

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - November 2008

TEMA Ledarskap



TEMA Vilka är det egentligen som bestämmer i psykiatrin? Vilka egenskaper behöver en ledare besitta? Kan vi rent av lära oss något av Machiavelli? Hur ska man förhålla sig i en kaotisk organisation? Varför väljer man bort möjligheten att påverka genom att bli hyrläkare? Det och mycket annat reflekterar vi över i detta nummer

ÖVRIGT ST-läkarnas utbildning förändras och flera artiklar handlar om detta. Förra numrets tema om självhjälp följs upp med reflektioner över varför vi läser självhjälpböcker. Forskning inom såväl psykoterapi som psykofarmakologi presenteras och diskuteras. Möten och kongresser har gett deltagarna värdefulla kunskaper och erfarenheter som de delar med sig av.

DEBATT "Psykiatri är utan tvekan en fascinerande medicinsk specialitet" slår en av skribenterna fast. Vilket inte gör det förvånande att debatten om synsätt och om vad som utgör en god psykiatri fortsätter med stort engagemang. Vi publicerar denna gång flera artiklar på detta tema. Meningsskiljaktigheterna kvarstår men samtidigt efterlyses "en tvåspråkig psykiatri" och ett slut på den polariserade debatten.

Ansvarig utgivare: Christina Spjut



Huvudredaktör: Tove Gunnarsson





ABILIFY® (ariprazol) är indicerat för behandling av schizofreni och nu också godkänt för behandling av måttlig till svår manisk episod vid bipolär sjukdom och för profylaktisk behandling av återfall i nya maniska skov hos patienter med huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på ABILIFY®-behandling.¹

Referens: 1. SPC 2008.

ABILIFY® (ariprazol) för behandling av schizofreni. **ABILIFY®** för behandling av måttlig till svår manisk episod vid bipolär sjukdom och för profylaktisk behandling av återfall i nya maniska skov hos patienter som haft huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på aripirazolbehandling. **ABILIFY® injektionsvätska** för att snabbt få kontroll på agitation och stort beteende hos patienter med schizofreni, när peroral behandling inte är lämplig. **Förpackningar och styrkor:** Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. **Övrig information:** Abilify är receptbelagt och förmånsberättigat. För fullständig information och pris se www.fass.se. Texten är baserad på produktresuméer februari 2008 (injektionsvätska) och mars 2008 (övriga beredningar).

Behandla idag för en väg framåt

ABILIFY®
(ariprazol)

Abilify Mylan Sverige
Box 10220, 167 15 Bromma
Tel 08 756 71 00 www.abilify.se

 Otsuka **Osaka Pharmaceutical Europe Ltd.**

Alla är med.....

REDAKTIONELL
LEDARE

Alla organisationer har ledare som visar vägen och som får med sig andra på nya idéer. Alla organisationer innehåller också personer som inte gillar ledare eftersom de kan beskära det egna handlingsutrymmet. Detta sker alldeles oavsett hur de formella beslutsprocesserna ser ut.

Det här numret av Svensk Psykiatri ska ta upp just ledarskapsfrågor och lägga till det i en som vi hoppas pågående diskussion om viktiga temata för Sveriges psykiatriker. Tidigare temata har bl.a. varit media, psykiatrins risker, själ och ande och självhjälp. Redaktionens avsikt är att dessa trådar ska hänga kvar och rentav kunna bilda underlag för en vacker väv vars form och innehåll var och en bestämmer själv.

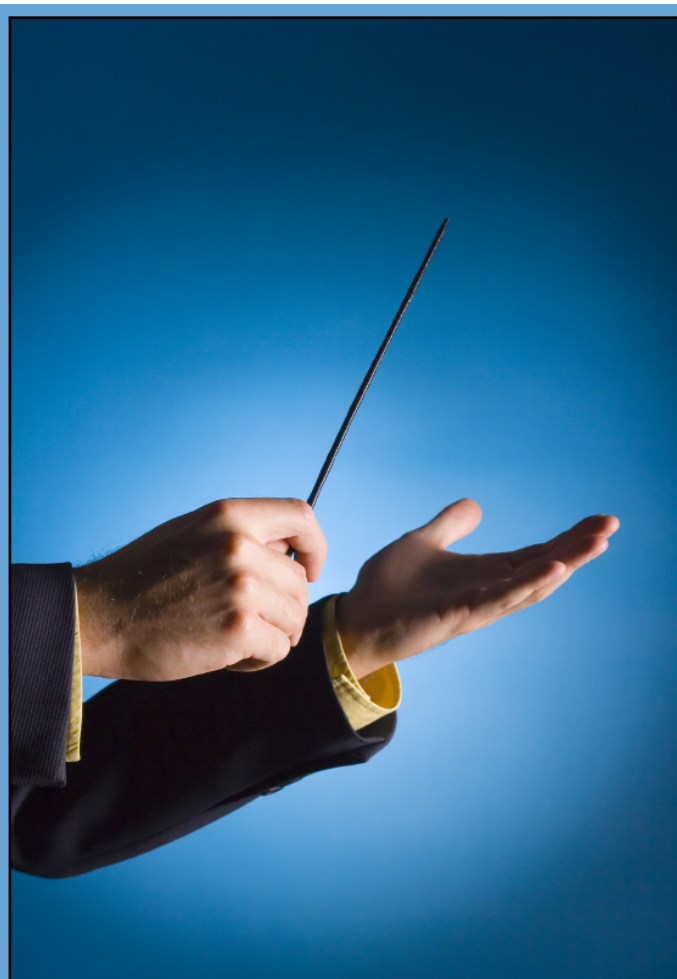
"Läkaren har formella befogenheter som ingen annan yrkesgrupp har"

Inom psykiatrin, till skillnad från somatiken, kan man ibland slås av bristen på tydlig hierarki. "Alla" är med och fattar beslut, handledare ger råd i patientärenden medan ansvarig läkare befinner sig på annan plats, kvalitetsutveckling knyts till särskilda tjänster som sällan innehas av specialistutbildade (läkare).

Samtidigt har läkaren och specialisten ett unikt försprång i kraft av en enastående lång och krävande utbildning, en självklar vana att hålla sig ajour med kunskapsutvecklingen på området och inte minst, formella befogenheter som ingen annan yrkesgrupp.

Så vi frågar oss i detta nummer om ledarskapet för psykiatrins utveckling ligger hos psykiatrikerna i synnerhet eller hos "alla". Om det är så att "alla" har ansvaret kanske det finns en risk för att informella och obestämda maktstrukturer får större utrymme på bekostnad av ett rationellt, ansvarigt samtal om psykiatrins utveckling.

Per Lindqvist
SP Redaktion



TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: Christina Spjut
Huvudredaktör: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

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

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

Annonser och material till:
redaktoren@svenskpsykiatri.se
Omslag: Fotograf Tomasz Trojanowski,
Shutterstock

Psykiatrin går först!

Ja, ibland händer det att psykiatrin går först.

SPF har skrivit en motion till Svenska Läkarsällskapets fullmäktige om krav på dokumenterad kontinuerlig fortbildning för alla specialister.

ST-läkarnas målbeskrivningar är ju sjösetta nu, så det är dags för SPF att ännu mera aktivt arbeta för att specialisterna blir garanterade en god kontinuerlig fortbildning under hela sitt yrkesliv. Fullmäktigemötet gick av stapeln 14 oktober och vår motion togs emot mycket positivt.

Svenska Läkarsällskapet kommer nu att tillsammans med Sveriges Läkarförbund utreda frågan under det kommande året och återkommer till nästa års fullmäktige – hoppeligen med ett konkret förslag till hantering. (SPF har även motionerat till Läkarförbundet i samma fråga och motionen kommer att läggas fram för fullmäktige i början av december.) Motionerna kan läsas på vår hemsida.

Vid Svenska Läkarsällskapets fullmäktigemöte invaldes SPF:s vetenskapliga sekreterare Tove Gunnarsson i nämnden för de kommande tre åren.

Riksstämman och Svenska Psykiatrikongressen

Styrelsen sliter just nu tillsammans med många medlemmar i föreningen med programmet för Riksstämman, Svenska Psykiatrikongressen och den nordiska psykiatrikongressen Nordic Congress of Psychiatry. Programmen ser ut att bli både omfattande och mycket bra. Vi erbjuder också CME-kurser i samband med Riksstämman. Du hittar hela programmet och CME-kurserna inklusive anmälningsblankett på hemsidan. Vi hoppas att du kommer att uppskatta dem.

Det symposium om metabol sjuklighet vid psykisk sjukdom som arrangerades av SPF och Psykiatri Nordöst hoppas vi på att kunna lägga ut i någon form på hemsidan så att flera kan få tillgång till de utmärkte föredrag som hölls. En länk till utbildning om tvångsvård finns redan nu på vår hemsida. Vi hoppas på att kunna fortsätta att både förmedla och medverka till produktion av viktig fortbildning i olika former för psykiatrer framöver.

I början av 2009 kommer Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depression och ångest. Ett första smakprov kan åhöras redan på Riksstämman.

Väl mött där!



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Hans Ericson

Åsa Westrin

ST-representant:: Maria Larsson

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: SPF, 851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Att bli sig själv igen - med effektiv behandling

Med en effektiv behandling uppnår du ett långvarigt resultat. Det krävs för att depressionssymptomen ska bli helt återställt och hitta tillbaka till sitt vanliga jag igen. Cipralex® (escitalopram) är ett modernt och effektivt antidepressivt läkemedel. Det finns idag omfattande kliniska dokumentation med Cipralex både vid depression och ångest (generaliserad ångest, tvångssyndrom och social fobi).¹⁻⁷ Dessutom har Cipralex en fördelaktig biverknings- och utsättningsprofil.⁸⁻¹² Det är också en viktig faktor för den som är på väg att bli sig själv igen.

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2007-05-11. DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska. För pris och vidare information, se FASS.se.

1) Boulanger et al Curr Med Research and Opinion, Vol 22, No 7, 2006, 1331-1341. 2) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 3) Hyman Rapaport et al Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65:44-49. 4) Allgulander et al Internet Journal of Neuropsychopharmacology 2005, 9, 1-11. 5) Fineberg et al European Neuropsychopharmacology 2007, may/jun (6-7) 430-439. 6) Montgomery et al Clinical Journal of Psychiatry 2005; 66:1270-1278. 7) Lader et al Depression and Anxiety 2004; 19:241-248. 8) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 9) Khan et al Clin Drug Invest 2007;27 (7): 481-492. 10) Montgomery et al Neuropsychobiology 2004; 50:57-64. 11) Baldwin et al Br Journal of Psychiatry 2006; 189: 264-272. 12) FASS.se

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

Det är dags att använda modern kunskap kring ledning

Det är dags....

att använda modern kunskap kring ledning och styrning för att komma åt det faktum att alldeles för lite av varje medarbetares tid går till patientarbete.

Det är som vanligt oerhört mycket på gång samtidigt - alla intresserar sig för psykiatri och extra mycket för barn och unga. I Dagens Medicin nyligen blev de olika föreningarna tillfrågade om regeringens satsningar och jag var den enda som var positiv - utifrån att man satsar mer på barn än på vuxna. Man kan ju alltid önska sig mer, tycka att det "bidde en tumme", att detta inte är någon satsning att tala om, men jag tror att vi har ett stort arbete att göra ute i våra verksamheter med att visa att vi kan leva upp till kvalitetskrav och målsättningar också. Erbjuder evidensbaserade behandlingar, korta köer, nå rätt målgrupper. Ett stort arbete pågår nu i SKL:s regi, där många inom BUP engagerats för att försöka hitta konsensus kring vad som är BUP:s ansvar, vad som ska skötas i första linjens sjukvård och hur vi ska arbeta för att kunna leva upp till den förstärkta vårdgarantin som kommer.

Vi sätter inte alls patienten i främsta rummet idag. Jo, när den enskilda patienten väl är i vårt rum är jag övertygad om att vi alla sätter patienten/familjen främst. Men inte annars, inte systematiskt, inte tidsmässigt. Vi fastnar lätt i att försvara det vi gör idag, försvara att så mycket tid går åt till "indirekt patientarbete", bortförklara med alla krav från myndigheter och lagar, istället för att fundera över hur vi systematiskt kan göra för att ta bort allt "spill" och förbättra innehållet i det vi gör. Och det är oklart vem som ansvarar för vad.

Sjukvården i stort och psykiatri i lika hög grad som andra har en hemläxa att göra här som jag ser det. Chefers och ledares uppgift i dag blir att tillhandahålla en helhetssyn och rätt verktyg för att minska tiden för allt icke-nyttigt arbete. När vi enats om vilka behovsgrupper som ska till BUP så gäller det att satsa på verksamhetsutveckling som ger oss både tillräckligt med patienttid och en "good enough" nivå på de behandlingar vi ger. Chefen ska vara specialist på verksamhetsutveckling och se till att förutsättningarna är de bästa - och specialisterna i vården ska fylla tiden med meningsfullt arbete för patienternas bästa.

Hur ska vi kunna ta bort onödigt arbete (som att leta efter papper, läsa en journal där fyra personer har skrivit om samma sak, ägna timmar åt att skyffla någon till "rätt person" istället för att träffa den själv, sitta ett antal personer och diskutera istället för att träffa patienten med nätverk och hitta en lösning, inte kunna träffa någon den vecka man vill för att allas tidböcker lever sina egna liv utan synkronisering) för att ersätta det med tid för patienter? Här kommer frågor om ledarskap och management in.

Min uppfattning är att vi måste vända på många stenar och slakta många heliga kor under resan. Och för det krävs ett annat tankesätt, en annan ingång.

Som Toyota, Saab och andra stora företag där man lyckats med denna typ av arbete, säger, så handlar allt i grunden om ett nytt Mindset. Det handlar inte om teknik, om mekaniska lösningar, utan om att ändra hela sitt tankesätt, sitt sätt att uppfatta sin uppgift på.

Varför är jag på jobbet? Vilka vårdprocesser finns och hur kan just jag bidra där?



Det är dags att använda modern kunskap kring ledning och styrning för att komma åt det faktum att alldeles för lite av varje medarbetares tid går till patientarbete. Specialistläkarens uppgift, i samverkan med övriga professionella, blir förhoppningsvis tydligare i ett sådant system; dels förstås att diagnostisera, utreda och behandla, men i lika hög grad att ägna sig åt utveckling av innehållet i vården, se till att vi använder rätt behandlingsmetoder, farmaka, terapier – förfinas och förädla det barnpsykiatriska hantverket. Jag tror att mycket kommer att hända de närmaste åren inom detta område!

Ny hemsida

Till sist vill jag bara meddela att vi har en ny hemsida-välkomna att besöka den. Vår förenings hemsida har gjort en ansiktslyftning genom att städsla en ny, ung webbredaktör som förhoppningsvis ska ge vår egen sajt en extra skjuts. Denna vecka har sajten lanserats på www.svenskabupforeningen.se

Lena Eidevall
Ordförande

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall (lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Kerstin Malmberg (kerstin.malmbeg@ssl.se)

Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)

Kassör: Catharina Winge Westholm

(catharina.wingewestholm@lthalland.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson

(jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)

Ledamot Marie Törnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)

ST-representant Anna Sten (anna.sten@ssl.se)

Öppen rättspsykiatrisk vård

**LEDARE
SRPF
Ordförande
Lars Eriksson**

Öppen rättspsykiatrisk vård

Från 1e september har vi en ny lag där "långpermissionerna" i rättspsykiatriska vården ersatts med "Öppen rättspsykiatrisk vård". För de flesta har väl detta inte inneburit någon större skillnad mer än att kommunens påskrift krävts under vårdplanen (den samordnade). Själva beteckningen är tilltalande och säger väl egentligen mycket mer om vad det egentligen handlar om nämligen om en vård med kvalificerade behandlingsinsatser. Begreppet permission för väl tankarna snarast till någon sorts ledighet. Förutom en ökad tydlighet kan man också fundera över om lagändringen kommer göra det lättare eller svårare att få kommunerna till "förhandlingsbordet"

Störst betydelse kommer förmodligen lagändringar att få för allmänpsykiatrin som nu ges möjlighet till en uppföljning av utvalda patienter liknande den som vi bedriver sedan länge inom den rättspsykiatriska vården. Det borde faktiskt kunna förhindra att ett antal patienter hamnar hos oss.

Översyn av all tvångsvård

Samtidigt med denna begränsade modifiering av tvångsvården som snarast kan betecknas som ett återinförande av försöksutskrivningen men med högre rättssäkerhet och krav på samverkan i psykiatireformens anda har regeringen initierat en omfattande översyn av tvångsvårdslagstiftningen. Två år ska utredaren få på sig och i stort sett alla bollar inom området kastas i luften för en totalöversyn där man verkar ha tagit fasta på mycket av de senaste årens kritik från professionen. Många frågor aktualiseras. Kommer vi att få ett otillräknelighetsbegrepp i svensk lag? Vi är tämligen ensamma i världen om att inte ha det. Kommer öppen tvångsvård även att kunna initieras utan föregående inläggande vård? Kommer LPT och LRV att ånyo slås ihop till en lag som gamla LSPV ?

Hemsidan tillbaka

Det är viktigt att vi som är verksamma inom rättspsykiatrin (och psykiatrin) tar del i debatten.

Från föreningens sida kommer vi att försöka bidra till detta. Ett forum kommer att bli vår nyöppnade hemsida www.srpf.se där vi kommer att försöka hålla medlemmar och andra intresserade uppdaterade.

Årsmöte och program på stämman

Årsmötet i Svenska Rättspsykiatriska Föreningen kommer att ske 27e november i anslutning till vårt vetenskapliga program på Läkarstämman i Göteborg.

Mer information om detta kommer att finnas på hemsidan och skickas ut per e-post, eller vanlig post till medlemmarna
Välkommen som medlem.

Kom ihåg att man inte måste arbeta på heltid med LRV-patienter, psykiatri inom kriminalvården eller rättspsykiatrisk utredningsverksamhet för att bli medlem.

Den som har ett fåtal sådana patienter på sin mottagning eller avdelning, har ett mindre konsultuppdrag eller gör att fåtal P7-undersökningar kanske verkligen skulle ha nytta och glädje av ett medlemskap i föreningen.

Välkomna att höra av er till någon av oss i styrelsen eller direkt ansöka om medlemskap

**Lars Eriksson
Ordförande SRPF**



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson (lars-hakan.nilsson@kriminalvarden.se)
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (margareta.lagerkvist@vgregion.se)
Kassör: Mats Persson (mats.persson@lvn.se)
ST-frågor: Katarina Wahlund (katarina.wahlund@ki.se)
Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sll.se)
Christina Karlsson (christina.e.karlsson@lio.se)

Hemsida:
www.srpf.se

BUP - Rikstämmeprogram 2008

Barn- och ungdomspsykiatri

Onsdagen den 26 november

SAL A 4

08.30-10.00

Fria Föredrag

Moderator: Jan-Olov Larsson

1. Barn som behandlas med centralstimulantia i Uppsala län. Anne-Liis von Knorring, Håkan Danielsson.

2. ADHD-symtom och utagerande beteende hos toåringar har samband med MAO-A- och 5-HTT-gener samt MAO-B aktivitet i blodplättar. Kerstin Malmberg, Hanna-Linn Wargelius, Paul Lichtenstein, Lars Orelund, Jan-Olov Larsson.

3. Utfallet av vården inom barn- och ungdomspsykiatri kan mätas med HoNOSCA.

Jan-Olov Larsson, Hans Smedje.

4. Ny målbeskrivning för specialistutbildningen i barn- och ungdomspsykiatri. Hans Smedje, Gunnel Löndahl, Tove Marthin.

10.00-10.15

Kaffepaus

10.15-11.45

5SS. Sektionssymposium: Är patienter med neuropsykiatriska funktionshinder lämpliga för körkort?

Vägverket utfärdade i maj 2008 nya medicinska krav för körkort för patienter med neuropsykiatriska funktionshinder och symposiet ska belysa vilka regler som gäller.

Moderator: Kerstin Malmberg

Deltagare: Kurt Johansson, Ylva Ginsberg, Ingvar Bergman, Julia Alfredsson, Peder Rasmussen

11.45-12.30

Lunch

12.30-16.00

6SS. Sektionssymposium: Vilka barn och ungdomar behöver den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrins resurser?

Symposiet syftar till att belysa utifrån norska och svenska erfarenheter hur barnpsykiatriska vårdbehov ska tillgodoses inom primärvård och specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Särskilt behandlas SKL:s arbete med enhetliga medicinska indikationer inom fem olika problemgrupper utifrån symptom; - Ledsna barn och ungdomar - Överaktiva, impulsiva barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter, utagerande beteende och/eller utvecklingsavvikelser - Oroliga och rädda barn och ungdomar - Barn och ungdomar som inte tänker som andra eller med tecken på allvarlig psykisk sjukdom - Barn och ungdomar som är utsatta och far illa.

Moderator: Lena Eidevall

Deltagare: Olav Bengtsson, Stephan Ehlers, Torgny Gustavsson, Lars Hellgren, Mia Ramklint, Arvid Jostein Søreide med flera

16.30-18.00

Föreningsmöte

Torsdagen den 27 november

SAL A 6

08.30-10.00

Symposium: Barnens hälsa - igår, idag och imorgon.

Se SY 38.

Moderator: Lennart Köhler. Se SY 38.

13.45-14.30

Sektionssymposium: Debatt: Vem bevakar barnperspektivet i Sverige?

Moderator: Hugo Lagercrantz

Kongresshallen

14.30-16.00

Symposium: Kan vi påverka dagens aborttal - i så fall hur?

Se SY 44

Moderator: Ian Milsom. Se SY 44.

16.30-18.00

Symposium: Idiopatisk kortvuxenhet hos barn - kunskapsläge, kliniska konsekvenser och aktuella forskningsfrågeställningar. Se SY 46.

Moderator: Kerstin Albertsson Wikland. Se SY 46.

Fredagen den 28 november

SAL A 6

10.30-12.00

Sektionssymposium: Vad kan vi göra åt hot och våld i skolan?

Hot och våld i skolan har under senare år blivit ett snabbt växande arbetsmiljöproblem för både elever och lärare. Mobbning och grova trakasserier elever emellan har alltid förekommit men har under senare tid kommit alltmer i fokus, bland annat genom flera uppmärksammade rättsfall och skolmassakrer. Symposiet kommer att ta upp aktuell statistik och forskning samt kommer att ha fokus på förebyggande arbete/metoder. Avslutningen blir en paneldebatt mellan åhörare, föreläsare och debattledare.

Moderator: Pia Fridén (journalist, programledare)

Deltagare: Lars H Gustafsson, Felipe Estrada (BRÅ), Martin Forster, Lars Ahrrenius





Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska Psykiatrikongressen 2009 kommer att äga rum på Filmstaden Bergakungen i Göteborg.

Programmet är under arbete och kommer snart, dels via broschyr, men framför allt på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se

Prenumerera gärna på vårt medlemsbrev så får Du alltid senaste nytt.

Ur programmet:

Gränsland somatik – psykiatri

Schizofreni

Bipolaritet och suicidologi

Diagnostik och arbetssätt

Terapeutiska metoder

Neuropsykiatri

Rättspsykiatri

Psykiatin, kulturen och samhället

Sexualitet

Personlighetsstörningar

CME kurser

Filmtema

Psykiatri och IT

Svenska Psykiatrikongressen Göteborg

11-13 mars 2009

Barnpsykiatrins vårmöte är en angelägenhet och tradition att hålla fast vid - Lena Eidevall rapporterar

Vårmötet är den svenska barnpsykiatrins egen kongress och årets möte gav ett starkt stöd för att detta är en angelägenhet och tradition att hålla fast vid.

Vår vanligtvis flitige fotograf var upptagen av arrangemangen kring mötet och vi har därför inte lyckats få med särskilt många fotografier från kongressen. Professor Goodman har skickat oss ett foto som inte togs på kongressen



De lokala värdarna för vårmötet
– från vänster Viveca Andersson,
Verksamhetschef Morgan Johansson,
Karin Huisman, Claus Stubbergaard,
alla från BUP , UsiL, Lund



Professor Robert Goodman, ”pappa” till SDQ och DAWBA

Paneldebatt med moderator för kongressen Carl-Göran Svedin, föreningens ordförande Lena Eidevall, Olav Bengtsson från BUP Stockholm.



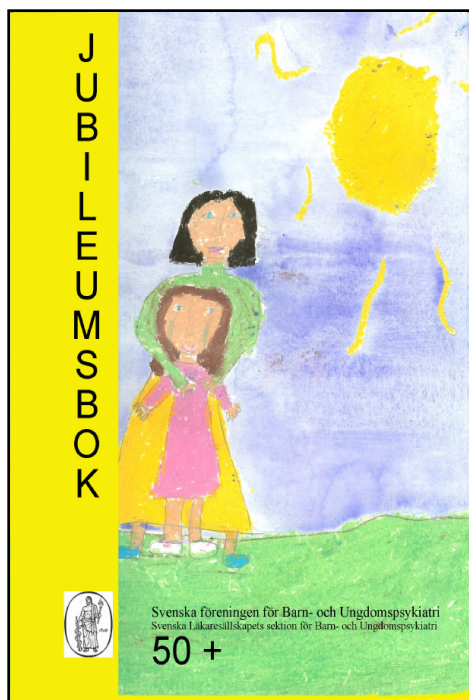
Jubileumsskrift - BUP

Svenska föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri har i år givit ut en Jubileumsskrift med anledning av att vi blivit 50 +. Boken ger en bred bild av vad barnpsykiatri är och hur yrket har utvecklats under ett halvt decennium tack vare ett stort antal medverkande från landets alla hörn.

