mars 2013

För sjätte året i rad arrangerar Svenska Psykiatriska Föreningen den Svenska Psykiatrikongressen, SPK.

2013 håller vi kongressen i Stockholm på Münchenbryggeriet.

SPF vill med denna kongress bidra till ökad fortbildning och även erbjuda en självklar årlig mötesplats för alla personer verksamma inom psykiatri och närliggande verksamhetsområden.

På vår hemsida, www.svenskpsykiatri.se kan Du följa hela planeringen och se när det är dags att anmäla sig.

Ev. utställare kan redan nu anmäla intresse för monterplats.

Varmt välkommen!