Alla medlemmar i föreningen ska ha fått varsitt ex på posten. Du som inte har fått ditt exemplar hemskickat - hör av dig till vår kassör på adress Catharina Winge Westholm [catharina.westholm@swipnet.se].

Via kassören säljer vi gärna enstaka exemplar till de BUP-kliniker och andra ute i landet som gärna vill läsa denna Jubileumsbok och inte är medlemmar i Svenska föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri.

Lena Eidevall
Ordförande



Lost in translation

Jag åker till Tokyo i oktober och byter höstrusk mot drygt 20-gradig värme. Det är inte den enda skillnaden. Tokyo är en enorm stad med enormt många människor och enorma motsägelser. Jag går runt på stan, vimmelkantig av åtta timmars tidsskillnad och med psykiaterns nyfikenhet kan jag inte sluta att stirra på människorna omkring mig. Kanske är det fruktansvärt oartigt, vad vet jag? Efter den första dagens ängslan för att göra bort mig har jag insett att jag kommer att göra bort mig. Hela tiden. Oavsett vad jag gör. Så jag stirrar. På bisarrt utstyrda tonåringar. På arméer av människor i kriterstreckrandigt. På unga och gamla med munskydd. På unga och gamla i kimonos. Alla på samma trottoar. Fullt med folk men ingen som knuffas och ingen som är aggressiv.

Det är vänligt och artigt. Gatorna är rena men luften är det inte. Maten är fantastisk, godiset oätligt. Toaletterna är högteknologiska monster med kontrollpaneler som i en cockpit. Att lista ut vilken som är spolknappen kräver långt och tålmodigt sökande. Det får mig att grubbla över hur japanerna löser det där med potträning.

Med endast en timmes sömn i kroppen tillbringar jag en hel dag på studiebesök på ett stort forskningscentrum utanför Tokyo. Framåt kvällen tar man mig till en konferensanläggning där det pågår läkarmöte för en psykiatrisk klinik.

Jag håller föredrag för ett 40-tal kolleger.

Försöker få igång en diskussion men det går ack så trögt. Endast två personer säger något (båda dessa har bott några år i Sverige!). Efteråt är det mingel med buffé, och då kommer den ena efter den andra fram för

att prata. Kontaktsökande men aldrig påträngande. Jag träffar en barnpsykiater som berättar att de inte tillämpar någon åldersgräns. Patienten får – om så önskas – fortsätta hos sin doktor långt efter 18 års ålder, ja faktiskt hela livet. Man finner det olämpligt att bryta kontinuitet och behandlingsallians. Jag träffar en specialist i allmän psykiatri som berättar att han häromdagen på sin mottagning träffade 50 patienter med schizofreni eller depression. Arbetsdagen är från kl 09 till kl 16 med avbrott för 10 minuters lunch, varje patient får 3-5 minuter med doktorn.. Han skulle gärna ge patienterna mer tid men lönen är beroende av hur många han träffar så det är inget att göra något åt.

Jag vänjer mig att man ska utbyta visitkort och presenter. Hela tiden. Och att man ska ta emot dessa med båda händerna. Jag vänjer mig vid att alla bugar.

Jag vänjer mig vid att jag inte förstår någonting.

Jag är fascinerad och förförd och vill inte åka hem.

Tove Gunnarsson

SP Redaktion

Ledare och ledda i kaotiska organisationer

Chefer och ledare har, liksom övriga anställda i en psykiatrisk organisation flera lojaliteter: mot sin egen chef/ledningsgrupp, mot sina medarbetare och mot sin profession/sina patienter. Vid oförenlighet mellan dessa lojaliteter måste man välja.

Valen får både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser. Ibland uppstår dilemman, inte sällan av etisk natur. Jag ska belysa dilemman som chefer, ledare och enskilda anställda kan återfinna sig i inom organisationer med tydliga kaosinslag.

Från flexibel till fast strukturerad.

I en väl fungerande organisation kan graden av strukturering variera från *flexibel till fast strukturerad*. Då står struktur och process i ett konstruktivt förhållande till varandra med hänsyn tagen till arbetets innehåll och företagskulturen i branschen och regionen. Strukturen bär upp processerna och är tillräckligt stabil för att dessa ska få stöd, samtidigt som strukturen är tillräckligt föränderlig för att inte strypa eller bromsa processerna. I en organisation med *kaotiska inslag* har vissa strukturer övergått från att vara flexibla till att bli instabila, motsägelsefulla eller inadekvata och ger inte processerna adekvat stöd. Arbetet blir svåröverskådligt, processerna ryckiga och svårförutsägbara. Det uppstår lätt oreglerade gråzoner i arbetet. En chef eller en medarbetare kan känna sig vilse och få för lite stöd, men eventuellt också kreativ och fri då graden av kontroll ofta är låg.

Det finns ett antal faktorer som enskilt eller oftast i samverkan kan leda till att en organisation fungerar med kaotiska inslag. En kan vara om det företas omorganisationer som inte får "sätta sig", än mindre hinner utvärderas, innan nästa påbörjas. Det blir då nästan omöjligt att förstå vilka svårigheter i organisationen som är en följd av vilka förändringar, med påföljd att försöken att komma tillrätta med svårigheterna kännetecknas av tendens till dålig översikt över helheten, ofullständig analys och mer eller mindre slumpmässiga åtgärder. En annan faktor är personalbrist med mer eller mindre tydliga omprioriteringar. En tredje är starka men inte tydliggjorda konflikter till exempel mellan personal och ledning.

Gapet mellan pappersverkligheten och den levda vardagen

Varje organisation inom den offentliga sektorn har en verksamhetsplan och en personalpolicy av vilken framgår hur man ser på personalens värde, förmåner, roller och ansvar. Personalens förväntningar på organisationen baseras troligen både på en blandning av erfarenheter i vardagen och en kännedom om organisationens verksamhetsplan och personalpolicy. Ju större gapet är mellan dessa två versioner: "pappersverkligheten, planen/policyn" och "den levda vardagen", desto större risk för kaos, för förvirring för personalen och för förtroendekris mellan personal och ledning.

En medarbetare långt från ledningen kan ofta uppleva sig osedd och obekräftad, tycker sig få för lite stöd, upplever en högre grad av oförutsägbarhet än vad som känns hanterligt, tycker inte att kommunikationen fungerar, till exempel klämd mellan patientbehov och resursbrist.

En mellanchefer upplever sig också ofta klämd och ensam, delvis oförstådd av såväl sina egna medarbetare som av sin egen chef. Detta är inget unikt för en kaotisk organisation, det präglar nästan varje organisation i ordentlig stress.

Personalen kan uppleva förutsägbarhet och ryckighet i kommunikation och beslutsprocesser, känsla av att trampa vatten och att "hur man än gör så blir det fel", eller "man får aldrig besked" är inte ovanliga. Chefen kan uppleva att "vad man än bestämmer så blir det aldrig genomfört". Nackdelarna med den kaotiska funktionen är så uppenbara att jag inte tänker att vidare fördjupa mig i dem.

Det kan finnas ett annat perspektiv. I detta gap mellan hur det är tänkt och hur det går till i praktiken finns också utrymme för individuella initiativ, för kreativa lösningar. För den chef, ledare eller personal som inte är beroende av bekräftelse, uppmuntran och stöd från sin egen chef och som inte sitter fast i frustration att organisationen inte fungerar "efter ritningarna" finns goda möjligheter att åstadkomma lösningar efter eget huvud. För den däremot som väntar på att chefen ska ta tag i situationen, skapa ordning, finnas till hands för diskussion eller för att ge klara direktiv är situationen däremot som redan påpekats, ytterst frustrerande. Chefen kommer inte, inte för att han eller hon inte vill utan ofta för att vederbörande håller på att drunkna i uppgifter, får för lite, oklara eller i praktiken ogenomförbara direktiv från sin egen chef.

Det är en utmaning att arbeta i en kaotisk organisation

då den planerade hierarkiska processen med tydliga ledarskap och regler för samråd inte fungerar. Ofta lönar det sig inte att vänta på information och överordnade beslut – när de väl kommer kan de snabbt ändras igen. I frustrationen över bristande bekräftelse från överordnade begränsas ofta den enskildes synfält så att andra möjligheter till bekräftelse inte observeras eller tas till vara, till exempel intensifierat stöd från arbetskamrater. "Om inte chefen uppmuntrar oss får vi uppmuntra varandra". I kaotiska organisationer är direktiv uppifrån inte alltid så väl genomtänkta eller utarbetade ifrån förutsättningar som inte längre finns då direktiven ska genomföras. Det beror vanligen inte på att enskilda chefer eller befattningshavare saknar kompetens, utan att organisationen i vissa avseenden är insufficient. Genomför man vissa direktiv till punkt och pricka riskerar kaoset att öka. Avstår man, gör man inte sitt jobb som chef eller som underordnad anställd. Konsten blir att hålla så många dörrar öppna som möjligt för att bevara sin och enhetens rörelsefrihet. Man får "sega" på vissa genomföranden i vetskap om att det kan komma kontraorder, ny chef eller omorganisation. Man får ligga och "flyta" med lagom tvetydiga budskap både uppåt och neråt. Man kan sällan neka att genomföra ett direktiv, då finns risk att man betraktas som illojal och får ögonen på sig.

Ett praktiskt exempel.

En organisation blir ålagd att spara under början på året. Vissa enhetschefer genomför besparingar, minskar på personal och håller den uppstramade halvårsbudgeten.

Andra försöker hålla personalstyrkan flytande, sparar lite grand men inte helt enligt direktiven. I början på hösten kommer ett oväntat rejält budgettillskott baserat på ett oförutsett politiskt beslut.

Pengarna måste förbrukas före årsskiftet på sedvanligt sätt. De enheter som skurit ner på personal hinner inte nyanställa och kan inte tillgodogöra sig tillskottet före årsskiftet.

De som avvaktat och "flutit" kan använda sina pengar. Hade de inte fått tillskott hade de fått tvärbromsa mot slutet av året eller fått stå för ett viss underskott. I dylika lägen är svårt att veta vad som är mest konstruktivt och ansvarsfullt.

Om oförutsägbarheten är hög ställs mycket stora krav på den enskilda chefen vad gäller att balansera lojaliteterna mot egna chefer, sin syn på verksamheten/ psykiatrin/ och medarbetarna.



Samma krav ställs på varje medarbetare. Det är mycket mer komplicerat att vara en mogen och lojal medarbetare i en kaotisk organisation än en att vara en "rimligt lydig" i en väl strukturerad och tydligt hierarkisk organisation.

Björn Wrangsjö
SP Redaktion

Värdebaserat ledarskap

Vad vi nu behöver är ett ledarskap som ger stöd, som tar tillvara den outnyttjade potentialen och som alltid har värdeskapande i fokus.

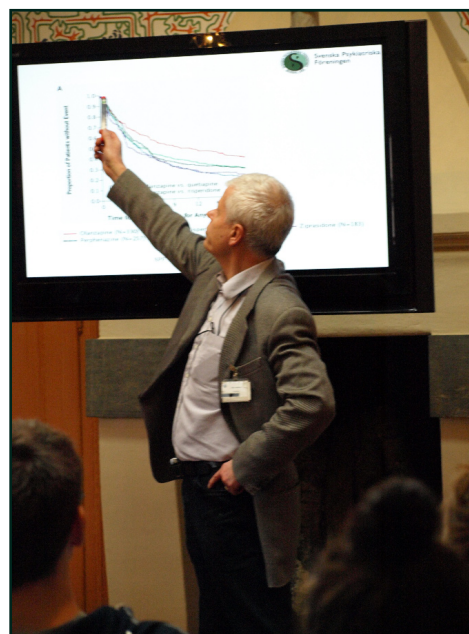
Under senare år har psykiatrin fått nya möjligheter att stärka sin ställning som professionell och resultatorienterad disciplin. I media ser vi återkommande exempel på metoder för minskad ohälsobörda och ökad livskvalitet. Vetenskaplig utveckling och individens professionella utveckling är fundamentala drivkrafter för detta, men organisation och ledarskap är andra viktiga förutsättningar.

De uppdrag som svensk hälso- och sjukvårdsorganisation ger till psykiatrin är större än att bara minska sjuklighet. Tillgänglighet och kontinuitet liksom tydlighet och respekt är andra krav som ställs av våra uppdragsgivare skattebetalarna via deras politiska ombud.

I det dagliga arbetet behöver vi mål för verksamhet och utveckling. För den enskilde patienten har vi behandlingsmål, som helst följs upp med mätbara och specifika kvalitetsindikatorer. För teamet, mottagningen, avdelningen eller hela kliniken får vi skapa en mer differentierad målsättning för att arbetet ska bli värdeskapande för patienten. Vad som är värde i sig i relation till det som bidrar till värde kan diskuteras. Några exempel på grundläggande värden för patienten hämtade från ett värdekort som jag själv funnit användbara i praktiken ser ut som följer:

- Minskat lidande
- Minskad sjuklighet
- Känsla av delaktighet
- Känsla av trygghet
- Livskvalitet
- Autonomi

Vi kan kalla det patientrelaterade arbetet som tydligt ökar värde enligt listan för värdeskapande och den del av arbetstid som direkt berör detta för värdetid. Psykiatrins linjeorganisation har under kommande år en stor utmaning att öka andel arbetstid som är värdetid. I detta ingår att planera lokaler med "rätt sak och rätt person på rätt plats" och att tydliggöra och dokumentera ansvar och befogenhet för alla medarbetare. Att få möjlighet att fokusera på arbetsuppgifter där den egna rollen är tydlig och där arbetsuppgiften är väl definierad ger arbetsglädje och bättre prestation.



Modern psykiatri har en mångfasetterad palett av effektiva behandlingsmetoder där olika kombinationer av läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, funktionsträning tillsammans med avvägd omvårdnad ger oss underbara möjligheter. Vi har stor outnyttjad potential. Vad vi nu behöver är ett ledarskap som ger stöd, som tar tillvara den outnyttjade potentialen och som alltid har värdeskapande i fokus.

I detta ledarskap har psykiatern en viktig roll och jag hoppas att många ST-läkare såväl som färdiga specialister med intresse för verksamhetsutveckling planerar sin kontinuerliga kompetensutveckling så att kunskap om organisation, vårdprocesser och ledarskap ingår i träningsprogrammet.

Nils Lindefors
Verksamhetschef
Psykiatri Sydväst, Stockholm

Riskabelt vägval i psykoterapiutbildningsfrågan

Karolinska institutet fattade den 19 juni 2008 ett beslut om att nästa omgång av psykoterapeututbildningen, som sedan 1994 bedrivs i samverkan med, och på Psykoterapiinstitutet med start HT 2009 endast skall ha KBT-inriktning.

Man har som underlag för beslutet en skrivelse, daterad den 11 juni 2008, från Martin Ingvar, prefekt vid KI:s institution för klinisk neurovetenskap och Johan Franck, chef för Centrum för Psykiatrforskning, där de dels skriver att den praxis som sedan 2007 varit med två halva kurser med teoretiskt och pedagogiskt olika traditioner och synsätt har varit förvirrande för studenterna och att denna praxis dessutom är skadlig, såväl för kursgivaren som för studenterna. Man hänvisar till en osäker arbetsmarknad och diskuterar relationen till vetenskaplig evidens.

Tyngdpunkten i Ingvars och Francks yttrande ligger i kravet på att den förändring som föreslås (att ta bort den psykodynamiska psykoterapiutbildningen från KI:s agenda) är *"nödvändig för att på sikt upprätthålla förtroendet för Karolinska Institutets psykoterapiutbildningar"*. Om detta inte görs kommer KI att fortsätta utbilda studenter fram till 2012 med en utbildningsgång som bygger på historiska skolbildningar istället för evidens". (red:s kursiveringar) Det är en mycket speciell mening, den säger i två stycken att det största medicinska utbildningssätet i Sverige står och faller med psykoterapiutbildningens utformning och dessutom att "historiska skolbildningar" (utan vidare specifikation) saknar det som "evidensbaserad utbildning" har och slutligen att KBT inte är en skolbildning utan ett begrepp synonymt med "evidens". Själva begreppet "evidensbaserad utbildning" är komplicerat i sig, jag känner inte till någon utbildning som baserar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet och som har visat sig förmedla kunskaper på ett sådant sätt att det är styrkt att utbildningen själv egentligen är bättre än andra utbildningar. Dessutom har ju Högskoleverket godkänt PI:s utbildning i psykoterapi och därigenom antagligen givit denna utbildning i den form den då hade (inklusive en FoUU-enhet som i våras, efter HSV:s granskning, fick inlemmas i KI:s större forskningssammanhang) en viss evidensgrad.

I det fortsatta behöver vi granska innehållet i denna mening och studera begreppen skolbildning och evidens. Det är inte första gången evidensbegreppet sätts under lupp i Svensk Psykiatri, frågan om vår vetenskaplighet är nödvändig att hålla levande, psykiaterkåren i landet behöver ha en övergripande kritisk blick gentemot alla sorters verklighetsbeskrivningar som utesluter andra perspektiv än de för tillfället rådande.

Beteendeteorin och psykoanalysen - jämnåriga skolbildningar?

Vad betyder "skolbildning" och vad betyder "evidens"? I ett svensk-engelskt lexikon översätts "skolbildning" med "education", alltså utbildning.

Med denna översättning kan man omformulera Ingvar-Francks mening "historiska skolbildningar" till "historiska utbildningar". Söker man i Nationalencyklopedin så får man 22 träffar på ordet "skolbildning". Den enda skolbildning med psykologisk anknytning som nämns är John B Watsons tidiga 1900-tals-skolbildning behaviorismen.

Sälunda lutar sig KBT-teorin med sin behavioristiska tyngd mot en historisk skolbildning med samma ålder som den psykodynamiska teorin. Här finns alltså ingen formmässig motsättning.

Behaviorismens teori om betingning härstammar från samma tid och från samma naturalistiska ideal som de som också frambringade psykoanalysens teori om bortträngda drifter. Iakttagelser av olika handlingsmönster hos människor gav hos olika personer olika idéer om hur man skulle kunna förstå dessa mönster. Dessa idéer genererade olika undersökningsmetoder som fortsättningsvis resulterade i olika slutsatser. Genom psykoanalytiska undersökningar och behandlingar kom man fram till hypoteser om hur förhållandet mellan barndomens känsloliv och den vuxnes känsloliv kom att forma det fortsatta livet. Genom behavioristiska undersökningar kom man fram till hypoteser om inlärningens konsekvenser. Under denna tidiga, mycket explosiva moderna psykologiska period, prövades åtskilliga hypoteser och åtskilliga förkastades, flera andra visade sig hålla utifrån de givna premisserna och ansågs bli styrkta av de upprepade undersökningar som gjordes.

Vad betyder evidens

Betydelsen av "evidens" är enligt nationalencyklopedin *"i allmän och filosofisk bemärkelse visshet eller det som ger visshet. Frågan vad som ger visshet är central i kunskapsteori och vetenskapsteori, och olika uppfattningar inom dessa discipliner har använt termen på skiftande sätt. Inte sällan har den stått för den upplevelse av säkerhet eller självklarhet som man kan ha inför ett axiom. I en betydligt svagare bemärkelse kan termen användas om en iakttagelse som utgör ett mer eller mindre starkt stöd för en teori."*

Med evidens menas alltså antingen vissheten själv eller det som ger visshet. Den korta definitionen nämner dessutom att termen evidens har brukats olika av olika teoretiker. Antingen, sägs det, är evidens den upplevelse som man har inför ett axiom - ett oreducerbart faktum. Svagare är bruket av evidens som ett slags stöd för en teori. Det senaste är rimligen det som är vår tids sätt att använda ordet, när man säger att det finns evidens för det eller det så är det sannolikt inte så att man upplever en stark visshet inför fenomenet utan att det finns stöd för att fenomenet kan förklaras på ett givet sätt.

Notera att varken det starka eller det svaga sättet att bruka ordet alls hänvisar till någon som helst "sanning" utan antingen till en upplevelse av visshet eller till ett stöd för en teori. Alltså: När jag säger att det finns evidens för något menar jag antingen att jag tror på fenomenet (det starkare bruket av evidens) eller att jag utifrån givna villkor antar att det kan förhålla sig på ett viss sätt.

I vardagligt språk kan man likställa ordet evidens med ordet styrkt, som att "det är styrkt att regn gör kläder blöta om kläderna utsätts för regnet".

Såväl Watsons tidiga 1900-talsbehaviorism och Freuds samtidiga psykoanalys var anhopningar av olika hypoteser som tillsammans efter noggranna studier hos Watson resp. Freud formades till sammanhängande teorier som i sin tur gav upphov till utbildningar som bedrevs av andra personer om de respektive teorierna och deras praktiska tillämpningar.

Såväl behaviorismen som psykoanalysen har genom de dryga hundra år som de båda existerat haft såväl antagonister som anhängare. Evidens för båda sorternas behandling har funnits och finns i såväl den starka som den svaga bemärkelsen. Sannolikt är studenter som väljer att söka utbildningar som parallellt innehåller flera konkurrerande skolbildningar tillräckligt intelligenta och välutbildade för att vara förberedda på den intellektuella konflikt det kommer att innebära. Sannolikt är Ingvar och Franck överbeskyddande när man säger att det skulle vara problematiskt med de motsatta utbildningsperspektiven. Precis som ljuset i vissa sammanhang beter sig som antingen vågrörelse eller partikelström men inte båda samtidigt så kan själslivet agera produkten av psykiska erfarenheter eller som resultatet av inlärningshändelser. Ibland kanske dessa två perspektiv dessutom är helt förenliga men ibland är de inte det, värre än så är det väl inte.

Det är däremot svårt att tänka sig att det som idag av ekonomiska och politiska skäl anses som det korrekta och enda verksamma skulle komma att fortsätta att vara det för all framtid. Anta att forskning skulle visa att alltför starka affekter hindrar den högra hjärnhalvan från att fungera optimalt och att detta i sin tur leder till dissociativa symtom. Anta också att denna iakttagelse kopplas till en iakttagelse om att ett empatiskt förhållningssätt från en terapeut kan lösa den dissociativa situationen och moderera de alltför starka affekterna. Anta åter dessutom att en sådan behandling kunde väcka tankar hos den som behandlas, kopplade till andra tillfällen med starka affekter och dissociativa reaktioner. Om en sådan studie fanns och den hade varit möjlig att göra som en randomiserad kontrollerad studie, hade plötsligt evidens för psykodynamisk behandling av dissociativa symtom funnits och det hade återigen funnits behov av en utbildning som kunde tillgodose samhällets krav på den sortens behandlare och behandling. Behandlingen och teorin bakom behandlingen hade då haft vad som idag kallas evidens men det vetenskapsteoretiska ordet evidens handlar om något annat, nämligen om upplevelse av visshet eller om ett antagande om rimligheten i ett antagande.

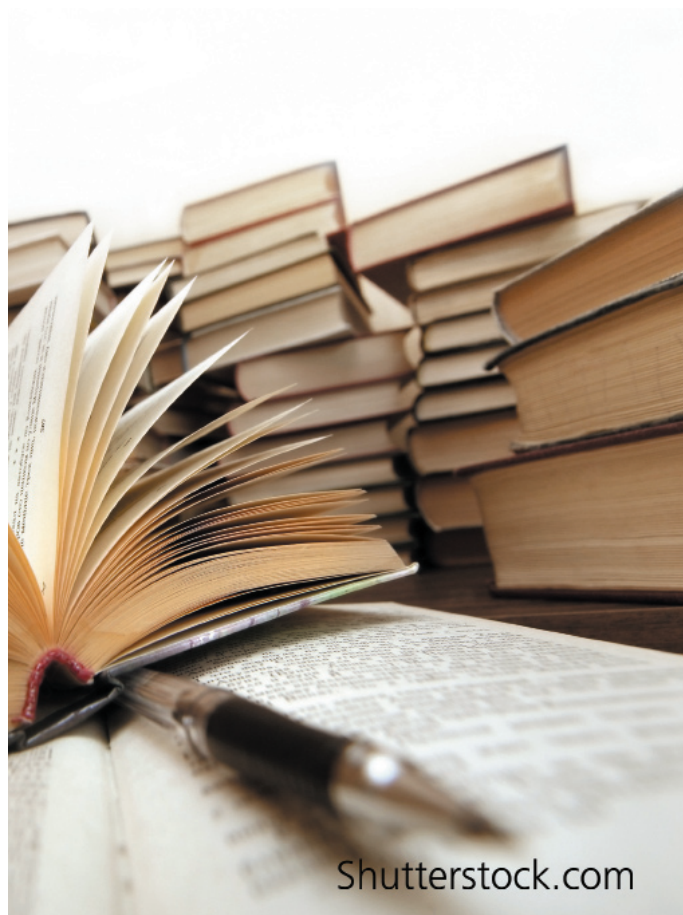
Den 1/10 2008 publicerades också en metastudie av psykodynamiska psykoterapier som bedrivits under minst ett år. Behandlingen riktades till personer med en "komplex psykisk ohälsa" och psykodynamiska behandlingars effekt jämfördes med studier om KBT vid motsvarande tillstånd. Man kommer i denna metastudie fram till att den psykodynamiska behandlingen väl försvarar sin plats i behandlingsarsenalen för att effekten är så pass god och att effekten dessutom kvarstår efter behandlingens avslut.

Metodologiska svårigheter till trots ger denna studie stöd för även den psykodynamiska psykoterapiens effektivitet åtminstone vid komplicerade tillstånd och det ter sig rimligt att tro att det kommer att produceras ytterligare fler studier som motsvarar samtidens

vetenskapskrav, även från psykodynamiskt och psykoanalytiskt håll.

Det KI:s beslut förmedlar är en övertygelse om att tidigare förhärskande teorier (skolbildningar) måste vara felaktiga och att den psykologiska behandlingsprincip som nu råder, är den enda rätta. En sådan inställning till vetenskap är farlig i och med att den utesluter hypoteser och frågeställningar från ett utbildnings- och forskningsinstitut till förmån för den evidenta (i den starka mening) trosföreställningen att KBT är vetenskapligt och att psykodynamisk psykoterapi inte är det. Det är ytterst beklagligt att Karolinska Institutet har en så dålig insikt i vetenskapsteoriens begrepp att man låter sig styras till det beslut man nu fattat.

Daniel Frydman
SP Redaktion





Tove Gunnarsson
Huvudredaktör Svensk Psykiatri

Några ord från den nya redaktören

Hastigt och lustigt blev jag ny huvudredaktör för Svensk Psykiatri. Obekant med tidskriften är jag inte, alltsedan den fick sitt nuvarande utseende och format har jag ingått i redaktionen. Att vara huvudredaktör är dock något helt annat. Nytt är det också för Stina Djurberg och Carol Schultheis som tagit över ansvaret för redigering, lay-out, bildsättning och mycket mer. Det har tagit tid att skapa rutiner för arbetet, därför får ni detta nummer i era brevlådor några dagar senare än det var tänkt. Vi hoppas på ert överseende och tror att rutinerna satt sig i tid för nästa nummer!

Redaktionen har för avsikt att fortsätta ge ut en tidskrift där alla tänkbara ämnen som är relevanta för våra specialiteter kan tas upp. Dock har vi haft en del funderingar kring tonläget.

I de senaste numren har det drivits en intensiv debatt mellan företrädare för olika synsätt inom psykiatin. Delvis har detta inneburit ett etiskt dilemma. Självklart vill vi värna om åsikts- och tryckfrihet, men det handlar om en avvägning. Ska vi stoppa inlägg som riskerar att sára enskilda personer, och sprider en bild av psykiatin som splittrad och oenig? Eller ska vi ge alla möjlighet att yttra sig och reagera? Det finns en gräns men var ska den dras? Redaktionen har fört intensiva diskussioner kring detta och enats om följande:

1) Vi kommer fortsättningsvis försöka undvika att publicera sådant som kan uppfattas som personangrepp. Om inkomna bidrag har sådana inslag kommer författaren att kontaktas och föreslås att modifiera. Vi hoppas att sakfrågorna i sig ska fortsätta att engagera, provocera och stimulera till debatt.

2) Redaktionen kommer fortsättningsvis att begränsa sig till att kommentera enskilda bidrag för att sätta in dem i ett större sammanhang.

Däremot kommer vi inte att fälla värdeomdömen om vare sig författare eller artiklar.

För övrigt vore det roligt om någon ville filosofera kring det behov vi psykiatrer tycks ha av att diskutera frågor kring vår specialitets väsen. Eller är det bara ett fåtal kolleger som har behov av det? Hör gärna av er med synpunkter och kommentarer!

I förra numret fanns en notis om teman för kommande nummer. Sedan dess har vi ändrat något på detta. Något nummer om personlighetsstörningar enbart kommer vi inte att ha, däremot ett om "Diagnostik" i vid mening. Detta kommer redan i nummer 1/2009. Temat "Vart är vi på väg?" spar vi till nummer 2/2009.

Som vanligt tar redaktionen tacksamt emot bidrag på dessa teman eller på annat som ni finner angeläget!

Redaktionen vill passa på att tacka David Eberhard för allt arbete han lagt ner på Svensk Psykiatri. Vi förundras över att att han på egen hand skötte allt som nu tre personer hjälps åt med!

Tove Gunnarsson
Huvudredaktör Svensk Psykiatri

Rättelse 1

I nummer 3 2008 publicerade vi ett bidrag från Jonas Eberhard och Sofie Wennström "Sänd dina manus till Nordic Journal of Psychiatry". Tyvärr blev några av webblänkarna felaktiga. Redaktionen ber om ursäkt för detta.

Rätta adresser ska vara:

<http://www.informaworld.com/nordicpsychiatry>

<http://mc.manuscriptcentral.com/spsc>

Rättelse 2

I nummer 3 2008 publicerade vi artikeln "Prevention, kunskapsspridning och implementering av ny metodik" av Staffan Lundqvist och Henrik Pelling. Med artikeln hade ett antal bilder skickats in. Dessa togs inte med, istället illustrerades artikeln av omslaget till en bok som artikelförfattarna upplever som en antites till det de för fram. Redaktionen ber om ursäkt för detta. Artikeln i sin helhet - med de rätta bilderna - finns nu på SPF:s hemsida www.svenskpsykiatri.se.



SNABB
INSÄTTNING^{*1}



ENKEL
DOSERING^{*1}



BEVISAD
ÅTERFALLSPREVENTION²

^{*1} Jämförelse med Seroquel®.

Nu har Seroquel® Depot godkänts av Läkemedelsverket för behandling av schizofreni¹.

Den nya depottablettan gör att måldos kan nås redan dag 2 och möjliggör dosering en gång per dag.

Seroquel® Depot erbjuder dessutom en bevisad effektiv återfallsprevention vid schizofreni².

MÅLDOS
REDAN DAG 2



Seroquel Depot
quetiapin depottabletter

Seroquel® Depot, Rg. (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2005-01-26. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förbygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, uen 10da. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, sömnlöshet och huvudvärk. För information om kontraindikationer, försiktighetsåtgärder, biverkningar, pris och dosering, se www.ass.se.

1. www.ass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo-controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2007;22:8132.

Bokrecension

Vad är verksamt i psykoterapi.

Björn Philips, Rolf Holmqvist (red) Stockholm: Liber 2008

Psykoterapiforskning är ett mycket aktuellt ämne. Man vet idag att psykoterapi generellt har effekt på ett antal olika psykiatriska tillstånd. I forskningsöversikter har man funnit att något av variansen i utfall av behandlingar beror på skillnader i metod, men att dessa skillnader är relativt små jämfört med andra faktorer som patient-, terapeut- och behandlingsrelationsfaktorer. Många forskare intresserar sig mer för hur olika terapier har effekt och vilka faktorer som bidrar till förbättring. Björn Philips och Rolf Holmqvist har redigerat en sammanställning av sådana forskningsfynd.

Företrädare för ett antal terapeutiska inriktningar presenterar sin metods huvuddrag, hur man tänker sig att den fungerar och vilket forskningsstöd som finns för olika faktorer och mekanismer. Behandlingsrelationens betydelse för utfallet, liksom patient- och terapeut faktorernas bidrag analyseras och även patienternas syn på verksamma faktorer redovisas. I bakgrunden finns den centrala komplexa frågan levande: vilken metod kan utövas av vilken terapeut, med vilket förhållningssätt för vilken patient med vilket tillstånd.

Då det finns ett stort antal metoder med olika starkt vägande likheter och skillnader sins emellan har man fått lov att sammanföra ett antal metoder under gemensamma beteckningar eller välja en central representant. Avgränsningarna mellan grupperna är och kan knappast heller vara helt klar. För den stora gruppen psykoterapier som övervägande eller delvis vilar på psykodynamisk grund har man valt att fokusera på den form som står psykoanalysen nära. Humanistisk psykoterapi får fungera som paraplybeteckning för bland annat gestaltterapi, existentiell terapi, experientiell terapi, psykodrama, kroppsterapi och psykodrama. Tydligaste avgränsning har den kognitiva och beteendeorienterade arbetsmetodiken. Gruppterapi och familjeterapi får rymma en mängd varianter på metodik och teknik. De konstnärliga terapiformerna musik- bild- och dansterapi återfinns ingenstans. Jag är inte kritisk till denna gruppering. Svårigheterna att göra den entydig bottenar i att så många metoder har så mycket gemensamt även över de avgränsningar som skisserats ovan. Dessutom brukar i klinisk praxis skillnaderna mellan terapeuternas sätt att arbeta vara än mindre än skillnaderna mellan metoderna som de framställs i metodlitteraturen. Mitt intryck av framställningen i boken är att beteendeterapi, psykoanalys och humanistisk terapi fortfarande definierar den triangel inom vilken merparten av terapeutiskt arbete fortgår och att det finns en tydlig rörelse mot ett integrerat centrum. Redaktörerna påpekar att ibland upptäcks samma mekanismer i olika terapimodeller. De betonar att ju fler terapiformer som växer fram och ju mer teknik de lånar av varandra, desto intressantare är det att utforska vilka faktorer och mekanismer som bidrar till förändring.

Forskningen bekräftar att terapeuter som förmår skapa en tydlig och öppen relation med sin patient, som kan respektera, sätta sig in och förstå sin patients behov skapar starkare arbetsallians vilket kan verka i det närmaste självklart, men det är intressant att man också kunnat verifiera att terapeutens förmåga att upptäcka och reparera brister i arbetsalliansen också har stor betydelse. Korrelationen mellan terapeutens empatiska förmåga och behandlingsresultatet var högre för oerfarna terapeuter än för erfarna. En förklaring som forskarna förde fram var att erfarna terapeuter kan ha funnit en teknik som döljer svagheter i empatin. Bäst matchning tycks vara om terapeut och patient är jämnåriga, helst inte mer än tio års åldersskillnad åt endera hållet. Viss tendens att äldre terapeuter får något bättre resultat än yngre. Man har inte kunnat verifiera att kvinnliga terapeuter skulle vara bättre än manliga eller att likkönade kombinationer skulle få bättre resultat än olikkönade.

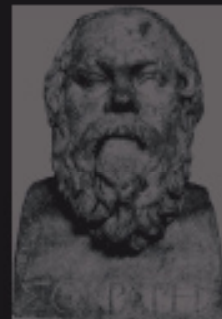
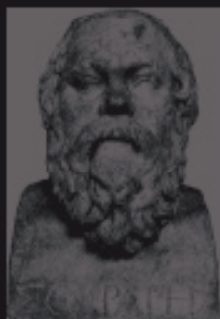
Några forskningsresultat vad gäller patientfaktorer: Först konstateras att behoven vida överstiger tendensen att söka psykoterapi, socialt underprivilegierade har större tendens att avbryta behandlingen, likaså patienter med borderline- och narcissistiska störningar. De som är bäst ställda från början får bättre resultat, de som är självständigt motiverade utan påtryckningar från omgivningen likaså

Redaktörerna diskuterar verkningsmekanismerna och evidensfrågan där de bland annat beskriver olika forskningsstrategier för att komma vidare med frågan om vilka komponenter i väl dokumenterade metoder som fungerar, till exempel s.k. dismanteling, där man systematiskt tar bort olika komponenter i tekniken. Avslutningsvis kommer de också in på terapiformer till exempel via internet och frågar sig i vilken utsträckning det behövs en relation till en terapeut eller om det räcker med en god instruktion utifrån vilken patienten kan arbeta mot förändring.

Jag frågar mig om det ånyo är förväntningseffekter och självläkning som slår igenom. Vissa patienter kanske kan komma vidare genom de positiva förväntningar de investerar i en metod som passar deras sätt att förstå, tänka och handla.

Författarna har tillsammans skapat en bok som är utomordentligt intressant och användbar. I den sammanfattas och diskuteras forskningsfynden och de olika metoderna beskrivs koncist på ett sätt som öppnar sig både mot det kliniska arbetet och mot forskningsfronten. Boken rymmer över femhundra referenser och mängder av intressanta studier redovisas som kan ge praktiskt taget varje terapeut viktig kunskap om den egna metodiken och kanske överraskande information om andra sätt att arbeta.

**Björn Wrangsjö
SP redaktion**



**SKRIV TILL
OSS**

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2009

NUMMER 1 2009

Diagnostik

Deadline 20 jan 2009

NUMMER 2 2009

Vart är vi på väg?

Prel. deadline 20 april 2009

NUMMER 3 2009

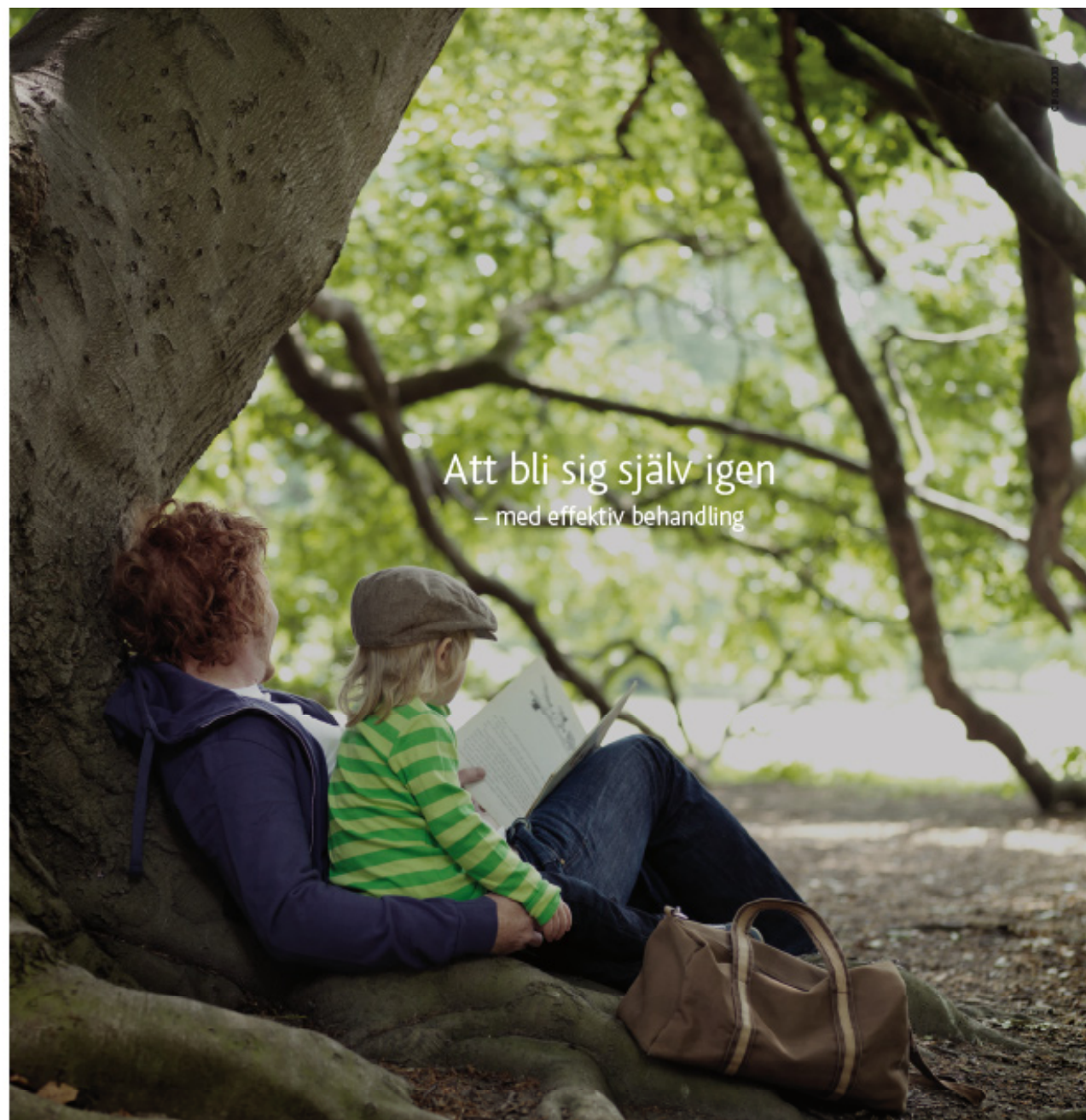
Tema ej bestämt

Prel. deadline 20 juni 2009

NUMMER 4 2009

Tema ej bestämt

Prel. deadline 20 oktober 2009



Att bli sig själv igen – med effektiv behandling

Med en effektiv behandling uppnår du ett långvarigt resultat. Det krävs för att depressionssymptomen ska bli helt återställt och hitta tillbaka till sitt vanliga jag igen. Cipralex® (escitalopram) är ett modernt och effektivt antidepressivt läkemedel. Det finns idag omfattande långtidsdokumentation med Cipralex både vid depression och ångest (generaliserad ångest, tvångs syndrom och social fobi).¹⁻¹² Dessutom har Cipralex en fördelaktig biverknings- och utsädningsprofil.¹⁻¹² Det är också en viktig faktor för den som är på väg att bli sig själv igen.

  **Cipralex**
escitalopram
Tillbehör till Brevi

cipralex.se | jag-kan.se

Cipralex® (escitalopram) R_x (P) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångs syndrom (OCD) SPC 2006-07-03. DOSERING: 10-30 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20 mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flask. För pris och vidare information, se FASS.se.

1) Boulenger et al Curr Med Research and Opinion, Vol 22, No 7, 2006, 1331-1341. 2) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 3) Hyman Rapaport et al Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65:44-49. 4) Allgulander et al Internat Journal of Neuropsychopharmacology 2005, 9, 1-11. 5) Finsberg et al European Neuropsychopharmacology 2007, may Jun [6-7] 430-439. 6) Montgomery et al Clinical Journal of Psychiatry 2005; 66:1270-1278. 7) Lader et al Depression and Anxiety 2004; 19:241-248. 8) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 9) Khan et al Clin Drug Invest 2007;27 (7): 481-492. 10) Montgomery et al Neuropsychobiology 2004; 50:57-64. 11) Baldwin et al Br Journal of Psychiatry 2006; 189: 264-272. 12) FASS.se

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

Nyheter om SPUR

Utbildningen till läkare och specialistutbildningen har förändrats mycket. Detta innebär även ökade möjligheter. Utbildningen ska vara likartad i alla länder inom EU, en examen i ett land gäller i alla länder. Det är en av våra viktigaste uppgifter att bevaka professionens kompetens.

SoS har arbetat fram riktlinjer och allmänna råd för både AT och ST-utbildningar. Det som står i författningen är det som skall gälla, föreskriften uttrycker vad som bör finnas med. Föreskrift och allmänna råd gäller från 1 september, 2008.

Samtidigt har en målbeskrivning för de olika specialiteterna arbetats fram.

Mer om föreskriften kan du läsa på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se (SOSFS 2008:17). Dessutom finns målbeskrivning www.socialstyrelsen.se/st.

I den nya föreskriften fastställs att det är vårdgivaren (privat eller offentlig) som har ansvaret för att genomföra och utvärdera utbildningen. Det skall finnas en studierektor som är specialistkompetent läkare, men denne behöver inte vara specialistkompetent i psykiatri. Varje ST-läkare skall ha en handledare, som från 2010 skall ha handledarutbildning. Det är att notera att kravet på handledare även omfattar vikarie, då denne annars inte kan räkna tjänstgöringen som en merit. Det skall finnas en huvudansvarig handledare, dessutom kan tillfälliga handledare, finnas t.ex vid randutbildning. Dessutom sker utbildning av övriga specialister som då benämns instruktörer.

Det skall finnas ett individuellt utbildningsprogram i enlighet med målbeskrivningen. Detta upprättas i samråd med ST-läkare och handledare. Fortlöpande utvärdering skall ske av utbildningen. Det finns även inskrivet ett krav på externa inspektioner. Dessutom finns olika övergångsbestämmelser och beräkning av forskning och utlandstjänstgöringsmeriter.

När ansökan om specialistkompetens sker skall klinisk tjänstgöring, kurser och auskultation redovisas. Dessutom skall det finnas uppgift om skriftliga individuella arbeten enligt vetenskapliga principer och kvalitets- och utvecklingsarbeten redovisas. Det slutliga beslutet om specialistkompetens granskas slutligen av två externa experter.

I likhet med andra föreskrifter från SoS är dessa föreskrifter allmänt hållna. Detaljplanering lämnas över till profession och vårdgivare. Det viktiga är att utformningen av ST är vårdgivarens ansvar. Det skall finnas studierektor och handledare. Det skall finnas ett individuellt utbildningsprogram.

Extern revision tas även upp i författningen.

Den för närvarande enda förekommande inspektionsverksamheten är SPUR-inspektionerna som pågått i drygt ett decennium. Inspektionsverksamheten drivs av en fristående SPUR- stiftelse. SPUR-stiftelsen har två representanter från vardera Läkarsällskapet och Läkarförbundet samt en representant från Socialstyrelsen. Till verksamheten är knutet ett kansli och en arbetsgrupp för att vidareutveckla verksamheten, SPUREX gruppen.

Vihållernu i en arbetsgrupp på att praktiskt anpassa de författningar, föreskrifter och målbeskrivningar till inspektionsverksamheten. Då en extern granskning av utbildningen skall ske, är det viktigt att vi får en objektiv granskningsprocess. Antalet inspektioner kommer att öka då reinspektion bör ske vart 5: e år. Troligtvis behåller vi det gamla upplägget med struktur, process och resultat. Vi försöker att modernisera och mer formalisera enkäter och bedömningar så att resultaten blir mer rättvist jämförbara. Mer tyngd kommer att läggas på forskning och ledarskap och kommunikativ kompetens. Det man måste komma ihåg är att SoS inte har någon sanktions-möjlighet mot vårdgivare som inte sköter sig, däremot kan ST-läkare få sin utbildning underkänd. SPUR inspektionen har inget polisiärt syfte. Vi förutsätter att vårdgivaren har en vilja att ge en bra utbildning, vi skall med inspektionen påpeka och stimulera till en förbättring. Samtidigt blir inspektionsresultatet en möjlighet för blivande ST-läkare att söka sig till enheter med bra utbildning. Ansvaret att bevaka ST-utbildningen faller på specialistföreningarna. SPF styrelse har därför utsett en grupp av inspektörer för detta arbete, där undertecknad är sammankallande. SPF kommer nu att remissbehandla förslaget om riktlinjer för inspektionerna. En grupp av inspektörer kommer sedan att ha i uppgift att se till att kalibrera resultaten så att de blir jämförbara för vår specialitet. Vi räknar med att börja tillämpa dessa under början av nästa år. Om din klinik vill genomföra inspektion, eller om du har synpunkter på SPUR verksamheten hör av dig till per.nilsson@lvn.se

**Per Nilsson
Överläkare**

METIS ett projekt i tiden - snabb eller långsam progress?

Projektet och målbeskrivningen

Nu har METIS projektet varit igång under drygt ett år.

Mycket har gjorts och mycket återstår. Som i alla projekt arbetar vi med projektplan och budget som riktlinjer.

Styrgrupp, pedagogisk referensgrupp, idéseminarier och fram för allt utvecklingen av pilotkurser har gett mycket utbyte och inspiration till projektet. De pågående avstämningarna med Socialstyrelsen ger också upphov till konstruktiva idéer och tankar om ST i allmänhet och psykiatri-ST i synnerhet. Det klarnar allt mer hur det ska se ut framöver för projektet och hur vi ska arbeta de närmsta åren. Under året som gått har vi byggt upp en projektbas så som kansli, webbsida, logistiska system med resor och fakturahantering. Ett ständigt arbete med att beskriva projektets utveckling och idéer pågår. Projektet har knutit till sig regionala kontaktpersoner som rekryterar regionala lärare till kursutvecklingsgrupperna. Inom projektet pågår en kontinuerlig process rörande den pedagogiska utformningen av kurserna. Det blir många samtal med expertis i Sverige samt diskussioner med europeiska och andra internationella kollegor. Många europeiska länder vandrar samma stig som Sverige gör, en vandring i processen att utveckla en postmodern ST-utbildning för psykiatriker som kan möta omvärldens krav på kompetenta läkare. I det sammanhanget är det vi gör i Sverige just nu inte unikt, det som är unikt är att vi har fått medel att utveckla ett utbildningsprogram som hjälper till att säkerställa att ST-läkarna når den nya målbeskrivningens kompetensmål. Det är något att vara tacksamma för!

Resultat nu?

Visst kan vi förstå den otålighet som vi ibland möter, allt ska ske dag 1 och gärna ännu snabbare, men visa processer måste få ta sin tid. Vi kan också förstå, att det ibland kan finnas en viss skepsis till att göra om det pedagogiska innehållet från lärarcentrerat till studentcentrerat. Med lärarcentrerad menar vi katedrala föreläsningar där läraren delger sina kunskaper inom ett ämnesområde. Med studentcentrerad menar vi där studenten integrerar kunskap, förhållningssätt och färdigheter i sin redan gedigna utbildning till läkare. Snabbhet mot långsamhet. "Produktion" mot förändringsarbete i lagom takt. Två faktorer som hela tiden måste balanseras mot varandra.

Vi känner ett stort ansvar för att projektmedlen ska ge så stort utfall som möjligt och då måste man hela tiden diskutera budget och vilka områden man prioriterar. Det är ett ständigt pågående arbete som sker i styrgruppen, med de styrdokument vi har som ledning; projektansökningen och regeringsbeslutet om utbetalning av projektmedel.

Vi känner också ett stort ansvar att intelägga för mycket "tryck" ute på verksamheterna utan att kursutveckling och kursgenomförande ska hålla en takt som gör att verksamheterna kan hantera utvecklingen. Det är av största vikt att ta med det i beräkningen när projektet lägger sina tidsramar.

Att vi har fokus på att ändra från lärarcentrerad till studentcentrerad pedagogik är inget unikt utan ligger helt i linje med det pedagogiska koncept som används runt om i världen när det gäller läkarnas utbildning, både grundutbildning som ST-utbildning. En pedagogik som är evidens- och värdebaserad. Samma pedagogik har redan gjort sitt inträde i psykiatriska specialistläkarutbildningar i de anglosaxiska länderna, i delar av skandinaviska länder och delar av Europa eftersom den ligger i konceptet med "competence based training".

Vad har vi då gjort förutom allt osynligt projektstrukturarbete ?

Under 2008/2009 ges 11 stycken repriserade "gamla" SK kurser för att ST-läkare, som har kommit en bit på väg i sin ST utbildning, ska få ta del av satsningen. Vi har haft möjlighet att finansiera 3 stycken Introduktionskurser, en nationell och två regionala, med positiv feedback från deltagarna. Vi håller i dagarna på att gå in i slutfasen av två pilotkurser; Psykiatrisk juridik och Neuropsykiatri. Vi planerar att ge dessa kurser våren 2009. Vi håller också på att arbeta fram en webbplattform som vi använder till kursutvecklingsprocessen. På webbplattformen kommer även ST-läkarna ha hela "kurspärmen", med litteraturlistor, flervalsfrågor som instudering och fallbeskrivningar. Vi arbetar med att integrera METIS-kurserna i IPULS utbildningskatalog och elektroniska ansökningssystem. Mycket ska klaffa på exakt rätt tidpunkt för att det ska gå i lås, så en del barnsjukdomar kommer vi fortsatt få dras med....

Under våren planerar vi att utveckla ytterligare fyra nya kurser och sedan kommer det att rulla på fram till 2010, som för närvarande är slutdatum för projektet.

Kom ihåg!

METIS projektet är en unik möjlighet att med resurser få utveckla och implementera den nya målbeskrivningen i psykiatri. Målen är:

- att** integrera teori och praktik i den nya ST tjänstgöringen.
- att** utveckla en hög och likvärdig kvalitet på ST utbildningen över hela landet.
- att** vi tillsammans skapar möjligheten till kompetenta psykiatriker som är trygga i sin roll.
- att** vi med ett bra utbildningsprogram i ST underlättar rekryteringen av blivande psykiatriker.

Fortsättning sidan 48

"Gud hjälper dem som hjälper sig själva"

Min man har ett tal som han ofta håller till brudparet då han förrättar en vigsel. Temat brukar vara mycket uppskattat och så väl gamla som unga bröllopsgäster brukar komma fram och kommentera hur träffande det var. Det brukar låta något så här, "Dagens unga/människor (om det är ett moget brudpar) har fler val att göra på en enda dag än min mormor (född 1880) gjorde under sin livstid." Under resten av talet spinner han vidare på att man i och med äktenskapet trots alla dessa valmöjligheter bestämmer sig för en fast punkt i tillvaron. Antingen är de beundrande bröllopsgästerna som prisar hans tal bara berusade av stundens romantik, eller så har han en poäng.

Det känns som om man inget kan göra utan att behöva välja. Samtidigt är det många som ser möjligheten att välja som ett mått på framgång i livet. Oftast talar man om något negativt när man säger "Jag hade inget val." Har du inget val så kan du alltid skylla på den som stått emellan dig och det fria valet. Är det däremot du själv som obehindrat får välja precis vad och hur mycket du vill från livets smörgåsbord så har du bara dig själv att skylla om du storknar eller svälter. Har vi då tillräckligt med information för att välja, eller för att använda ett mera modernt och populärpsykologiskt korrekt uttryck, prioritera.. Om man bara 'väljer' kan man lika gärna göra det slumpmässigt men om man 'prioriterar' så har man noggrannt övervägt alla möjligheter, funderat över dess potentiella konsekvenser och sedan omsorgsfullt selekterat den som bäst passar in i ens livsstil, livsåskådning och mål med livet. En sådan komplicerad process kan väl inte få läggas ut på entreprenad till var och varannan individ? Någon måste väl ha ansvaret? Men att ha en chef torde nu vara helt omodernt.



Bättre vore väl att ha en ledningsgrupp istället- en expertpanel som hjälper dig att välja själv, kanske till och med skriftligt? Självhjälpsböcker! Men är dessa självhjälpsböcker verkligen till hjälp för lätt neurotiska personer med lite för mycket att göra, på lite för många ställen, med lite för lite tid? Eller är det snarare så att de slår mynt av våra känslor av otillräcklighet? Lever självhjälpsgenren på att vi ogärna fattar våra egna beslut, utan ett expertutlåtande, och på att vi inte själva vågar ta på oss skulden då vi faktiskt valt helt fel? Eller är de bara ett sätt att göra sunt förnuft tillgängligt för alla?

Köp gärna några av mina favorit självhjälpsböcker från listan nedan och bestäm själv:

- Athan, M.S. (1999). Guide to a Well Behaved Parrot. New York: Barron's Educational Series Ltd.
Borgenicht, J., Worick, J. (2004). Action hjältinnans Handbok. Stockholm: Bokförlaget DN
Carey, A (2001). The Dachshund- An owner's guide to a happy, healthy pet. New York: Howell Book House.
Craze, R (1999). Feng Shui- konsten att leva i harmoni med sin omgivning. Västerås: ICA Förlaget AB.
Dalai Lama, H.H. (2001). An Open Heart- practicing compassion in everyday life. London: Hodder and Stoughton
Ford, G (2006). The Contented Little Baby Book- the secret to calm and confident parenting. London: Random House Ltd.
Frost, J. (2005). Supernanny- how to get the best from your children. London: Hodder and Stoughton.
Jeffers, S. (1991). Feel the Fear and Do It Anyway- How to turn your fear and indecision into confidence and action. London: Arrow Books Ltd.
Keating, P. (1993) Bluff Your Way in Doctoring. London: Ravette Books Ltd.
Mahoney, E. (2003). Double Trouble- Twins and How to Survive Them. London: Harper Collins Publishers
Mitchell, A (2006) Time Management for Manic Mums- Get control of your life in 7 weeks. London: Hay House UK Ltd.
Smith D., (1999). How to Cook. London: BBC World Wide Ltd.

OBS- Tidskriften Svensk Psykiatri ansvarar inte för eventuell stress, tidsbrist, skuld-känslor, terapikostnader, försvunna makar eller barn, matförgiftning, djurbett, eller andliga kriser som uppstår till följd av överkonsumtion av ovanstående eller likande självhjälpsböcker.

Utanför tjänsten,

Kristina Sygel Jakobsson

**Ikke leg. tvillingmor, specialist i att försöka så gott jag kan
och lite mer därtill
SP Redaktion**

Redaktionen har länge haft som ambition att uppmärksamma nya avhandlingar inom psykiatriområdet men hittills har det stannat därvid. Vi bättrar oss nu och börjar med att publicera en sammanfattning av Ruben Isacson's avhandling som försvarades 4 juni 2008 vid Institutionen för Fysiologi och Farmakologi vid Karolinska Institutet. Arbetet kommenteras av professor Lars Farde, KI.

Redaktionen tar framöver gärna emot tips om nya avhandlingar!



Ruben Isacson, PhD
Institutionen för Fysiologi och Farmakologi,
Karolinska Institutet

Studier av dopamin D₁ receptorer kan få betydelse för behandlingen av schizofreni.

Enligt dopaminhypotesen ligger ett överaktivt dopaminsystem till grund för psykos. Betydelsen av antagonism av dopaminsystemet för behandling av schizofreni bekräftades av upptäckten att antipsykotika, både typiska och atypiska, är dopamin D₂ receptorantagonister¹. Dopamin medierar även sin effekt genom en annan undergrupp av receptorer, D₁ receptorerna. Medan funktionen för dopamin D₂ receptorerna och deras betydelse för psykomotorisk aktivering är välkänd, är dopamin D₁ receptorena inte lika väl karaktäriserade.

Vi har undersökt funktionen av dopamin D₁ receptorerna och deras roll i psykomotorisk aktivering hos råttor. Ökad dopaminerg transmission och stimulering av dopaminreceptorer leder generellt till ökad rörelseaktivitet, som experimentellt kan kvantifieras som lokomotion. Vi har upptäckt att selektiv stimulering av dopamin D₁ receptorer med fullständiga agonister däremot sänker lokomotion². Sänkt lokomotion av dopamin D₁ receptoragonister har även rapporterats av andra forskargrupper under andra betingelser^{3,4,5}. Resultaten tyder på att dopamin D₁ receptorerna, till skillnad från dopamin D₂ receptorerna, har en inhibitorisk roll i psykomotorisk aktivering. Under hypotesen att dopamin D₁ receptorerna är inhibitoriska har vi även undersökt effekten av D₁ agonister på amfetamininducerad hyperaktivitet. Amfetamin frisätter dopamin och framkallar ett hyperdopaminergt, psykosliknande, tillstånd. Dopamin D₁ receptoragonister visade sig blockera amfetamininducerad hyperaktivitet - ett

resultat som traditionellt tolkas som en potentiell antipsykotisk verkan². Ett överaktivt dopaminsystem verkar således kunna dämpas genom selektiv stimulering av dopamin D₁ receptorer.

Fynden kring dopamin D₁ receptorernas funktion som inhibitoriska kan sättas i ett funktionellt sammanhang. Dopaminhypotesen har med tiden kommit att modifieras. Idag beskrivs den som en obalans i dopaminsystemet. En överaktivitet i det mesolimbiska dopaminsystemet som orsakar psykos ackompanjeras av minskad dopaminerg aktivitet i prefrontalcortex vilket ger upphov till kognitiva störningar och kanske även negativa symptom^{6,7}. Vi har i ett försök att kartlägga i vilket hjärnområde dopamin D₁ receptoragonisterna har sin verkan observerat en ökad neural aktivitet i prefrontalcortex². Stimulering av dopamin D₁ receptorer i prefrontalcortex har tidigare visats hämma subcortikalt dopamin⁸. Mekanistiskt skulle detta kunna förklara sänkningen av lokomotion. Om stimulering av D₁ receptorer hämmar subcortikalt dopamin, vilket faktiskt verkar fallet sett till effekterna på lokomotion, utgör det en förklaringsmodell för antipsykotisk verkan av D₁ agonister. Intressant är då att jämföra med de kliniska studier som gjorts med D₁ antagonister vilka närmast uppvisar en aggravering av psykos^{9,10}. Ökad neural aktivitet i prefrontalcortex efter systemisk tillförsel av dopamin D₁ agonister borde även kunna ha en gynnsam effekt på kognitiva störningar vid schizofreni. Studier i primater visar att D₁ agonister lokalt applicerade i prefrontalcortex förbättrar kognitiv förmåga^{11,12}. Systemisk tillförsel av D₁ agonister verkar sammantaget ha en gynnsam effekt i enlighet med den modifierade dopaminhypotesen.

Effekterna i prefrontalcortex av D₁ agonister lockar även till jämförelser med verkningsmekanismen för klopazin. Klopazin visar ett liknande mönster med hög neural aktivering i prefrontalcortex¹³. Klopazin har också egenskaper av D₁ agonism^{14,15} och binder företrädesvis till D₁ receptorer i prefrontalcortex¹⁶. Klopazin besitter unika egenskaper av god behandlingseffekt utan extrapyramidala biverkningar. Om dessa egenskaper beror på en unik komponent av D₁ agonism är inte bevisat men skulle kunna vara möjligt¹⁷.

Sammanfattningsvis kan sägas att de nya fynden föreslår att dopamin D₁ receptorerna spelar en inhibitorisk roll i psykomotorisk aktivering och att ett hyperdopaminergt tillstånd kan dämpas med dopamin D₁ receptoragonister. Detta tillsammans med möjliga positiva effekter på kognitiv förmåga gör att dopamin D₁ receptoragonism framstår som en attraktiv komponent att ingå i morgondagens antipsykotika.

Fotnot

Till dopamin D₁ receptorena räknas D₁ och D₅. Dopamin D₂ receptorerna är D₂, D₃ och D₄. Resultaten i artikeln ingår i avhandlingen "Characterization of dopamine D₁ receptor agonists in vivo- Implications for the treatment of schizophrenia and Parkinson's disease" som kan laddas ned från Karolinska Institutet:

<http://diss.kib.se/2008/978-91-7409-050-5/thesis.pdf>

Isacson's referenser och kärnbudskap presenteras på www.svenskpsykiatri/tidskriften.html

Kommentar till Ruben Isacson's avhandling utifrån klinisk forskning

Trots att signalsystemet för dopamin upptäcktes för 50 år sedan så finns det fortfarande stora kunskapsluckor avseende dopaminsystemets funktionella betydelse i människohjärnan. Ruben Isacson har i sin intressanta avhandling arbetat med djurmodeller för att förstå D1-dopaminreceptorers betydelse. Detta är en fördjupning av en svensk forskningstradition som via Rubens handledare, Peter Salmi, och dennes handledare Sven Ahlenius går tillbaka till Arvid Carlssons laboratorium i Göteborg. Resultaten har klinisk betydelse framför allt för att utveckla nya läkemedel för behandling av schizofreni.

En central fråga är ifall dessa resultat från djurförsök verkligen kan översättas till människa och patient. Här finns många fallgropar och den farmakologiska historien är full av misstag och övertolkningar. Ruben Isacson's resultat har dock en speciell relevans eftersom de förklarar observationer som gjordes i kliniska läkemedelsprövningar under 90-talet. I Stockholm och Uppsala genomfördes inledande studier med D1-antagonisten SCH23390 på patienter med schizofreni (ref 9). Även om detta var öppna studier så var det uppenbart att flera patienter försämrades påtagligt och fick avbryta studien. Samma erfarenheter gjordes i Holland och de läkemedelsföretag som utvecklade D1-antagonister lade ned projekten.

Ruben Isacson's avhandling bidrar till att förklara dessa misslyckanden med D1-antagonister för schizofrenibehandling. Spännande är att avhandlingen också ger nya argument för att i kliniska studier utreda betydelsen av att stimulera D1-receptorn med agonister. Inte minst för att förbättra de kognitiva funktionsbortfall som inte framgångsrikt låter sig behandlas med dagens antipsykotika.

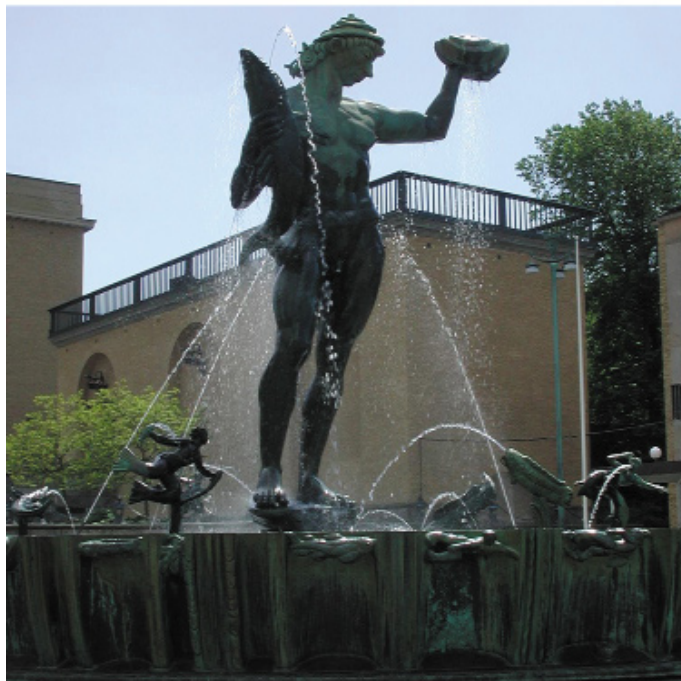
Lars Farde

Välkommen till

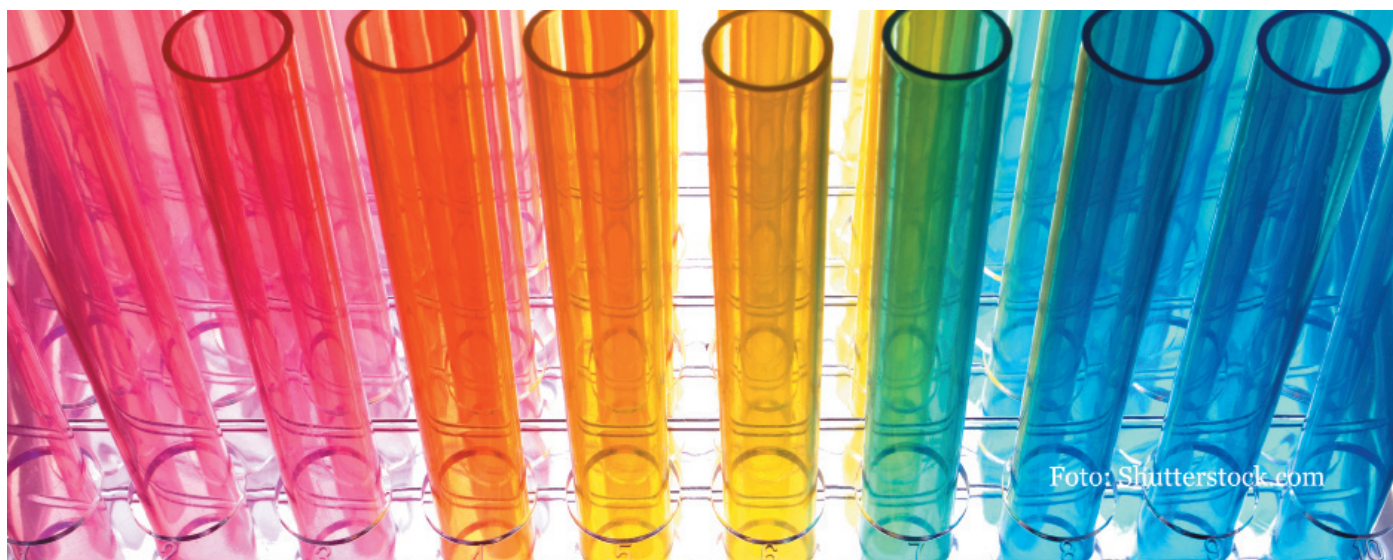
Göteborg

**Svenska Psykiatrikongressen
och
Riksstämman
mer information på**

www.svenskpsykiatri.se



Statue of Poseidon by Carl Milles, from Swedish Wikipedia



Detta bidrag var avsett för förra numret av Svensk Psykiatri men dessvärre föll det bort. Redaktionen beklagar detta och publicerar det istället i detta nummer.

Till förra numret om självhjälp

När jag skulle skriva mitt ordförandeord i juni blev det uppenbart för mig att väldigt mycket som handlar om självhjälp utgår ifrån vuxna personer. Det som finns för unga är i första hand TV, Internet, kompisar, böcker. När vi som arbetar med barn och unga skraddarsyr insatser handlar det i stor utsträckning om att arbeta via föräldrar, förskola, skola - dvs. via vuxenvärlden. Därför ska det bli mycket spännande att få se om några skribenter har hittat goda exempel från barns och/eller tonåringars perspektiv. För många år sedan deltog jag i en längre utbildningssatsning som flera landsting var med i kring suicidologi med Jan Beskow och Solveig Cronström Beskow. En sak som har fastnat hos mig från detta var en teckning av ett barn som bär en rygsäck. I rygsäcken fanns kompisens förtroenden, självmordstankar och ångest, som till slut tyngde rygsäcken så att den andra tonåringen själv knappt kunde gå upprätt. Vad den bilden ville förmedla var svårigheten med den självhjälp som många unga praktiserar. Den som går ut på att i första hand prata med kompisar och inte med vuxna eller med någon som har kraft eller mandat att hjälpa.

Självklart ska alla få fortsätta vända sig till någon de har förtroende för. Men - vuxenvärlden har ett stort ansvar - att se, att lyssna, att finnas som stöd för den som tar emot någon annans förtroenden. Både enskilda vuxna och gruppen professionella vuxna har ansvar för detta.

Här har förstås BRIS stor betydelse för många barn. Under 2007 hade man över 20 000 kontakter med unga. Där har man verkligen arbetat med modern teknik, anpassning efter målgruppen, med målet att kunna få prata om sin livssituation utifrån sina behov.

Men - när vi i psykiatrin använder oss av kontakter med patient – och anhörigorganisationer i t.ex. brukarråd visar det sig att det finns ytterst få föreningar som direkt engagerar unga patienter. Det finns flera föräldraföreningar. Och det finns RUS (vars målgrupp går upp till 35 år!). Men jag känner inte till några grupperingar för unga med depression, unga med tvång, med ADHD eller beteendestörningar. Detta är en utmaning!!

Den andra utmaningen är att använda nätet med sina unika möjligheter till direktkontakt.

Här borde det finnas stora möjligheter att utvidga marknaden - i Socialstyrelsens senaste rapport står unga vuxna för den största ökningen av vårdutnyttjandet inom psykiatrin. Tidiga interventioner blir allt mer centralt för att bryta denna trend. Här borde man ju satsa från kommuner och landsting tillsammans på chattsajter, informationssidor, kampanjer m.m. med syfte att direkt vända sig till unga via de medier de helst använder.

Jag tror att vi alla, även vi som arbetar med barn och unga, har

en tendens att underskatta ungas förmågor, intelligens och deras stora sug efter svar på livsfrågor och frågor kring psykisk hälsa och lidande och på så sätt blir det istället allt ocsurerat material, allt unga själva skriver som påverkar dom i hög grad. Och är det till hjälp eller riskerar det att stjälpa? En aldrig sinande ström av information, som är mer eller mindre korrekt finns dygnet runt för alla unga i vårt land.

Jag har tidigare framhållit sajten www.youthinmind.co.uk med undertiteln helping stressed children and teenagers – and those who care for them, som ett utmärkt exempel på en sådan hemsida, som med lätthet skulle kunna omvandlas till svenska förhållanden. I Sverige har vi Folkhälsoinstitutets utmärkta, informationsspäckade sajt www.fhi.se som kanske kunde utvecklas med en del som mer tydligt vände sig till de unga själv?

På Vårmötet i Lund tog Olav Bengtsson, divisionschef för BUP i Stockholm, upp frågan kring om vi inte borde utvidga Stockholms sajt www.bup.nu till att gälla landets barnpsykiatri. Denna fråga ska vi ta oss an under hösten.

Lena Eidevall juni 2008

Reprisering av SK-kurser under 2008/2009

I Metis regi kommer det under 2008/2009 att repriseras "gamla" SK-kurser.

Under våren och hösten har kursgivare till 10 kurser anmält sitt intresse.

I dagarna håller vi på att upprätta avtal som ska skickas ut till kursgivare för påskrift. Ansökningsförfarandet kommer att gå till på följande sätt:

För att snabba på processen och minska administrationen kommer vi att följa den tidigare reservlistan som upprättades för kursen.

Det innebär att ST-läkare som har ansökt om kurs 2007/2008 och inte fått tilldelat plats kommer att få ett erbjudande direkt från kursgivare att få möjlighet att gå kursen.

Raffaella Björck och Kajsa B Norström

Projektledare i METIS



6000 psykiatrer i Kafkas fotspår

WPAs fjortonde Internationella Kongress hölls i Prag i september under devisen "Science and Humanism: For a Person-Centered Psychiatry". Kongressen samlade över 6000 deltagare från ca 120 länder, bland dem 43 från Sverige. Under 5 dagar presenterades 20 "special lectures", 230 symposier och 70 workshops med kliniska och teoretiska synpunkter, allt man kan tänka sig från biologisk psykiatri och farmakoterapi till sociala teman, från rättspsykiatri till diagnostisering och från genetik till ekonomi och transkulturell psykiatri för att ta några exempel.

Den Svenska Psykiatriska Föreningen, som bl.a. representerades av Christina Spjut, lobbade för att WPAs internationella kongress 2014 skall hållas i Göteborg. Inget beslut är fattat och det finns konkurrens så vi får avvakta besked.

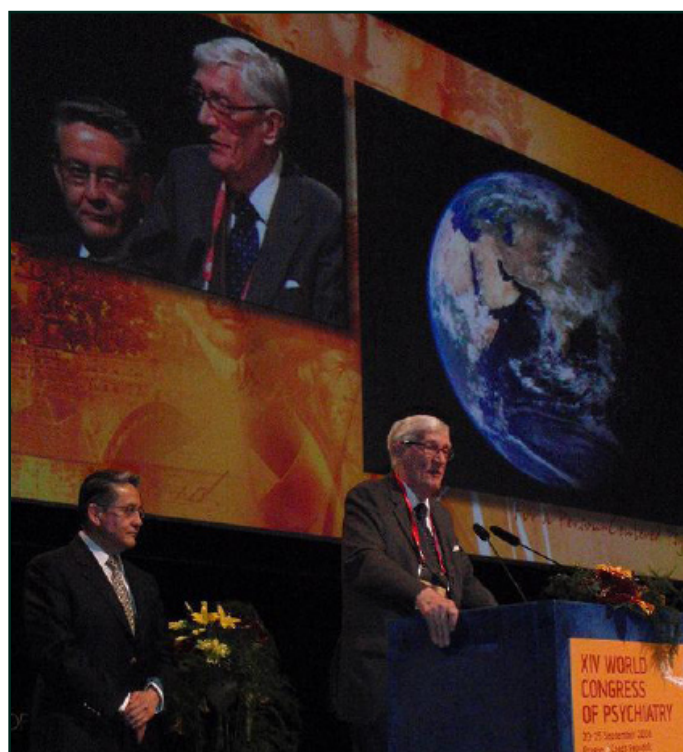
WPAs kongresser presenterar på ett levande sätt exempel på psykiatrisk verksamhet och forskning från världens alla hörn. För den som vill lära sig om den mångfald som psykiatrin globalt innehåller är WPAs kongresser ett utmärkt sätt och en möjlighet att lära känna och starta ett samarbete med intressanta människor i olika länder.



Christina Spjut berättar om svensk psykiatri



WPAs president Mario Maj får förslaget att Världskongressen 2014 ska hållas i Göteborg.



Professor Yrjö Alanen från Finland får Pinel-priset för sina insatser "need adopted" model - en humanare psykiatri. Till vänster WPAs tidigare president professor Juan Mezzich.

Det förhöll sig så, att hjärnan inte längre kunde bära all sorg och smärta som ålagts den. Den sa: "jag ger upp, men finns det någon annan här som har intresse av att hålla det hela vid liv kan han överta en del av mina bördor så kanske det går ett tag till".

Då anmälde sig lungan, mycket att förlora hade den väl inte.

F. Kafka, brev, 1917. F. Kafka dog 1924 av tuberkulos som gjorde att han inte kunde äta.
(Pawel, Ernst. The Nightmare of Reason: A Life of Franz Kafka. New York, Farrar 1984)

Vad är den Världspsykiatriska föreningen (WPA – World Psychiatric Association)?

WPA är en sammanslutning för de psykiatriska föreningarna - en "föreningarnas förening" med över 200 000 medlemmar. Den Svenska Psykiatriska Föreningen är medlem av WPA, tillsammans med 133 psykiatriska föreningar i 106 länder och 17 andra anslutna föreningar.

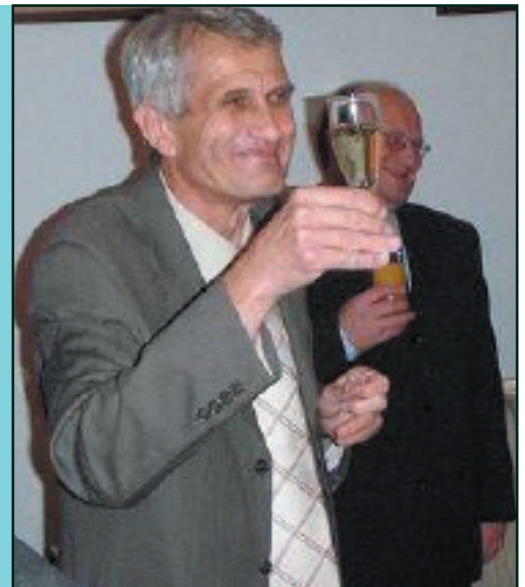
WPA arrangerar internationella kongresser vart tredje år – nästa i Buenos Aires 2011 – samt regionala kongresser. Nästa europeiska kongress hålls i Florens 1-4/4 2009. WPA ger ut "World Psychiatry" som man kan läsa gratis på WPAs hemsida. I WPA finns 65 vetenskapliga sektioner.

WPA styrs av en exekutiv kommitté (EC) med 8 medlemmar och har ett sekretariat i Genève. WPAs president är professor Mario Maj från Neapel, som för länge sedan har arbetat i Umeå. Vart tredje år möts WPAs nationella föreningar till ett General Assembly för att besluta om kommande aktiviteter och för att välja nya ledamöter. WPA är uppdelat i 18 zoner – som var och en har en representant. Zonrepresentanten för norra Europa, som består av Danmark, Norge, Island, Sverige, Finland, Estland, Lettland och Litauen, är Henrik Wahlberg som arbetar i Stockolm.

Se <http://www.worldpsychiatricassociation.org/>

Kontakta Henrik Wahlberg för frågor om WPA hwa.wpa@gmail.com

Lokalt arrangerades kongressen i Prag av den Tjeckiska Psykiatriska Föreningen ledd av professor Jiri Raboch från Charles universitet, som avtackades för ett jättearbete. Det vackra Prag bidrog med en stämningsfull vinjett för kongressen.



Christina Spjut, ordförande SPF

Henrik Wahlberg, WPA zonrepresentant



Nu kommer det ett helt nytt läkemedel mot ångest. Fast det har redan funnits i två år.

Lyrica® (pregabalin) är nu godkänt för behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD). För första gången på länge finns ett nytt alternativ med helt ny verkningsmekanism, byggt på minskning av neuronets aktivitet genom påverkan på kalciumkanaler.¹

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot smärta neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.^{2*} Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.²

LYRICA
PREGABALIN

Lyrica gjuter olje på vägarna

Önskas mer info? Ring Pfizer Kunskapscentrum
Direktnummer för sjukvården 08-550 522 00

Pfizer AB Veterinäravägen 10 101 90 Sollefteå Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se



Referenser: 1. Richard Krauss, Pregabalin: From molecular to clinical, European Neuropsychopharmacology (2008) 18, s.333-338. 2. Montgomery SA, Tolson K, Zoung S, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pall M, Feltner DE, Fava M, Pando AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2006;26:161-168. Indikationer: Epilepsi: Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiellt utlösta anfall utan sekundär generalisering. Neuropatisk smärta: Lyrica är indicerat för behandling av smärta och central neuropatisk smärta hos vuxna. Generaliserat ångestsyndrom: Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. Varningar och försiktighet: Behandling med pregabalin kan förvärra smärta och smärtsjukdom, vilket skulle kunna öka risken för fall och skador hos äldre patientgrupper. Patienter bör förskräddas att vara försiktiga till exempel vid snabbt potentiellt effekter. Dosering: 150-600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringsintervall. Lyrica finns som blodspädd, 25, 50, 75, 150, 225 och 300 mg i kapslar och 150, 225, 300 eller 360 mg i tabletter. 75, 150 och 300 mg som 300 mg. Eventuellt kommer inte alla kapselbegränsningar att tillämpas. Lyrica kan tas med eller utan föda. För vidare information: Se www.lyrica.se.

Den nya svenska ST- målbeskrivningen i ett internationellt perspektiv

Är vi ensamma om att utveckla en postmodern ST i psykiatri?

Inledning

Under arbetet med den nya målbeskrivningen i psykiatri blev det uppenbart att man på något sätt behövde stärka upp det teoretiska momentet i specialiseringstjänstgöringen.

Nuvarande system med SK-kurs täcker inte det utbildningsbehov som ST-läkarna har. De strukturella problem som innebär underfinansiering med kompensatoriska utbildningar som sponsras av t.ex. läkemedelsbolag.

En diversifierad utbildning som inte är kvalitetssäkrad.

Svårigheterna med nuvarande SK-system, med få och dyra kurser och ett anbudsförfarande som inte garanterar att nödvändiga utbildningsområden täcks. Svårigheter med att få befintliga SK-kursgivare att öka antal SK-kurser för att täcka ST-läkarnas behov.

Under dessa förutsättningar skapades i SPF och SPF: s utbildningsutskott idén med att söka medel från regeringens psykiatrisatsning. Juni 2007 fick vi positivt besked från Socialdepartementet och METIS projektet föddes.

Standardisering och kvalitetssäkring

Sverige gick med i EU 1995 vilket har inneburit t.ex. en möjlighet att studera på olika universitet inom Europa. För oss som psykiatriker betyder det att vi idag har en arbetsmarknad som sträcker sig över 27 länder. Ett resultat av det är att vi ser en ökad rörlighet inom Europa. Men hur ska vi kunna vara säkra på att kompetensen hos oss och våra europeiska kollegor är jämförbar?

För att det lätt ska gå att röra sig mellan olika europeiska universitet har man sedan 1999 arbetat med Bolognaprocessen.¹ Det är namnet på ett samarbete mellan 45 europeiska länder om utbildningen på högskolenivå. Samarbetet syftar till att främja rörlighet, anställningsbarhet och Europas konkurrenskraft. Målet är att ha en tydlig jämförbar utbildningsstruktur i de europeiska länderna till 2010. För Sveriges del har det inneburit att vi har en ny högskoleförordning sedan juli 2007.

Även utbildningen till specialistläkare behöver standardiseras. I Europa organiserar de olika länderna sin specialistläkarutbildning s.k. "Training programs" under olika huvudmän. I många länder är specialistläkarutbildningen universitetsutbildning, med eller utan kliniskt arbete. En del organiserar ST under "Ministry of Health", specialistläkarföreningarna eller under enskilda kliniker företrädesvis universitetskliniker. I Sverige kallar vi det specialiseringstjänstgöring och har tagit bort ordet utbildning i SoS föreskrift 2008:17. Det vi idag i Sverige kallar ST-utbildning är det teoretiska programmet som METIS håller på att utveckla. Trots att det finns, i de europeiska länderna, olika organisation och finansieringsformer strävar man efter en tydlig jämförbar utbildningsstruktur, med klara gemensamma kompetensmål som ska kunna utvärderas och jämföras. Det arbetet utförs i UEMS, European Union of Medical Specialists.²

Historiken bakom kärnkompetenser

1 <http://www.hsv.se/densvenskahogskolan/internationellt/bolognaprocessen>

2 <http://www.uems.net/>

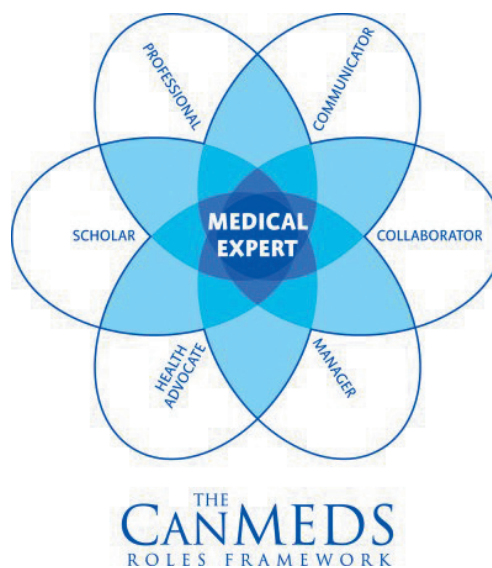
1993 initierade "The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada" ett projekt som kallades "CanMed 2000". Målet med projektet var att säkerställa att specialistutbildningen fullt ut mötte upp till omvärldens krav på kompetenta läkare. RCPS of Canada kom fram till att man behövde arbeta efter två huvudprinciper:³

changing the focus of specialty training from the interests and abilities of providers (supply) to the needs of society (demand), and orienting these programs to consider the needs of individual patients in context of the population at large.

Det lades ned ett stort arbete från olika specialister där man utförde brukar- och anhörigundersökningar, diskussioner med andra professioner och fr.a förde en intensiv interprofessionell diskussion. 1996 resulterade arbetet i det som idag heter "CanMeds framework"⁴ och som definierar 7 roller som en läkare bör uppnå en god kompetens i.

Behovet av att utveckla en postmodern ST utbildning som möter omvärldens krav

Samma ifrågasättande som Canada hade i början av 90 talet, har många andra länder haft. "American Board of Psychiatry and Neurology" började utarbeta sina kärnkompetenser 2001. Storbritannien kom igång 2005 under devisen "Preparing doctors for tomorrow"⁵. Danmark började arbeta med kärnkompetensmodell 2003. UEMS, "European Union for Medical Specialists" sektionen



för psykiatri började arbeta med "Profile of a psychiatrist" 2003⁶ och som sedan utvecklats till ett arbete runt "Competence Based Training" som ska vara färdigt 2009. Arbetet med att ta fram en postmodern ST-utbildning har spritt sig som en löpeld runt världen, just för att behoven finns överallt. Kärnkompetenserna kan variera lite både i utformning och i antal, mellan olika länder, men i huvudsak ser det ganska lika ut.

3 http://rcpsc.medical.org/canmeds/canmed_e.html

4 <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>

5 <http://www.pmetb.org.uk/>

6 <http://www.uempsychiatry.org/section/reports/2005Oct-PsychiatristProfile.pdf>

Svenskt arbete med målbeskrivning.

Sverige sammanföll regeringsbeslutet om ny specialistindelning⁷ uppstarten av en ny målbeskrivning. 2005 gick ett regeringsbeslut till Socialstyrelsen att arbeta med en ny målbeskrivning för specialiseringstjänstgöringen.⁸ Socialstyrelsen inrättade ett nationellt råd för specialiseringstjänstgöring det s.k. ST-rådet som organiserat under Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har i nära samarbete med specialitetsföreningar utarbetat de nya svenska målbeskrivningarna. I Sverige har vi beslutat om fyra kärnkompetenser. Kompetenserna är: kompetens som medicinsk expert, kompetens i ledarskap och organisation, kompetens i kommunikation och kompetens inom vetenskap och kvalitetsarbete. Det motsvarar "medical expert", "manager", "communicator" och "scholar" i CanMeds kärnkompetenser. "Health advocate", "collaborator" och "professional" finns som delmål i den svenska målbeskrivningen inom ff.a. kompetens i ledarskap och organisation samt kompetens i kommunikation.

Att utvärdera kompetens

Efter arbetet med att ta fram kärnkompetenser kom arbetet med att ta fram "assessment methods" dvs. hur evaluerar man att ST-läkare har uppnått nämnd kompetens? Med kompetens menar man läkarens kunskap, färdighet och förhållningssätt, inom ett specifikt område. Hur kan man säkerställa ett bra ST utbildningsprogram implementera det i vardagen?

Internationellt och i Sverige pågår det ett nära samarbete med utbildningsföreträdare och pedagoger inom medicinsk utbildning. Utvärderingssätten ska vara säkra, trovärdiga och jämförbara. Det finns mycket evidensbaserad forskning gjord inom området som vi i Sverige använder oss av. Det är inte bara ST-läkarens nöje med kurs, placering eller utbildningsprogram som ska evalueras utan även ST-läkarens kunskap och förmåga att omsätta den kunskap i det kliniska arbetet. Utvärderingsmetoder som kommer att rekommenderas i den svenska målbeskrivningen kommer vara medsitningar, skriftliga arbeten, 360 graders evalueringar, fallrapporter.⁹ För att kunna göra detta behöver ST-läkaren verktyg och förhållningssätt till lärande som kan användas under hela utbildningsprogrammet. ST-läkaren behöver ett elevcentrerat istället för ett lärarcentrerat utbildningsprogram. Detta för att ha möjlighet att nå de uppsatta kompetenserna och använda sig av lärandeprocessen genom hela professionella liv som psykiatriker.¹⁰

Avslutning

Oftast görs stora strukturella förändringar utan resurstillskott vilket har ställt till med stora problem i många länder när det gäller implementering av ett nytt "training program". I Sverige har psykiatri tilldelat extra resurser för att skapa ett utbildningsprogram som hjälper ST-läkaren att uppnå de uppsatta kompetenserna i den nya målbeskrivningen när det gäller medicinsk expert

Eftersom ST inte ligger organiserat under universiteten behöver man säkerställa och kvalitetssäkra det teoretiska momentet i ST-utbildningen. Det ska vara samma förutsättningar för alla ST-läkare i psykiatri runt om i landet att få tillgång till ett kvalitetssäkrat kursutbud. Vi har slagit samman arbetet med att utvidga och säkerställa det teoretiska programmet med de nya målen i målbeskrivningen så att allt konvergerar till en röd tråd som ST-läkaren kan följa och vara säker på att man uppnått de kompetenser som behövs för sin specialistexamen.

Kajsa B Norström
SPF Utbildningsutskott

SPFST informerar...

...om den nya målbeskrivningen

Information finns på SPF:s hemsida under utbildning/ST-läkare. Kommer kompletteras med ytterligare information och aktuella blanketter.

Gå gärna in på www.svenskpsykiatri.se

...om Johan Cullbergs resestipendium

Information om möjligheterna för ST-läkare och yngre specialister, att söka Johan Cullbergs resestipendium under 2009 för internationell vidareutveckling finns på ovanstående hemsida och på SPFST:s hemsida www.spfst.svenskpsykiatri.se Sista ansökningsdag 31/3 2009.

...om sitt deltagande på Psykiatrins Ansiktens turnén

SPFST har under turnén Psykiatrins Ansikten tillsammans med SPF lottat ut fem deltagarplatser per universitetsort, totalt 30 platser, till intresserade läkarstudenter och AT-läkare till Svenska Psykiatriska Kongressen, SPK, 11 - 13 mars, 2009.

Intresset för SPFST, psykiatri i allmänhet och deltagande i kongressen har varit stort under turnén. SPFST tror att deltagande i SPK ytterligare kommer vara en väg för att vidga intresset för psykiatri hos de läkarstudenter och AT-läkare som vunnit plats.



⁷ <http://62.95.69.3/SFSdoc/05/051249.PDF>

⁸ <http://62.95.69.3/SFSDOC/05/051250.PDF>

⁹ http://www.svenskpsykiatri.se/utbildning_handledare.html

¹⁰ http://metisprojektet.se/index.php?page_id=26

¹¹ <http://www.medisprojektet.se/>

Europeiskt ST-läkarmöte i Göteborg

Rapport från EFPTs "European Federation of Psychiatric Trainees" årliga forum.

Under 2005 års möte i Riga valdes Kajsa Norström, ST-läkare i psykiatri vid Södra Älvsborgs Sjukhus till president för EFPT och Kajsa stod därför som värd för årets konferens tillsammans med SPFST - Svenska Psykiatriska Föreningens ST-sektion.

Under fyra dagar i juni samlades 61 ST-läkare i psykiatri från 24 europeiska länder i Göteborg för att diskutera hur ST-läkarens utbildning och arbetssituation kan förbättras och harmoniseras inom Europa.

Under mötet diskuterades det livligt och röstades kring ett flertal olika frågor. Erfarenheter utbyttes och kontakter med kollegor över hela Europa knöts.



Att den psykiatriska vården och ST-läkarens ställning skiljer sig starkt åt mellan länderna är tydligt. **I ett "statement" rörande ST-läkarens rätt att kunna arbeta deltid önskade Grekland, där det finns ett överskott av läkare, att det tydligt framkom i skrivelsen att man skall få lön också för deltidsarbete!**

Den vetenskapliga dagen förlades detta år till Världskulturmuseet, som har ett centrum, Museion, för tvärvetenskapligt arbete inom Göteborgs Universitet. Där fick vi oss ett tvärvetenskapligt samtal om mänsklig kommunikation, uppblandat med dramaimprovisation på samma tema. Tankeväckande och roligt

Även kvällstid fördes spännande samtal, då i lite andra sammanhang, ofta över en öl eller två på någon av Göteborgs vattenhål. Deltagarna fick också bekanta sig med Göteborgs stad genom en guidad rundtur med spårvagn, Liseberg besöktes och Göteborgs borgmästare bjöd på buffé på Börsen. En avslutande höjdpunkt under mötet var det traditionella "national drinks party" till vilket alla tar med sig en dryck från sitt hemland. Efter avnjutande av ett svenskt smörgåsbord med nubbe och sånger (den internationella varianten "hell and gore" gjorde succé) fanns möjlighet att smaka spännande drycker från Europas olika hörn.

Att träffa ST-läkare från olika länder och subspecialiteter och tala om psykiatri och psykiaterrollen är otroligt spännande och ger inspiration och energi i såväl den kliniska vardagen som i arbetet med olika ST-frågor, nationellt och internationellt. Vi ser fram emot fortsatt europeiskt samarbete och nästa års möte i Cambridge.

Peggy Törn
Lisa Eriksson
Sandra Gupta
Elisabeth Lundén
SPFST:s styrelse

Tre frågor till Kajsa Norström, avgående president EFPT

Vad är EFPT?

European Federation of Psychiatric Trainees är den europeiska ST-föreningen för psykiatriker, vuxen som barn- och ungdomspsykiatriker. Europa definieras enligt WHO:s definition vilket innebär 52 länder som sträcker sig från Kazakstan i Centralasien i öst till Portugal i väst, Island i norr till Israel i söder. För närvarande har EFPT 23 medlemsländer och tre står på väntelista för att bli medlemmar. De flesta medlemsländer härstammar från forna Väst Europa men allt fler forna östeuropeiska länder begär medlemskap. Idag organiserar EFPT 10-15.000 ST-läkare runtom Europa. EFPT är en federation vilket innebär att det är de nationella ST-föreningarna som är medlemmar. Varje nationell ST-förening väljer två delegater till årsmötet men varje land har bara en röst under omröstningar. Varje år har EFPT ett forum som varar i fyra dagar och där ena dagen är årsmöte med val av styrelse. Till forumet är alla ST-läkare i psykiatri välkomna för att diskutera och interagera med ST-kollegor från hela Europa.

Fortsättning sidan 49



Riksstämman 26 - 28 november 2008

Svenska Mässan - Göteborg

Onsdag 26/11

08.30 - 09.45

Tobakspolicy och tobaksavvänjning i psykiatri och beroendevården.

Göran Boethius, Barbro Holm Ivarsson

CME-Kurs, 09.00 - 12.00

Neurokemisk bakgrund till beroende, behandling av alkoholism enligt nationella riktlinjer samt ADHD med beroende. *Jörgen Engel, Bo Söderpalm*

10.00 - 10.45

Ängest, depression och Nationella riktlinjer - blir det bättre för patienter och för vården?

Eva Arvidsson, Mårten Gerle, Roland Morgell, Gunilla Nyrén, Lise-Lotte Risö Bergerlind

11.00 - 11.30

Melatonin och biologiska mekanismer vid sömnreglering.

Jerker Hetta

11.30 - 12.00

Sömnutredningar. *Marianne Ors*

CME-Kurs, 13.00 - 16.00

Diagnostik och utredning av transsexualism. *Bengt Lundström*

13.00 - 14.45

Psykiatrifonden. *Göran Björling*

Om att arbeta mot fördomar. *Vanna Beckman*
Autistiska drag i barndomen hos vuxna personer med schizofreni. *Maria Hallerbäck*
Kreativitet, schizofreni och bipolär sjukdom. *Simon Kyaga*

Barn till sjuka föräldrar - Beardslees preventiva familjeintervention i Sverige. *Helja Pihkala*

Empirisk och psykometrisk prövning av ett instrument att mäta vårdkvalitet i öppenvård. *Agneta Schröder*

Bryt Skam-projektet. *Agneta Ekman Wingate*

15.00 - 15.30

Behandling av sömnstörningar vid somatiska sjukdomar. *Lena Leissner*

15.45 - 16.15

Behandling av sömnstörningar vid psykiatriska tillstånd. *Lena Mallon*

Torsdag 27/11

CME-Kurs, 09.00 - 12.00

Ängest och KBT. *Stefan Rück, Erik Hedman*

ECT. *Martin Hultén*

09.45 - 10.30

Fysisk aktivitet som behandling vid depression. *Jill Taube*

10.30 - 11.15

Antidepressiva eller inte vid bipolär sjukdom. *Christina Spjut*

11.30 - 12.15

Omega-3 fettsyror vid affektiv sjukdom. *Bo Jonsson*

12.15 - 13.00

Psykiatrins ansikten (inkl. lunchpåse) *Agnes Hultén, Maria Larsson*

CME-Kurs, 13.00 - 16.00

Läkemedelsbehandling vid schizofreni. *Mussie Msghina*

Ätstörningar. *Ninni Hjalms, Cecilia Pettersson*

13.00 - 13.45

Personlighetsstörningar. *Lisa Ekselius*

14.00 - 14.45

MBT - Mentaliseringsbaserad terapi. *Göran Rydén*

15.00 - 15.45

DBT i praktiken. Dialektisk beteendeterapi. *Bodil Persson*

Fredag 28/11

SPF har inga egna aktiviteter denna dag

Foto: James Holm - Göteborg & Co.

Replik till debatten Davidson vs Dencker/Wålinder

I utbildningsplanen för läkarlinjen finns fastslaget som ett av målen "att den studerande förvärvar medicinsk och social helhetssyn på människan och hennes situation; grundad på förståelse för sambandet mellan den enskildes hälsotillstånd och ekonomiska, sociala och andra bakomliggande förhållanden. Eleverna skall också utveckla sin självkännedom och förmåga till inlevelse, vilket kräver kunskaper inom samhälls- och beteendevetenskap. Målet är att de blivande läkarna skall lära sig se människan i ett psykologiskt, socialt och biologiskt perspektiv".

För en verksamhet och dess medarbetare är det avgörande vilken grundläggande människosyn som styr målformuleringen och arbetet. Vad skall ingå i god "allmänpsykiatrisk bildning"? Enligt min uppfattning, bör man förtydliga den underliggande synen på människan inför mötet mellan individen och vården. Från ett strikt naturvetenskapligt kunskapsideal strävar man efter att objektivt registrera verkligheten och försöka förklara orsakssamband utifrån empiriskt funna lagar. Genom att slå samman alla kunskapsdelar kommer man fram till en syntes. Fakta om patient skall kunna summeras och ange prognostiskt utfall. Man ser på kunskaperna som objektiva data med risk att fatta sina beslut för en objektiviserad patient. Till och med psykosociala fenomen kallas sjukdomar och sjukdomar uppfattas som störningar i kroppens organisation. Fokus för behandlingen är huvudsakligen att förändra patientens symptom och minska hennes lidande framför allt genom att tillföra något. Detta kan ske genom att man söker att förändra patientens yttre förhållanden eller genom att erbjuda stöd, träning, trygghet, farmaka, värme, struktur eller kunskap.

I ett humanvetenskapligt perspektiv framhåller man den intentionella hos människan; att människans beteende har en mening som är fattbar genom tolkningar, som kan ge förståelse för beteenden och sammanhang. Helhet blir då ej bara summan av delarna utan även kunskaper om människan som subjekt i sitt sammanhang. Ett subjekt som utvecklas i ett ömsesidigt samspel mellan individ och omvärld, inom vilket hon påverkas och präglas av genetiska, biologiska, fysiska, sociala, ekonomiska och kulturella omständigheter och förutsättningar. Man utgår från antaganden om en psykisk kontinuitet, samt att denna kontinuitet har underliggande, historisk menings- och orsakssammanhang och slutligen att dessa sammanhang kan uppmärksammas, förstås och ändras inom och med hjälp av en relation - som uppstår mellan patienter och läkare och annan vårdpersonal. I varje möte med patienter skapas en relation som påverkar båda parter som också väcker intensiva och ofta svårkontrollerade känslor hos dem. Att uppfatta sin inverkan på interaktionen förutsätter ingående självkännedom och empatisk förmåga, samt kunskaper om personlighetens dynamiska struktur. Att utnyttja relationen med patienten kräver hög kompetens hos personalen och tillgång till kontinuerlig och kvalificerad handledning samt en välfungerande organisation. Att man skall kunna förvänta att specialistläkarna i psykiatri skall besitta motsvarande kompetens är en viktig förutsättning för att behålla ansvaret för mötet med människor som behöver möta den psykiatriska vården också i framtiden.

Istället för att fortsätta den polariserade debatten och sökandet efter syndabockar, bör vi skapa dialog mellan kolleger och med politiker. Och istället för att isolera, rubricera och pacificera patienter, skall man öppna den slutna

strukturen för psykiatri och möta dem som individer, som befinner sig i en sjukdomskarriär. Istället för att uppfatta att patienterna är drabbade av "sjukdom som en avgränsad företeelse" kunde man utgå från att de är "sjuka" i ett sammanhang. Målet blir att samverka med dem och med alla faktorer som kan bidra och påverka förloppet. Sjukvården blir då inte en avgränsad organisation - där man värjer sig från patienterna som "invandrare, flyktingar eller inkräktare", och där man försöker att splittra och bolla ansvaret för "mottagandet" mellan stat/landsting/kommun - men ser dem som en resurs som man kan samverka med för ett gemensamt mål.

Det är viktigt att utgå ifrån, att tidigare gjorda erfarenheter, upplevelser och förväntningar i hög grad determinerar hur man handlar, hur man förhåller sig, hur man uppfattar och tolkar sin omvärld. Å andra sidan bör vi också betona att det finns en frihet, en möjlighet att välja att handla på ett visst sätt och inte på ett annat, och även om man upprepar sin egen utveckling måste man varje dag fatta beslut om hur man ska förverkliga sitt liv. Hälsan utmärks då av denna upplevelse, av en möjlighet att välja, en möjlighet att uppfatta och handla efter sin fria vilja. En viktig del är att känna tilltro till sig själv och andra; att med autonomi kunna balansera mellan sin längtan efter och rädsla för beroende; att känna en möjlighet till intimitet i motsats till att förbli fientlig och främmande mot andra; att vilja stödja och erbjuda plats till nästa generation i motsats till en självupptagenhet där man endast måste tillfredsställa sina egna behov och slutligen en känsla av integritet: att acceptera att man endast har ett enda liv att leva; att man har detta givet i en bestämd historisk period; att det är en enda gång man kan bli mänsklig och mänsklig. Detta innebär att man åtar sig ansvaret i förhållande till sitt eget liv och till alla andra som lever samtidigt med en själv. Det innebär också att uppfatta att livet till stor del består av det vi människor tillför det. Vi måste måhända påminna oss om att vi inte är någon lekboll för ödet, inga värnlösa offer för de homeriska gudarnas nycker. Vi har både som individer och som ledare en viss frihet att förändra eller avstå från en ofruktbar politik och utbildning, förutsatt att vi har det moraliska mod som detta kräver.

Vi kan också stödja och/eller välja ledare och professorer som är klartänkta nog att inse att en bestämd politik är till mera skada än nytta, modiga nog att medge det och kloka nog att handla därefter.

Docent Imre Szecsödy Leg. läkare, psykiater, leg. psykoterapeut och medlem av SvenskaPsykoanalytiskaFöreningen

DEBATT
Replik debatt
mellan Davidson/
Dencker/Wålinder

Framtidens psykiater - tema för SPFST:s nästa konferens

I SPFST anser vi att debatten som försigått om vad psykiatri är och psykiaterns roll ofta är polariserad samt förlegad och inte stämmer överrens med vare sig våra åsikter eller de åsikter vi uppfattar att SPF generellt står för.

För att rikta blicken framåt har vi därför i SPFST tagit beslut att nästa konferens ska ha temat Framtidens psykiater där vi hoppas kunna erbjuda ett framåtriktande program som inte handlar om "ett antingen eller utan ett både och" där olika områden som är viktiga för den bästa utvecklingen av vår medicinska specialitet kommer att belysas. Konferensen äger rum den 28 – 30 januari på Gimo Herrgård.

Vår uppfattning utifrån de årliga SPFST konferenserna för ST-läkare inom vuxen-, barn och ungdoms- samt rättspsykiatri är att morgondagens specialister ser behov av utveckling på olika områden för bästa utveckling av svensk psykiatri.

Humanismen en självklar grund

Att ha en humanistisk värdegrund anser vi är essentiellt som läkare, oavsett specialitet. Inom vår vetenskapliga specialitet kanske extra viktigt med anledning av att vi har möjlighet att behandla individer med tvång samt att psykiatriska sjukdomar ofta mer än andra går in på själva personligheten. Om psykiaterrollen säger Lisa Eriksson vice ordförande:

"Att jobba som psykiater är ibland att rädda liv men ännu oftare att rädda personligheten. Att med hjälp av de olika redskap som står till förfogande kämpa för att våra patienter ska kunna vara den de är – inte den förvanskade person som sjukdomen gör dem till".

Evidens, psykologiska mekanismer och forskning

Välrenommerade föreläsare kommer under de tre dagarna föreläsa om vikten av evidens, rätt diagnostik och behandlingar, kännedom om psykologiska mekanismer, ledarskap och forskning inom psykiatri. Förhoppningen är att programmets mångsidighet kommer leda till utveckling både genom föredragen i sig men också genom stimulerande vidsynta diskussioner över olika kunskapsområden mellan de fasta programpunkterna.

Parallella workshops om bland annat den nya målbeskrivningen och Beardslee familjeintervention kommer att erjudas.

Under konferensen kommer även Johan Cullberg berätta mer om de resetipendier han under 2009 kommer dela ut till ST-läkare för möjlighet till vidareutveckling internationellt.

En god psykiater mår bra själv

Förutom en psykiatri där vi diagnostiskt och behandlingsmässigt är kunniga och mångsidiga tror vi att en förutsättning för att vara en god psykiater också handlar om att vi mår bra själva.

Vi hoppas därför att vi inte bara kommer kunna erbjuda ett spännande och intressant program på vår nästa konferens utan även en trevlig social gemenskap som bidrar till ökat välmående hos ST-läkargruppen, på arbetsplatsen och privat.

SPFST:s styrelse

genom Maria Larsson

Gå in på vår hemsida www.spfst.svenskpsykiatri.se för mer info om konferens och anmälan för SPFST:s konferens 28 – 30 januari på Gimo Herrgård. För program se sidan 54.



Sandra Gupta och Peggy Törn planerar för SPFST-konferens på internat tidigare i år.



Människa och läkare

Psykiatri är utan tvekan en fascinerande medicinsk specialitet. Den är intellektuellt krävande samtidigt som den ställer stora krav på etisk och kommunikativ medvetenhet.

Ett sätt att hantera denna mångfacetterade verksamhet på är att reducera komplexiteten på olika sätt. Istället för att bejaka den mångfacetterade människan kan vi välja att beskriva människor och deras livsproblem som uttryck för centralnervösa processer punkt slut. Vi kan idag se tendenser till en sådan utveckling i dagens psykiatri. En av företrädarna för detta synsätt är Göran Isacsson, som i föregående nummer av Svensk psykiatri (nr 3/2008) kommenterar min artikel om psykiatriens fundament i SP nr 2/2008. I denna kommentar förespråkar Isacsson den medicinska modellen för psykisk sjukdom som fullt tillräcklig och avvisar bestämt att psykiatrien behöver "något mera" vad detta mera nu än skulle kunna vara. Under rubriken "ute på halis" avvisar han alla försök att beskriva psykiatriens identitet i andra termer än neurovetenskapliga. Tyvärr är hans argumentation så svepande att den är svår att bemöta. Men låt mig göra ett försök till några förtydliganden.

Idag utmärks den psykiatriska diskursen av vad som skulle kunna benämnas som ett teknologiskt imperativ. Fokus ligger här på klassifikation, diagnostik, skattningsskalor, biologiska förklaringsmodeller och teknologiskt definierade metoder. Dessa frågor dominerar den psykiatriska litteraturen idag, medan frågor om etik, värden, mening och social kontext förpassats till sekundära arenor, om de alls förekommer. Konsekvensen blir att psykiatri definieras som läran om hjärnan och dess sjukdomar, vilket således ligger snubblande nära neurologins domäner. Endast typen av symtom kan sägas ontologiskt skilja neurologin från psykiatrien.

I detta paradigm betraktas hjärnan som vilket kroppsligt organ som helst och depression blir förknippat med serotoninbrist på samma sätt som diabetes kommer av insulinbrist. Jag har (viss) respekt för att man väljer ett sådant synsätt, men min poäng är att också detta är ett val, inte en naturnödvändighet.

Psykiatri, som jag ser det, är en värdeimpregnerad disciplin. Det synsätt varmed jag möter patienten, hur jag ställer mina frågor och framför allt hur jag tolkar patientens svar är starkt betingat av de värden jag som psykiater omfattar. Detta är inte ett allmänt relativistiskt påstående utan ett konstaterande av hur människor och värden fungerar. Detta har man idag alldeles klart för sig inom många naturvetenskapliga discipliner, inte minst inom fysiken, där det idag är en självklarhet att beakta forskarens roll i forskningsprocessen. Objektivitet må vara ett mål, men också objektivitet är en värdefråga. Sådana ontologiska och epistemologiska grundantaganden, explicita eller implicita, kommer också till uttryck i läkar-patientrelationen.

Alltså; som Kuhn och Feyerabend tydligt visat så går inte vetenskaplig utveckling ständigt framåt i en linjär rörelse, utan den förflyttar sig paradigmiskt vilket kan innebära att befintlig kunskap blir obsolet till förmån för ny kunskap men att också gammal kunskap kan komma till heders igen i ny tappning på ett cirkulärt och reciprokt sätt. Det är därför närmast smärtsamt att se den gamla striden mellan naturalister och psykologister åter på arenan inom psykiatrien. Det är nog inte bara jag som hade hoppats på en integrativ psykiatri som hade möjlighet att hårbärgera mer än ett perspektiv i taget.

Talet om att neurovetenskap och kognitiv psykoterapi erövrat sina positioner på egna meriter, som Isacsson förfäktar, vittnar dessvärre om bristande historiekunskaper. Självfallet ska vi basera psykiatrisk praktik på vetenskapliga resultat, men inte på det okritiska sätt

som Isacsson förespråkar. Ta till exempel begreppet evidens, som nu blivit det mantra som legitimerar alla resonemang idag. Till och med inom EBM-rörelsen själv, betonas att det handlar om att tillvarata tre komponenter; tillgängliga forskningsresultat, läkarens erfarenhet och patientens värdepreferenser. Problemet är hur denna integration ska gå till. De forskningsresultat som värderas högst bygger, som bekant, på hårt selekterade grupper som vi sällan ser i den praktiska verkligheten. Steget från peket till patienten blir därför ofta ganska långt. Mer kan också sägas om hur data blir till evidens; en fråga som jag vill återkomma till i ett annat sammanhang.

Låt mig därför föreslå en psykiatri som är både kunskaps- och värdebaserad på samma gång. Psykiatrien handlar, som jag förstår den, om hur vi inom den medicinska kontexten, ska kunna möta människors livsproblem på bästa sätt. Låt neurologin vara fokus för hjärnans sjukdomar och psykiatrien fokus för människors problem sådana de kommer till uttryck i känslor, tankar, beteenden och mening. Då har vi en distinkt plats att fylla i sjukvården. I annat fall upphör psykiatriens existensberättigande och kan uppgå i neurologin som disciplin.

Mitt resonemang innebär inte ett förespråkande av "anything goes" eller ett allmänt eklektiskt förhållningssätt där var och en gör efter egen modell. Detta har vi sett alltför mycket av inom psykiatrien. Vi behöver absolut ta till oss all forskning kring neurovetenskap och evidensbaserad behandlingsforskning. Men, i likhet med Niklas Rådströms inlägg i SP, så behöver detta tredjepersonsperspektiv kompletteras med patientens subjektiva perspektiv, det förstapersonsperspektiv som är det som utgör patientens erfarenhet av sitt vara i världen.

Isacsson vill ersätta begreppet "först människa, sedan psykiater" med "först läkare, sedan psykiater". Men vi får aldrig glömma att läkare är också människor. Om vi inte kan möta andra människor i deras livsvärld med ett erkännande av deras erfarenheter som giltiga, så avsägar vi oss vårt moraliska ansvar för den andre; ett ansvar som utgör utgångspunkten i det mänskliga mötet.

Jo, psykiatri är definitivt "något mer" än den medicinska modellen där alla psykiska sjukdomar ses som uttryck för en defekt hjärna punkt slut. Att vara människa, med eller utan psykisk sjukdom, handlar om att skapa mening och leva i relationer med andra människor. Detta bör en psykiater alltid ha som sin utgångspunkt.

Låt mig betona att detta inte på något sätt är en anti-psykiatrisk ståndpunkt. Snarare ett försök att definiera en psykiatri som kommit längre än det kortsynta teknologiska imperativet föreskriver. En psykiatri "for the person" som WPA formulerar saken. En psykiatri som utgår från patientens förståelse för sitt liv. En psykiatri med och för människor och deras liv, inte bara för deras hjärnor.



**DEBATT
Replik till
Göran
Isacsson**

Ingemar Engström
Professor, Barn- och ungdomspsykiatri, Örebro

Henrik Jonsson sätter punkt i debatten

DEBATT
Svar till
Claes Davidson

När jag tar del av den emotionellt eskalerade polemiken i Claes Davidsons svar till mig (1) ångrar jag att jag själv försökte vara polemisk i mitt inlägg (2).

Detta trots att rubriken i hans ursprungliga artikel "Inte ett öre till den offentliga psykiatrin"(3) nog är det mest provokativa budskap jag stött på under åren inom psykiatrin. Frågeställningarna är emellertid av allvarlig natur och borde diskuteras på en saklig nivå. Jag vill här göra några förtydliganden.

Vad jag i första hand vände mig emot var Davidsons extrema psykologiska reduktionism där psykisk störning enbart har sin förklaring i de intrapsykiska konflikter som ej fått tillräcklig lösning under den psykos sexuella utvecklingen, och de interpersonella konflikter detta ger upphov till under den fortsatta personlighetsutvecklingen, särskilt då man drabbas av kriser i vuxenlivet. Det vi kallar schizofreni och bipolär affektiv sjukdom förklaras på samma sätt, så även symtombilden vid neuropsykiatriska tillstånd.

Jag vill emellertid poängtera att jag i lika grad tar avstånd från biologisk reduktionism, dvs. att psykiatri endast är vetenskapen om hjärnans sjukdomar, som yttrar sig på ett ganska likformigt sätt oberoende av psykosocial påverkan. För mig har alltid "psykiatris två kunskapsområden"(4) varit självklara, och individens livslopp, beteende och upplevelse av omvärlden och sig själv har varit mitt primära fokus i mycket högre grad än biologiska mått vid diagnostiska överväganden och behandling.

Jag vände mig också emot Davidsons hävdande av den psykoterapeutiska grundmodellen som allenarådande inom allt psykiatriskt behandlingsarbete. Terapeut och patient träffas under en fastställd tid, i samma rum från gång till gång, och det som avhandlas blir ej känt för utomstående. Detta passar för en del av psykiatris patienter men skulle få förödande konsekvenser om det tillämpades generellt. De flesta psykiatriska tillstånd kräver multiprofessionella team där kunskap om patienten utbyts fritt och inhämtas från flera håll för att ge en helhetsbedömning, som i regel även anhöriga får del av. Rör det sig om längre funktionsnedsättning måste också kommunens psykiatri få del av denna kunskap för att bedöma stödåtgärder. Platsen man träffas på kan variera och hembesök förekommer. Jag är emellertid inte emot psykoterapi enligt Davidsons modell för dem som är lämpade och remitterar sådana patienter till terapeut, i regel utan någon medicininsättning.

Slutligen frågan om diagnostiska manualers värde i vårt arbete. Förvisso är det svårt att sätta diagnos på patienter som presenterar en komplicerad livsproblematik, som de vill ha hjälp att lösa, men knappast företer någon egentlig psykopatologi. Men då är det kanske inte ett fall för psykiatrin? Om vi håller oss till

patienter som företer någon form av psykopatologi så har DSM-III – IV och ICD-10 varit oss till mycket stor hjälp. Den enhetliga diagnostiken har gjort att vi för första gången kunnat jämföra resultat av behandlingar över länder och kontinenter, och metastudier har kunnat mynna ut i generella behandlingsrekommendationer, sk evidensbaserad vård. Vi är inte längre hänvisade till subjektivt tyckande om vad som har effekt och vad som inte har det. Jag föreställer mig att detta höjt verkningsgraden på våra insatser enormt och att tveksamma eller rentav skadliga metoder successivt sorteras ut.

Därmed är denna debatt avslutad för min del.

Henrik Jonsson
Docent, överläkare
Vuxenpsyk klin, Kronobergs läns landsting

Svensk Psykiatri 2008, 3, sid 34.

Svensk Psykiatri 2008, 2, sid 45.

Svensk Psykiatri 2007, 3, sid 32-34.

Ottosson, J-O, Psykiatri, sid 10, 2004, Liber.





*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– Brett sortiment till lägre pris

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

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

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

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

© IMS Health, kostnad per expedierad ODD 2007.

actavis
creating value in pharmaceuticals

Machiavelli - en managementkonsult i tiden

"Om någon grundar sin makt på legotrupper, kan han aldrig vara säker på sitt herravälde, ty legosoldaterna är oeniga, maktlystna, tygellösa och trolösa, de är modiga och djärva bland vänner, men fega inför fienden... Detta beror på att de inte drivs att ligga i fält av fosterlandskärlek eller av någon annan orsak än den att få en låg sold, som inte är stor nog att göra dem villiga att dö för dig."

Nicolò Machiavelli har gått till historien för sin beskrivning av olika ledarstilar i boken "Fursten". Genom de sekel som gått sen han skrev boken år 1513 har texten tolkats på olika sätt utifrån den aktuella samtidens diskurs. Boken och upphovsmannen har i huvudsak kommit att bli synonym med beskrivningen av en ofantlig makthunger och refereras ofta till på detta sätt. Begreppet "machiavellisk" har blivit synonymt med att vara makthungrig.

Boken skrevs som en "gåva" till den florentinske härskaren Lorenzo de Medici. Förordet och det sista kapitlet är båda mycket insmickrande, författaren ställer sig där in hos den då aktuella makthavaren och prisar hans förutsättningar för storhet samtidigt som han uppmanar honom att tillämpa innehållet i boken för att lära sig hur fallgroparna i härskandet ser ut. Han utlovar också ett lysande resultat för den som tillämpar bokens insikter, givet att tiden är den rätta för ett maktövertagande. Resten av boken är en genomgång av olika perspektiv kring erövrandet och härskandet, ett efter ett belyser han de sätt som tidigare furstar tillämpat och som ibland lett till framgång men oftast till att härskaren till slut blir avsatt eller dödad av motståndare inifrån landet eller från omvärlden.

De råd han ger till ledare för riken är starkt förankrade i den tid han lever i men går i många stycken ändå förbi sin egen tid och förebådar en modernitet i ledarhänseende då hans slutsatser i stort inte är att en ledare kan härskas genom oinskränkt makt som inte är förankrad i det rike han härskar över, inte ens om han tar livet av alla sina fiender. Den framtid Machiavelli målar upp är en där härskaren, för att kunna utföra sitt värv, måste omge sig med rådgivare från rikets alla delar och klasser på ett sådant sätt att alla upplever att de har något väsentligt att säga till om och dessutom får sin försörjning garanterad på ett sätt som borgar för lojalitet. Detta är mig veterligen första gången en parlamentarisk idé formuleras och precis i den här tiden börjar en rörelse i samhällssystemen från ett feodalt härskande till ett modernt härskande.

Den psykiatriska vårdapparaten har under långa tider brottats med svårigheter som har att göra med de olika medarbetarnas olika kunskapsbas och att det har blivit svårt att göra den psykiatriska kompetensens röst hörd i bruset från olika åsikter. I mycket har det varit till godo för våra patienter, att olika perspektiv kunnat brytas och i bästa fall bidragit till en vård som varit till gagn för den enskilde.

I vissa delar har de olika tyckandena verkligen bromsat en meningsfull vård. Varje tid kommer möta sina svårigheter och de problem psykiatrin nu brottas med på många platser är ju brytningstidens problem, olika kliniska perspektiv (inte bara debacle kring vetenskapsperspektiv) ställs mot varandra på ett mer polemiskt sätt. Nya behandlingsmetoder introduceras som kräver ett mer programrelaterat arbete som en stor mängd medarbetare inte gillar eller där man hävdar att man inte är van vid formaliserade rutiner och därför inte kan/vill göra jobbet på det sätt som begärs.

Till skillnad från det feodala Italien på femtonhundratalet så står inte liv och död i fokus för konflikter på arbetsplatserna men problemen med att leda en psykiatrisk verksamhet kan mycket väl få belysning ur Machiavellis bok. Det finns ett flertal komplikationer nämnda som vi kan känna igen ur vår egen vardag.

Ett centralt problem i psykiatrin av vår tid är bristen på psykiatrer och att marknaden samtidigt är full av firmor som hyr ut läkare. Kombinationen av parallell brist och tillgång leder till tillfälliga lösningar för bemanning och borgar för en bristande kontinuitet samtidigt som man vet att arbetet under en begränsad tid blir gjort av en person som vet att arbeta för sin lön och inte för sin lojalitet till en verksamhet. Problemet är likt det som Machiavelli beskriver i kapitlet "Om olika slag av stridskrafter och om legosoldater" där hans syn på inhyrd kraft formuleras i citatet som inleder artikeln. Såväl på den tiden med soldater som nu med läkare, blir man ibland tvungen att förlita sig på inhyrd hjälp men blir belastningen för stor så gick dåtidens soldater till någon annan furste och dagens hyrläkare kan gå vidare till en annan arbetsplats där problemen är mindre uttalade.

Det finns en genomgång av olika karaktärsdrag som, inför en grupp leder till respekt eller till förakt där de "positiva" egenskaperna i motsatsparen generositet – snålhet, girighet – givmildhet – rovgirighet, barmhärtighet – grymhet, alla bidrar till en minskad respekt från undersåtarna genom att alla dessa godheter genererar större krav från de personer som givits det goda. Ledaren kan, enligt det här resonemanget, bara få respekt från de sina om han med omsorg fördelar sina gracer och däremellan bevakar sina intressen med en skarpheit som också kräver att han kan tillämpa de "negativa" egenskaperna. De flesta av oss kan känna igen det hela, en chef som försöker vara "kompis" fungerar inte lika bra och de allra flesta väl fungerande chefer har en större portion psykopati än normalbefolkningen och kan bara därigenom upprätthålla sina medarbetares respekt eftersom chefen då visar att verksamhetens intresse prioriteras. Balansgången är svår, det kräver stora uppoffringar och ett målinriktat arbete som skall kunna delas av alla medarbetarna, något som kanske blir än svårare i en psykiatrisk värld där alla olika perspektiv och känslaspekter av hävd brukar vägas in på vägen mot handling.

Daniel Frydman

SP Redaktion

Johan Cullbergs resestipendium

Till ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri!

De studieresor jag gjort, till bland annat New York, Boston, Melbourne, Åbo samt Oslo har alla varit lärorika och betydelsefulla för min psykiatriska förståelse. Jag skulle unna kollegor i psykiatrin, företrädesvis på ST-nivå, att få tillbringa någon tid vid en psykiatrisk klinik någonstans i världen med aktiv klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling.

Det vill jag möjliggöra genom att utlysa två stipendier om högst 30 000 kr, ett om högst 40 000 kr respektive ett om högst 50 000 kr för år 2009. Utfaller det väl kommer motsvarande stipendiesumma att utlysas för året därpå. Stipendierna avser att täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period, säg två - fyra veckor, i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn medtas så är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker. Om kostnaden understiger maxbeloppet kommer överblivna medel att kunna gå till en annan stipendiat.

Min tanke är att stimulera en gärna odisputerad vuxenpsykiatrisk, rättspsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatriskt inriktad kollega till i första hand kliniskt tänkande. Medlen gäller alltså psykiatrisk fördjupning - inte egen forskning.

Krav för ansökan

Kortare CV.

För att få stipendiet behöver man skriva till någon ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, berätta om sina intressen och fråga om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas. En kortfattad redogörelse för avsikten och målet med den önskade resan och vilken/vilka personer som man kontaktat och som är villiga att ta emot ska ingå i ansökan. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket. Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor.

En ekonomisk plan inkluderande rese- och rimliga uppehållskostnader ska bifogas. (Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.)

Redovisning

Efter resans genomförande en kort (1 - 3 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, gärna i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.

Kort ekonomisk redovisning.

Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande SPFST konferens.

Ansökan ska senast vara stipendienämnden tillhanda den 31 mars 2009. Så sätt igång med att diskutera med kollegor och läs de färskaste tidsskrifterna för att se var du tycker det sker spännande saker! Det går även mycket bra att maila till framstående personer och fråga om man kan få komma. För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem!

För information om var du ska skicka anmälan och stipendiet gå in på www.spfst.svenskpsykiatri.se och klicka på Johan Cullberg Resestipendium.

Om direkta frågor om stipendiet uppstår kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se.

Observera att i det här fallet är bristande erfarenhet en merit såvida du är starkt intresserad av psykiatri och vill få veta mera!



Stockholm hösten 2008

Johan Cullberg
SPF och SPFST

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar. Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Glöm inte att skriva under texten med vem som skrivit och vilken titel Du har.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Spaning från APA 2008 i Washington

Årets amerikanska psykiatrikongress gick av stapeln i Washington DC i maj. Vädret var soligt och värmen tryckande. Rosorna var fullt utslagna liksom ginkoträdens löv. Hemresedagen kom regnet i rikliga mängder. Staden Washington är vacker med regeringspalats, museer och vackra gamla radhus. Delar av staden är tyvärr förslummad och farlig att vistas i för turister även dagtid.

Kongressen var som vanligt välbesökt och föredragen och symposierna var fullproppade med intressant och kliniskt relevant information. Här är några axplock.



De symtom vi brukar tolka som prodromal schizofreni kan visa sig utvecklas till bipolär sjukdom i upp till 20 % av fallen. Barbara Cornblatt, barnpsykiater i New York beskrev det projekt för tidig upptäckt av schizofreni som hon arbetar med. En del mycket intressanta fynd har gjorts. Dels att tidig behandling med antidepressiva läkemedel kanske kan ha en mera positiv effekt på patienterna än behandling med antipsykotika. Dels att det är angeläget att försöka hitta de ungdomar i gruppen som kommer att utveckla en bipolär sjukdom, eftersom antidepressiva läkemedel kan vara olämpliga att använda för dem p.g.a. risken för att utlösa en mani. Man försöker nu att hitta faktorer och symtom som kan tala för bipolär sjukdom snarare än för schizofreni för att kunna se vilken behandling som fungerar för vilken grupp. En sådan faktor kan vara störd dygnsrytm. Läs gärna artikeln om detta. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. Correll CU et al Schizophr Bull. 2007 May;33(3):703-14. Epub 2007 May 2

Fibromyalgi har länge av många läkare ansetts vara en icke-sjukdom, eftersom den framför allt drabbar kvinnor som är fysiskt otränade och eftersom inga patologiska fynd har gjorts vid biopsi av områden som uppvisar hög känslighet för smärta. Prevalensen har beskrivits som 3-5 % och dessa patienter utgör en mycket stor andel av reumatologernas patienter. Ett intressant symposium belyste nya fynd i sjukdomen. Professor Daniel J. Clauw beskrev att de diagnostiska kriterierna utformats på ett sätt som gjorde att män med sjukdomen missades. En mycket hög samsjuklighet med andra sjukdomar har hittats - både med IBS och med spänningshuvudvärk, men särskilt med psykisk sjukdom där samsjukligheten med bipolär sjukdom är extremt hög med OR på 153. Fibromyalgi uppfattas nu som orsakad av störd smärtreglering. Icke-farmakologisk behandling som anses fungera är fysisk träning och kognitiv terapi. Den farmakologiska behandling som hittills förefaller ha effekt är duloxetin eller pregabalin.

Antidepressiva läkemedel har länge varit en hörnsten i behandlingen av bipolär sjukdom. Flera av de mest namnkunniga

forskarna på området deltog i ett symposium som granskade evidensen för detta. I panelen satt bl.a. Robert Post, Nassir Ghaemi, Frederick Goodwin, Michael Thase och Lori Altshuler. Man enades om att det inte finns någon evidens för att behandling med antidepressiva läkemedel skulle innebära någon fördel för majoriteten av personer med bipolär sjukdom, utan snarare en möjlig orsak till destabilisering av sjukdomen. Kanske högst 20 % av patienterna kan ha nytta av denna grupp läkemedel. Robert Post menade att det är angeläget att tidigt identifiera personer med depression som kan ha en bipolär sjukdom för att undvika att exponera dem för antidepressiva läkemedel och för att direkt välja annan behandling.

I motsats till vad vi kanske hittills har trott ansåg Robert Post att man sannolikt bör undvika både SSRI och SNRI för dessa patienter och i stället välja bupropion.

Han menade att SSRI sannolikt påverkar patienternas sömn negativt och därför kan destabilisera den bipolära sjukdomen.

På kongressen gick man också igenom evidensbaserad diagnostik och behandling av depression och av OCD med den metod som kallas Focus live. Psykiatrikerna kan där i grupp i föreläsningssalen själva testa sin egen kunskap med hjälp av frågor och mentometerröstning och får sedan direkt höra det rätta svaret på frågorna. Charles Nemeroff höll i depressions-Fokus och John Greist i OCD-sessionen. Detta är en intressant metod för lärande som vi borde kunna pröva i Sverige. Kanske kunde vi pröva den när de nationella riktlinjerna för depression och ångest har kommit.

Nästa år är APA i San Francisco 16-21 maj 2009. Det är den amerikanska psykiatriska föreningens nr162! Åk dit om du kan. Det är världens största kliniska psykiatrikongress med ett mycket stort utbildningsvärde och med ett utbud av ett mycket stort antal CME-kurser som du kan delta i. CME-kurserna blir snabbt fullbokade, så se till att boka kursen där i god tid hemifrån. Och passa på att ta med dig hem idéer om hur vi skall kunna lyckas med att utveckla och förbättra vår kontinuerliga fortbildning här hemma och göra den tillgänglig för alla som arbetar inom psykiatrin.

Christina Spjut

Om ledarskap i psykiatri:

Mini-intervju med Frank Hoyles, psykiatriker, bosatt i Falun.

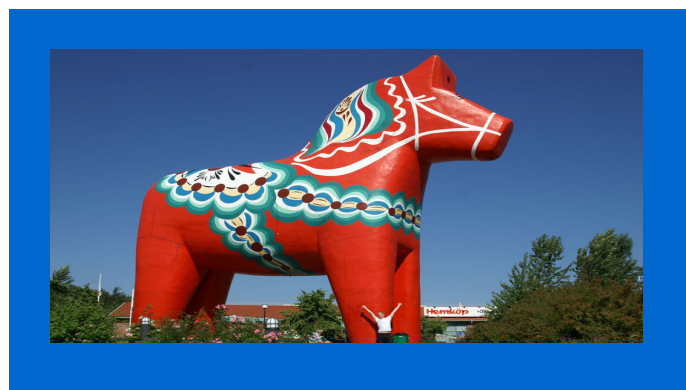
Fråga: Vill du berätta lite om din professionella bakgrund?

Svar: Jag har varit leg läkare sedan 1992 och blev specialist i psykiatri 1997. Jag har arbetat som överläkare inom allmänpsykiatri, både slutet och öppen vård, på flyktingmottagningar och inom missbruksvården. Sedan ett par år arbetar jag som egen företagare på längre kontrakt, upp till sex månader, på olika psykiatriska vårdinrättningar.

Fråga: Du har alltså valt att inte arbeta som landstingsanställd. Varför?

Svar: Jag lämnade landstinget eftersom arbetssituationen var så otillfredsställande. Mycket ansvar men små möjligheter att påverka patienternas situation. Jag hade dessutom alldeles för lite inflytande över viktiga beslut om vårdens innehåll.

Nu kan jag sätta gränser för vilket ansvar som jag är beredd att ta. Jag kan välja arbetsplats, lämplig vidareutbildning m.m. så mitt yrkesliv är mer tillfredsställande än tidigare.



Fråga: Men hur kan du nu påverka psykiatrins utveckling?

Eftersom jag förut hade små möjligheter att påverka så har det inte blivit någon förändring till det sämre.

Fråga: Vad anser du vara psykiatrikerns roll inom psykiatri för ledning och utvecklingsfrågor?

Svar: Jag tror att vår roll är helt enkelt att stå för vetenskap och beprövad erfarenhet. Det betyder att vi har/ska ha en nyckelposition i psykiatriska team. Till vår hjälp har vi ju också ett nätverk av kollegor och forskare på alla nivåer från universitetskliniker till mindre öppenvårdsmottagningar. Jag ser Internet, videokonferenser, regelbundna träffar och dylikt som en integrerad del av detta nätverk.

Fråga: Är det din vardag idag?

Svar: Nej, tyvärr. Min verklighet är inte riktigt på denna nivå. Den består av möten, riskbedömningar, sjukskrivningar, recept iterationer och tack och lov en hel del patienter.

Fråga: Hur ser du på läkarrollen inom psykiatri jämfört med somatiken?

Svar: Personal inom psykiatri deltar oftare i beslutsprocesserna och de fattar betydligt oftare viktiga, kliniska beslut. Det finns många orsaker till det, inklusive tradition, läkarbrist, antipsykiatrisk ideologi och en allmän kunskapsökning. Icke-läkare har fått ökat inflytande med ökade behandlingsmöjligheter och läkarkåren är beroende av deras kunskap och engagemang.

Per Lindqvist

SP redaktion

Goda nyheter - totalt 22 SK-kurser under 2009!

Aldrig tidigare (?) har så många SK-kurser kunnat erbjudas inom specialitetsområdena Psykiatri/Rättspsykiatri/Barn- och Ungdomspsykiatri. Totalt 22 SK-kurser finns tillgängliga under 2009 för ST-läkare inom dessa specialiteter.

Bakgrunden till att ett så stort antal kurser nu erbjuds är att IPULS fått ett extra tillskott från Socialdepartementet för att utöka SK-kursverksamheten.

Den fullständiga förteckningen över erbjudna kurser finner du på IPULS' hemsida www.ipuls.se. Bland annat erbjuds två olika kurser i psykiatrisk diagnostik, varav den ena kommer att tillämpa omvänd prioriteringsordning, dvs ST-läkare tidigt i sin ST-utbildning kommer i första hand att prioriteras vid antagning till utbildningen då denna kunskap är viktig att erövra redan tidigt under ST-tjänstgöringen. På några års sikt planeras att den utvidgade ST-utbildningen i METIS' regi kommer att erbjuda just det; rätt utbildning vid rätt tidpunkt under ST-tjänstgöringen. Detta till skillnad från vad som ofta varit fallet tidigare, nämligen att tillträde till attraktiva ST-kurser gjorts möjlig först sent under ST-tiden.



Lise-Lotte Risö-Bergerlind,
vice ord SPF's styrelse,
ordf SPF's Utbildningsutskott

Dan Gothefors
facklig sekr SPF's styrelse
sekr SPF's Utbildningsutskott

Voxra® nu med
i förmånssystemet som
andrahandsval med begränsning

9000000000000000



Kalendarium

15 - 19 nov 2008
Neuroscience 38th Annual meeting
Washington DC, USA

1-4 april 2009
International Congress of the World Psychiatric
Association
Florens, Italien

26 - 28 nov 2008
Riksstämman
Göteborg, Sverige

16-21 maj 2009
American Psychiatric Association 162nd annual
meeting
San Francisco, USA

24-28 januari 2009
17th European Congress of Psychiatry
Lissabon, Portugal

28 juni - 2 juli 2009
9th World Congress of Biological Psychiatry
Paris, Frankrike

28-30 januari 2009
SPFST:s konferens
Gimo, Sverige

12-16 september 2009
22 nd ECNP Congress
Istanbul, Turkiet

11 - 13 mars 2009
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg, Sverige

22 - 25 sep 2009
29th Nordic Congress of Psychiatry
Stockholm, Sverige

1 - 3 april 2009
Vårmöte, BUP
Linköping, Sverige

22 - 26 sep 2009
ESCAP
Budapest, Ungern



20 miljoner patienter har fått hjälp.

Mot överdrifter bortom allt förnuft.



Under tio år har Zyprexa (olanzapin) hjälpt över 20 miljoner människor tillbaka till ett bättre liv.¹ En snabb och effektiv behandling mot schizofreni och bipolär sjukdom.^{2,3} Tillsammans med läkare och behandlingsteam ger Zyprexa effektivt skydd mot återfall och hjälp att komma vidare i livet.⁴ Framtiden ser bättre ut för allt fler.



10+
År av erfarenhet
att hjälpa patienter
att leva bättre

¹ Ball P, et al. *Lancet* 2001; 357: 1143-1151.

² Wright et al. *Am J Psych* 2001; 158: 1143-1151. Tishon et al. *Arch Gen Psych* 2002; 59: 82-90.

³ Cullen et al. *Arch Gen Psych* 2003; 60: 668-674. Tishon et al. *Am J Psych* 2003; 160: 1391-1400.

⁴ Bandy et al. *J of Clin Psychopharmacology* 2003; 23: 692-694. Tishon et al. *Am J Psych* 2003; 160: 247-255.

Plädering för en tvåspråkig psykiatri

Utgångsläget

Det lär inte ha undgått någon att psykiatrin är i kris, att den inte klarar sin uppgift, att den varken har kollegernas, patienternas eller allmänhetens förtroende. Kollegerna tycker att vi är konstiga som inte kan och inte vill förstå våra patienter. Klarsynta patienter läser självhjälpslitteratur eller vänder sig till privatpraktiker. De inser även KBT:s begränsningar och söker sig precis som psykologstudenterna till den kulturbärande dynamiska psykoterapien. Under ett års tid har jag beskrivit de problem vilka idag gör den offentliga psykiatrin till en förenklad och ytlig disciplin som förlorat den djupare kunskapen om psykiskt liv och psykisk problematik [1,2,3,4]. Jag skall här sammanfatta denna problematik, som handlar om vår syn på patienten och på det psykiatriska symptomet.

Synen på patienten

När det gäller vår syn på patienten går den stora skiljelinjen mellan dem som ser sin patient som ett subjekt och dem som betraktar henne som ett objekt.

Den psykiater som ser sin patient som ett (potentiellt) subjekt möter henne som en jämlike med den respektfulla inställningen att det säkerligen finns skäl till att hon utvecklat sin symptomatologi, söker med sin vänliga, intresserade och accepterande attityd etablera en klagorörelse och därmed meningsskapande dialog för att tillsammans med henne förstå hur det gick till. Redan detta välvilliga, inkluderande intresse medför att patienten återfår en del av sin värdighet och att symptomet ter sig mindre konstigt. Patienten kan slappna av och vågar snart ge sig in i ett utforskningsamtal för att förstå problemet. (Detta att förstå ett problem, det handlar till syvende og sist om att urskilja konflikten eller konflikterna.) Patienten ser möjligheter öppna sig, får kontakt med sina progressiva sidor, engagerar sig och börjar röra sig bort från det regressiva passiva, oansvariga och dependenta och i riktning mot förståelse av problemen, urskiljande av de olösta konflikterna och sökande efter den för henne optimala lösningen på det mänskliga problem hon fastnat på. Detta är vad man kallar terapeutisk hållning. Det går förstås inte alltid lika snabbt, för ju längre patienten haft sina problem och ju mindre av terapeutisk hållning hon mött under sin sjukkarriär, desto mer försvarade, inbäddade, pålagrade och förskansade har hennes olösta konflikter, de ursprungliga livsproblemen, hunnit bli. De groteska och petrifierade inslagen i patientens symptomatologi vittnar om dessa iatrogena bidrag [3].

Den psykiater, däremot, som ser sin patient som ett objekt möter henne inte som jämlike utan som medicinsk expert på sinnessjukdom, eller sjukdomar i hjärnan [5,6], vilka han ser som sin uppgift att diagnostisera och för patienten namnge samt att för henne föreskriva de för dagen bästa medicinerna tillsammans med prognostiska upplysningar om det livslånga lidandet och de begränsningar sjukdomen medför, behov av fortlöpande läkarkontroll, men också alla samhälleliga stöd, bidrag och

förmåner som sjukdomen berättigar till. Med tanke på att psykiatriska tillstånd med några få undantag i grund och botten är livsproblem, vars känslomässiga och kognitiva hantering faller ut med större eller mindre psykologiska och adaptiva katastrofer som följd, finns det skäl att påstå, att denna hållning innebär en avsevärd medikalisering och mystifiering av förhållanden som normalbegåvade människor inte har några svårigheter att förstå. Att medikalisera innebär dels att framställa icke-medicinska ting som medicinska, dels också att framställa mänskliga problem och skäligen banala psykiska symptom (exempelvis ångest) som sjukdomar i sig. Förskrivningen av sedativa och antidepressiva mediciner återspeglar den objektifiering och medikalisering vi talar om men ger dessutom uttryck för ett underskattande av patientens potential. Ångest och förstämning medicineras bort och många gånger erbjuder man ett farmakologiskt substitut för felande jagfunktioner, även när patienten skulle klara sig utan en sådan krycka. Detta är allvarligt, då det motverkar konfliktlösning och jag-utveckling i stället för att stimulera därtill. Överhuvudtaget uppmuntras regressivt beroende, inte minst av sekundärvinster, regressiv passivitet och en destruktiv symbios mellan patient och psykiatri, en klientisering, som på sikt leder till kronisering och utslagning.

Synen på det psykiatriska symptomet

När det gäller vår syn på det psykiatriska symptomet går den avgörande skiljelinjen mellan att närma sig patientens symptomatologi som något begripligt eller något sjukt.

Ur hermeneutisk synpunkt är det psykiatriska symptomet fullt ut begripligt och ur denna synvinkel handlar förståelsen i slutändan om att urskilja den olösta konflikt som patienten gått bet på. När patienten ser sin konflikt blir hon fri att välja en annan lösning än den symptomatiska. Givetvis ligger det i hennes intresse att välja en lösning som inte stänger in henne i en begränsande och hämmande, smärtsam och förnedrande sjukroll. Konfliktlösning leder därmed till eliminering av symptomet och öppnar en väg ut ur den adaptiva, emotionella och utvecklingsmässiga återvändsgränd som sjukrollen utgör. Med symptomet eliminerat kan diagnosen demonteras och behandling utsättas eller från början avvaras. Därmed begränsas, hämmas och inskränks individen inte onödigtvis av problemkomplex och befrias från utvecklingsmässiga bromsklossar.

Ur medicinsk synvinkel, däremot, är det psykiatriska symptomet ett sjukdomstecken eller rentav en sjukdom i sig, som exempelvis ångestsjukdom, vars eventuella begriplighet är ovidkommande när doktorn ställer diagnos på en till hjärnan lokaliserad [5,6] men likväl neurologiskt och neurokirurgiskt oåtkomlig sjukdom och föreskriver patienten behandling. Medicinering, som det oftast blir fråga om, dämpar eller eliminerar i bästa fall symptomet men lämnar dess upphov därhän. Problemen, det vill säga de olösta konflikterna, kommer således att finnas kvar men förhindras farmakologiskt att fullt ut begränsa, hämma och inskränka individen. Olösta problemkomplex kommer emellertid alltid att i någon mån negativt påverka hennes välbefinnande och hennes personlighetsmässiga utveckling och mognad.

Varför motsättningarna varit så svåra att lösa

Det finns i huvudsak två skäl till att motsättningar inom psykiatrin kunnat bli så gamla. Det ena skälet är det faktum att vilken syn man än har på sin patient och hennes symptom så kommer denna syn att bestämma ens hållning och därmed att

fungera som en självuppfyllande profetia och bli självbegränsande. Praddoktorerna finner således att psykiatrisk problematik faktiskt är begriplig (vilket den mycket riktigt är för dem som förhåller sig som hermeneutiker), medan pillerdoktorerna dagligen och stundligen får bekräftelse på motsatsen (vilket är alldeles sant, förutsatt att han just förhåller sig som pillerdoktor).

Det andra skälet är den gamla föreställningen att man är fri att välja, det vill säga välja bort, den ena av våra två huvudsakliga referensramar.

Praddoktor eller pillerdoktor?

Det finns några frågor som ingen psykiater kommer undan. Vilken sorts psykiatriker vill vi vara? Framför allt, vilken sorts psykiatri gynnar bäst våra patienter? Och våra huvudmän, de som ska betala notan? Det kan förefalla som om vi måste välja mellan att bli hermeneutiker eller naturvetenskapliga doktorer, praddoktorer eller pillerdoktorer, men det är en missuppfattning. Praddoktorerna blir väldigt ställda utan en naturvetenskaplig krycka att erbjuda den patient som är så illa där att hon tills vidare inte klarar att ta itu med sina problem utan en sådan. Pillerdoktorerna å sin sida tenderar att utan förståelse bli en mycket antiterapeutisk, fyrkantig och oförstående psykiater.

Plädering för en tvåspråkig psykiatri

De brister vi ser i psykiatrin sammanhänger med den som breder ut sig och som får både patienter, kollegor och allmänhet att skaka på huvudet. Vi behöver varandra och varandras specialkunskaper. Det duger inte att välja bort den ena halvan av det psykiatriska kunnandet [7]. Vi måste allihop vara tvåspråkiga och kunna prata hermeneutiska lika bra som medicinska. Jag kan inte se någon annan möjlighet för vår specialitet att komma ur den utvecklingsmässiga återvändsgränd där den med Socialstyrelsens goda minne sedan länge befinner sig. Det är en gåta att man accepterar att psykiatriker väljer bort hälften av den erforderliga kompetensen. I vilken annan specialitet tillåter man det?

Claes Davidson

**Leg. läk. Spec. allm. psykiatri Leg. psykoterapeut
Privatpraktiserande psykoterapeut**

Referenser

- Davidson C. Inte ett öre till den offentliga psykiatrin! Svensk Psykiatri 2007;3
- Vilse i pannkakan (kommentar till [5]. LT:s webbsidor 2008-04-28
- Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet. LT 2008:16
- Fantasi och verklighet i Kronoberg. Svensk Psykiatri 2008;3
Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! LT 2008;105:1120
- Intellectuell reda inom psykiatrin krävs för att vi ska kunna påverka. LT 2008:39
Ottosson J-O. Den medicinska modellen otillräcklig i psykiatrin. LT 2008:42

CME-kurser på Riksstämman

Våra CME-kurser äger rum på Ullevi konferens och kostar 1500:-

IPULS har granskat och godkänt samtliga CME-kurser. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se
Du anmäler Dig enkelt på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Onsdag 26/11

09.00 -12.00

Neurokemisk bakgrund till beroende, behandling av alkoholism enligt nationella riktlinjer samt ADHD med beroende

Jörgen Engel

Bo Söderpalm

13.00 -16.00

Diagnostik och utredning av transsexualism

Bengt Lundström

Torsdag 27/11

09.00 -12.00

Ångest och KBT

Christian Rück

Erik Hedman

ECT

Martin Hulten

13.00 -16.00

Läkemedelsbehandling vid schizofreni

Mussie Msghina

Ätstörningar

Ninni Hjalmer

Cecilia Pettersson

Fortsättning från sidan 23

Några slutord:

Till sist vill vi som projektledare gärna säga att det första METIS året har varit roligt men arbetsamt. Det har varit en utsatt position men med mycket positiv och konstruktiv feedback från entusiastiska ST-läkare, kollegor och alla möjliga människor med intresse för utbildning och tjänstgöringsfrågor. Vi riktar ett stort tack till alla ni som bidragit till att METIS projektet rullar på i planerad fart och **riktning**. Detviperonligen "bärs" framavärendgrundmurad tropåttendehär förändringen kommer att höja kvaliteten på ST och ge kompetenta ST-läkare, som är trygga i sin roll som psykiatriker. Vi hoppas kunna dela med oss av den övertygelsen till många under 2009. Gå gärna in på vår webbsida www.metisprojektet.se och läs mer.

PS Hoppas på återseende på Riksstämman i Göteborg där vi år delar monter med SPF. DS

**Kajsa B Norström och Raffaella Björck
Projektledare för METIS projektet**

Kallelse till ordinarie möte (årsmöte) i Svenska Psykiatriska föreningen

Dagordning

Tid: Torsdag den 12 mars 2009 klockan 16:00

Plats: Bergakungen på Skånegatan 16, Göteborg

Årsmötet öppnas

Val av ordförande för mötet

Val av sekreterare för mötet

Val av två justeringsmän

Godkännande av kallelse

Fastställande av föredragningslista

Behandling av

styrelsens verksamhetsberättelse

skattmästarens redogörelse

revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning

Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår

Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts

mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar

Föreslagna stadgeändringar §8

Val av ledamöter till styrelsen enligt §10

Val av revisorer och revisorssuppleanter

Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa

Val av valberedning

Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige

Övriga frågor

Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors

Sekreterare i SPF

Christina Spjut

Ordförande i SPF

Förslag till ändring av SPF's stadgar

Bakgrund:

Med anledning av att flera medlemmar inte betalar sin medlemsavgift föreslår styrelsen följande ändring av stadgarna:

Nuvarande formulering:

§ 8. Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte fastställd avgift. Hedersledamot är befriad från årsavgift.

Medlem som underlåtit att betala avgift under två på varandra följande kalenderår anses ha utträtt ur föreningen.

Föreslagen ny formulering:

§ 8. Medlem erlägger årligen till föreningen av föreningsmöte fastställd avgift. Hedersledamot är befriad från årsavgift.

Medlem som underlåtit att betala årsavgift anses ha utträtt ur föreningen till nästföljande år

Hans-Peter Mofors

Sekreterare i SPF

Forts. från sidan 33

Vilka frågor har varit viktigast under ditt år som ordförande i EFPT?

Att fortsätta förvalta en öppen och demokratisk atmosfär "The spirit of EFPT". EFPT är en genuint demokratisk organisation där vi diskuterar många olika ämnen. Under året arbetar vi via webforum och sedan sitter vi i sammanlagt tre dagar och utformar "statements" dvs. den policy som EFPT ska föra ut till olika samarbetsorgan inom Europa t.ex. WHO, UEMS, som är EU's samarbetsorgan för alla specialiteter när det gäller utbildning och forskningsfrågor, EU, EUFAMI, Europeiska Federationen för Brukar och Anhörig Föreningar samt WPA Världs-Psykiatri-Organisationen.

Just nu försöker vi som organisation också bli mer officiella i den bemärkelsen att vi håller på att registrera oss i Belgien som en "Non governmental and non-profitable organisation" Det har tagit tid att utarbeta stadgar och sedan är inte den belgiska statliga administrationen helt lätt att förhålla sig till. Men jag har personligen lärt mig mycket om europeiskt arbetssätt både när det gäller internt inom organisationen som externt med alla de kontakter man har som ordförande.

Varför ska svenska ST-läkare intressera sig för EFPT?

Därför i EFPT finns våra blivande europeiska kollegor! Vi träffar dem både när vi åker ut till andra länder och arbetar som psykiatriker och här hemma, med de kollegor som kommer och arbetar hos oss. Det är bra att ha systemkunskap om andra länders psykiatri och utblicken kan göra oss både ödmjuka och samtidigt stolta. Vi har i Skandinavien, på många sätt, en fantastiskt välfungerande psykiatri och samtidigt finns det psykiatri i Europa som vida överstiger det vi gör. Så om man är intresserad av psykiatri och har ett omvärldsintresse så är EFPT en organisation som man ska ha ögonen på. Det ger ST-läkaren i psykiatri ett bra nätverk som man bland annat kan diskutera dagsaktuella frågor med och som kan hjälpa ST-läkaren vidare om man vill hospitera i annat land. Det är bara att logga in på Yahooogroup EFPT general och be om att få vara med i diskussionsforumet eller gå in på hemsidan www.efpt.eu!

Ledarskap, handledning och kaos

Inom de psykiatriska fälten finns många processer som måste ledas i olika avseenden. Här finns välfungerande och mindre väl fungerande chefer och ledare med klara mandat från såväl sin ledning som från sin personal, andra som har mandat från den ena gruppen men inte från den andra. Det finns både bra och dåliga ledare som helt saknar formella mandat. Det finns anledning att fundera över vem som leder, vad på vilket sätt och på vems uppdrag inom psykiatrin. Inom de psykiatriska disciplinerna finns skilda fora för informationsutbyte, rådslag och beslutsfattande. I administrativa konferenser avhandlas personalfrågor, i fallkonferenser handlar det om diagnostik och behandlingsupplägg och handledning handlar det om genomförandet av behandlingsupplägg. Gränser mellan dessa konferenser kan tyckas klar på pappret och i organisationsplanen, men kan vara oklara i praktiken.

Jag ska nöja mig med att resonera utifrån handledningen. Denna kan ha olika uppläggning. Två av de viktigaste variablerna är huruvida handledaren är intern eller extern och om chefen deltar i handledningen eller ej. Den interna handledaren har kulturkompetens och lojaliteter inom organisationen, Den externa har vanligen mindre kulturkompetens, åtminstone specifik sådan och större autonomi. Deltar chefen kan övriga gruppens upplevelse av "takhöjd" i handledningen påverkas. Chefens är delaktig i gruppens process och medveten om innehållet i samtalen i handledningen. Deltar chefen inte ökar takhöjden sannolikt, chefen saknar kunskap om hur handledningen har bedrivits och dess innehåll. Här finns egentligen som jag ser det inget rätt eller fel, bara tillvägagångssätt som får olika konsekvenser.

Vad gäller beslut, kan sådana tas i handledningen beträffande hur genomförande av det beslutade behandlingsupplägget ska gå till. Ibland tillkommer ny information som är relevant för behandlingens inriktning och då bör förnyad ställning tas i fallkonferensen. Som handledare har man vanligtvis ett uppdrag som fokuserar på patientarbetet. Handledningen ska handla om falldragning och strategier för genomförande av beslutad behandling. När man möter handledningsgruppen kan dess medlemmar befinna sig långt från detta fokus. De är inte sällan efter min erfarenhet upptagna av omorganisationsproblem, inre konflikten, hot mot enhetens existens, ålägganden som de inte tycker sig klara av, underbemanning, upplevelse av brist på gehör för sina behov med mera. Som handledare har man ett dilemma. Håller man benhårt på uppdraget, hänvisar till kontraktet - fallhandledning - kan man, även om man ställer sig förstående till deras svårigheter att fokusera på patienterna, antingen få igång en motvillig och tämligen intetsägande process, ett pliktskyldigast resonande, för att i stunden vara handledaren till lags. Vid enstaka tillfällen kan man som handledare "vända skutan" och få igång ett konstruktivt arbete med ett fall. Ofta tappar man dock dessvärre i arbetsallians med gruppen och upplevs som oförstående och rigid. **Ger man sig in på att föra ett samtal om det som upptar gruppen kan andra problem vänta.** I bästa fall kan man få de problem gruppen är upptagen av under kontroll genom att tillsammans identifiera i

vilket forum de bör diskuteras, hänskjuta dem dit och sedan börja tala tillsammans om patientarbetet. Inte sällan dras man dock in i samtalet om det problem gruppen upplever och då kan det uppstå konsekvenser som sällan blir tydliga förrän i efterhand, konsekvenser som har direkt bäring på ledarskapet av enheten. Som handledare kan man vara van vid att försöka inta en position i vilken gruppen tycks ha mest nytta av en i den process man tillsammans är inne i. Det kan skapa problem när man är inne i en annan process är den som är fastställd i kontraktet - falldragning. Det är lätt att börja ge synpunkter och kommentarer på vad gruppen skulle behöva, vilka åtgärder som skulle kunna sättas in för att få verksamheten på rätt köl, eller till och med medverka till att medlemmarna i handledningsgruppen fattar beslut om åtgärder som i deras ögon skulle föra utvecklingen framåt.

Handledaren kan mer och mer börja uppträda som den ledare gruppen önskar sig istället för den ledare de har och är missnöjd med. Missnöjet kan i sin tur bestå i att vederbörande inte tycks förstå medarbetarnas situation, inte förmår ta nödvändiga beslut, inte driver frågorna tillräckligt effektivt "uppåt" i organisationen. Situationen kan vara ganska förförisk för handledaren. Om handledaren går in i en ledarroll skapar det en entusiasm i gruppen som ger energi och en kick åt handledaren. I extrema fall kan det skapas en liten "gerillagrupp", med handledaren som informell chef och ledare, vilket ofta ger mycket energi åt samtliga deltagare.

Gruppmedlemmarna känner sig förstådda, äntligen någon som begriper vad som behövs. Lyckan brukar dock bli kortvarig då varken handledningsgruppen eller handledaren äger de frågor som ska hanteras inom enheten. Potentialen hos den chef och ledare som har befogenhet att hantera frågorna (mer eller mindre i samråd med sin personal beroende på hur personerna och situationen är beskaffade) urholkas snarast, konflikterna ökar och personalens situation förbättras sällan. Min erfarenhet är att om man som handledare i ögonblick av klädsam självreflektion återfinner sig i en ledarroll som går utöver den som föreskrivs av kontraktet står man inför ett vägskäl.



Shutterstock.com

Man kan sätta ord på att processen i gruppen tyder på att det kan finnas strukturella brister i konferensstrukturen och längtan efter ett effektivare, tydligare eller annorlunda ledarskap och tillsammans identifiera hur dessa frågor kan hanteras och i vilka fora (om än bristfälliga). Man kan också gå vidare och ta på sig detta ledarskap, inte realiteten utan som en "Messias" i gruppen, vilket sällan leder till annat än en god stämning i handledningsgruppen. Liknande svårigheter kan uppstå om det framkommer ny information i behandlingsarbetet som innebär att behandlingsinriktningen kan och bör ifrågasättas. Om handledaren och handledningsgruppen på egen bevåg tar beslut om att behandlingsinriktningen ändras utan att den som har det medicinska ansvaret för behandlingen är involverad uppstår problem. Den som har mandat att leda och ta ansvar desavoueras av såväl handledaren som av gruppen. Det kan ske av brist på eftertanke, men också av brist på respekt för ledningen. Det kan också vara så att den finns gråzoner och glidningar mellan formaliteter och praxis som gör att handledningsgrupper ibland tillåts överskrida sina befogenheter därför att verksamheten är stressad av tidsbrist och för att verksamheten trots allt i praktiken bedrivs på ett rimligt om än inte formellt sanktionerat sätt. I vissa fall kan läget vara tydligare, till exempel om en intern handledare står i opposition till ledningen och tämligen medvetet går in i en maktkamp med denna med handledningsgruppen som bas. Den interna handledaren kan vara uppbackad av medlemmar i handledningsgruppen som är missnöjda med ledningen. Även med respekt för de goda motiv som kan driva på, till exempel oändamålsenlig ledning, fullständigt "uppifrånstyrd" chef, bristfällig organisation av arbetet, måste man avråda från gerillaverksamhet även utifrån de bästa idéer. Det brukar helt enkelt inte vara en strukturellt framkomlig väg och vanligen är det patienterna och i viss mån personalgruppen som får betala notan i konflikterna. Vad kan man då lära av detta. Handledare bör vara medvetna om att handledningsgrupper framför allt i kaotiska organisationer kan inbjuda till maktpositioner som i stunden kan kännas tillfredsställande men som på sikt kostar mer än de smakar. Chefer och ledare som bevittnar hur handledare "tar för sig", behöver tänka på att det inte räcker med att begränsa vederbörandes inflytande. Det är också viktigt att klara ut om handledaren övervägande är ute egna ärenden eller om han eller hon har gruppen med sig. Då bör man nog också ta sig en titt på såväl ändamålsenligheten och tydligheten i enhetens konferens- och ledningsfunktioner, som lyhördsenheten på chef och ledare.

Björn Wrangsjö
SP Redaktion

"Psykiatrins Ansikten - bakgrund, program och hur vi går vidare"



Psykiatrins Ansiktens organisationskommitté önskar dig välkommen på lunchmöte under Riksstämman torsdagen den 27/11 klockan 12.15.

Lunchsmörgåsar och dryck serveras. Temat på lunchmötet kommer vara "Psykiatrins Ansikten - bakgrund, program och hur vi går vidare".

Kortare presentation av projektet följs av paneldiskussion om hur vi i psykiatri vidmakthåller det stora intresse för psykiatri som framkommit under turnén hos läkarstuderenter och AT-läkare.

Psykiatrins Ansiktens organisationskommitté
hälsar er välkomna

Ledarskap

Vi har egentligen bara två stora framtidsfrågor; det ena är klimatfrågan och det andra är den psykiska ohälsan. Ungefär så sa regeringens psykiatrisamordnare, PO Sjöblom, i somras. Personligen tycker jag att det är på tiden att den psykiska ohälsan börjar komma på agendan och bli lite mer verkstad, vilket gör det till en stor framtidsutmaning för ledarskapet i psykiatrin.

Samtidigt vet vi att cirka 50 % av psykiaterkåren är över 55 år, hyrläkare används på många ställen för att klara psykiaterbristen, psykiatrin blir många gånger syndabock när illdåd sker, missbruket ökar, psykiatrens lokaler är på många håll bristfälliga och många kämpar med överbeläggningar och att kunna upprätthålla patientsäkerheten. Minskningen av vårdplatser på 90-talet var en stor nationell felbedömning, som tar lång tid att rätta till. Valfriheten i ST-utbildningen gör att många blivande allmänläkare prioriterar ner psykiatridelen och följaktligen kan allt mindre om handläggning av första linjens psykiatri. ST-läkare i invärtes medicin kommer inte alls för psykiatritjänstgöring och det kan se ut som glappet mellan psykiatri och somatik ökar.

I detta något mörka scenario blir ledarskap och ledarroll viktig men också komplex. Vi har en utmaning att ta oss framåt och lämna över en så välfungerande psykiatri som möjligt till den unga generationen. Psykiatriker som verksamhetschefer blir allt mindre vanligt, vilket också är ett dilemma. Jag tror att även psykiatriker behövs i ledarroll som verksamhetschefer och vi behöver inspirera och förbereda den yngre generationen för den utmaningen.

Mina reflexioner om ledarskap i psykiatrin har jag samlat i några teman, som är viktiga, men inte på något sätt heltäckande.

Ledarteam

Både på klinisknivå och avdelningsnivå behöver man vara ett team. Jag tror att det bakom varje gott ledarskap måste finnas ett team, som "spelar mot samma mål", litat på varandra och kan "läsa spelet, så man befinner sig i rätt position, när passningen kommer". Ett ledarteam kan också behöva "coachas" av en utomstående tränare, som är förtrogen med psykiatrens situation. Friskvård i relationer gäller i hög grad organisationskulturer, som befinner sig i komplexa och krävande situationer. "Troll", "lik i garderoben", intriger och andra destruktiva krafter måste fram i ljuset för att oskadliggöras. Klinikchef och klinikledning behöver också vara på samma våglängd som närmast överordnade chef, eftersom den personen oftast för dialogen med politikerna. I en politiskt styrd organisation behöver politiker följa med utvecklingen och ha bra beslutsunderlag för att kunna göra modiga politiska handlingar. Och politiskt mod behövs när man prioriterar psykiatrifrågorna gentemot somatiken.

Strategi

Vi lever i en föränderlig värld och då är det viktigt att ha en bra omvärldsspaning. Den som är ledare, behöver se runt hörnet och veta vad som kommer närmaste tiden, men också arbeta långsiktigt. Viktiga förändringar kan ta flera år "att få till", men det går att bereda marken och ta det stegvis. Det är viktigt att hålla god kontakt med den nationella nivån och föra ut riktlinjer, vårdprogram, patientsäkerhetsfrågor med mera, så att verksamheten håller god kvalitet och ligger i framkant när det gäller utveckling. En viktig möjlighet är det kollegiala stöd som kan fås i olika sammanhang, som föreningarna för vuxenpsykiatri, BUP, beroendemedicin och rättspsykiatri. Men även SKL utvecklar stödet för chefer genom ledarskapsprogram och chefsträffar och där tror jag att



det är nödvändigt att delta. Både för att kunna se vad som är väsentligt i allt "brus" av uppgifter och att inte bli för ensam.

Fingertoppskänsla

Fingertoppskänsla kan man få på flera sätt. För mig har det inneburit att vara i kliniskt arbete, framförallt jourlinje, avdelningsarbete, ungdomspsykiatri och missbruksvård. Det är några av de områden som kommer att vara viktiga i framtiden och erfarenheterna därifrån hjälper mig att se bristområden, som behöver åtgärdas, antingen inom kliniken, i samarbete med socialtjänst eller på samhällsnivå.

Timing

Att genomföra förändringar är en oundviklig lott för en ledare och kan göras på många sätt. Dagens situation är att det måste ske med klokhet och delaktighet, som en utvecklingsprocess utan att fastna i "långbänk" och obeslutsamhet. Ledarteamets styrka att veta hur man gör det bäst och när man gör det. Olika åsikter balanseras, innan man går vidare. Ibland kanske chefen vet bäst, men oftast inte. Det är ett lagarbete och hemligheten till bra förändringar är ofta att ha enighet i ledarteamet och en bra timing för olika steg.

Varsamhet

En organisation består till syvende och sist av relationer. Relationer till medarbetare, som följer vissa spelregler. Den svåraste delen tycker jag personligen är när relationer "krånglar". Det kan vara konflikter, när medarbetare sviker de förtroende de har fått eller handlar oprofessionellt. Och hur mycket får man missköta sig innan man blir uppsagd? Trots alla svårigheter som kan uppstå tror jag på varsamhet med medarbetare, men att samtidigt ha mod och klarsynhet att våga benämna saker vid dess rätta namn.

Mod och uthållighet

Vissa beslut är svåra och kräver mod. Facit i beslutsögonblicket finns inte. Ett beslut innebär risk för oväntade motgångar eller misslyckanden. Det är viktigt att inte vara för ensam i sitt beslut utan ha ledningsgruppens stöd. Man står starkare när olika vindar blåser och behöver inte vara en vindflöjel. Dessutom kan motvind ändra sig till medvind. Andra gånger kan det vara goda idéer eller förslag som inte får gehör av sjukhusledning eller landstingsledning. Men jag tror att goda idéer vinner framgång förr eller senare, bara man har uthållighet. Men det kan ta tre år, fem år eller tio.

Bygga för framtiden.

Det är idag som vi avgör hur framtidens psykiatri ska bli. De som kommer unga och oerfarna till psykiatrin, kommer förhoppningsvis att stanna, trivas och utvecklas till kloka och erfarna medarbetare. Det finns ett ökat intresse bland AT-läkare att välja psykiatri och det måste vi ta vara på. ST-utbildningen måste hålla hög kvalitet. Ledare för framtiden måste också tas fram i den egna organisationen. Om det lyckas, så har de med sig en ovärderlig kulturkompetens.

Västerbottens läns landsting har som mål att ha världens bästa hälsa år 2020. Jag unnar andra landsting också att nå det målet. För att nå det målet måste psykiatrin vara en av nyckelspelarna och för att psykiatrin ska lyckas med det behövs både ett bra ledarskap och goda medarbetare både nu och i framtiden.

Carl Gustaf Olofsson
Verksamhetschef
Psykiatriska kliniken i Skellefteå





SPFST konferens 28-30/1 2009, Gimo Herrgård Tema Framtidens Psykiater,

Program

Onsdag 28/1

13.00 - 13.30 "Välkomsttal med presentation av SPF:s arbete med psykiatrisk framtidsvision/handlingsplan 2014" SPFST:s styrelse

13.30 - 14.15 "Psykiater – ett vetenskapligt yrke" Lisa Ekselius professor och överläkare i psykiatri Akademiska sjukhuset Uppsala om evidens

14.15 – 14.45 Fika

14.45 – 16.15 "Godtycklig diagnostik – är psykiater reliabla?" Mia Ramklint överläkare i psykiatri Akademiska sjukhuset Uppsala om diagnostik

16.15 - 17.00 "Att leda en psykiatrisk organisation" Karin Norlen anestetikolog och Klinikchef Psykiatriska Kliniken Akademiska sjukhuset Uppsala om ledarskap

17.00 - 17.30 "Johan Cullbergs resestipendium" Johan Cullberg professor och Marie Bendix ST-läkare Södertälje Sjukhus samt SPFST:s styrelse presenterar möjligheterna till att vidga sina psykiatriska kunskaper utanför landets gränser via Johans generösa stipendiedonation

Torsdag 29/1

9.00 – 12.30 "Psykiatrin och psykoterapin gestaltad" Åse Zethelius överläkare i psykiatri och legitimerad psykoterapeut, Södra Älvsborgs Sjukhus, och Jonas Fröberg skådespelare och medicine kandidat kommunikerar kring psykologiska försvar, psykoterapeutisk diagnostik, behandling och evidens

12.30 – 13.30 Lunch

13.30 - 14.30 Parallellseminarier/worskhops

Parallella workshops/seminarier att välja mellan

"Att bli färdig specialist, vad händer efter ST:n?" Peder Björling överläkare i psykiatri Psykiatri Sydvest

"Den nya målbsekrivningen – hur använder jag mig av den och METIS" Rafaella Björck överläkare i psykiatri och studierektor Psykiatri Nordvest, projektledare METIS och Alessandra Hedlund ST-läkare Psykiatri Nordvest och ST-representant METIS

"Filmvisning om barn till psykiskt sjuka och kort introduktion om familjeinterventionen Beardslee" Maria Larsson ST-läkare Norra Stockholms Psykiatri, SPF:s och SPFST:s styrelse

"Engagemang i SPFST - möten, möjligheter och utmaningar i Sverige och utomlands" SPFST:s styrelse

"BUP - Aktuella frågor och ST-engagemang i Sverige och internationellt" Peggy Törn ST-läkare BUP Stockholm, SPFST:s styrelse

14.30 – 15.00 Fika

15.00 – 16.00 "Psykoterapiutbildning idag och i framtiden, form och innehåll"

16.00 - 17.30 "Borderline, bipolaritet eller ADHD? Vad är vad egentligen? Två psykiater resonerar om perspektivtagandet utifrån några patientfall" Eleonore Rydén överläkare i psykiatri samt doktorand och Göran Rydén överläkare i psykiatri, psykoterapeut och psykoanalytiker. Båda Affektivt Centrum Norra Stockholms Psykiatri

Fredag 30/1

09.00 - 10.00 "Suicidförsök – vad gör vi sen?" Bo Runesson professor Karolinska Institutet överläkare i psykiatri Norra Stockholms Psykiatri om handläggande efter suicidförsök och suicidprevention

10.00 - 10.30 Fika

10.30 – 10.50 "Kom igång och forska" Oscar Norbeck ST-läkare Psykiatri Sydvest, SPFST:s styrelse, om hur SPFST kan underlätta för forskningsintresserade ST-läkare

10.50 – 11.30 "Farmakologisk fMRI - studie av schizofreni" Mussi Msghina docent och ST-läkare Psykiatri Sydvest om sin forskning

11.30 - 12.30 "Här behövs psykiatrisk forskning i framtiden" Michael Landén studierektor forskarskolan Karolinska Institutet och överläkare i psykiatri samt enhetschef Norra Stockholms Psykiatri

12.30 - 13.00 Lunch

13.00 och framåt Årsmöte SPFST

Pris inklusive logi 4100 kronor för medlemmar och 5100 kronor för icke-medlemmar.

För anmälan gå in på vår hemsida:
www.spfst.svenskpsykiatri.se

Vi ser fram emot att träffa så många av landets ST-läkare under konferens både under konferensprogrammet och kvällens middagar.

Välkomna! SPFST:s styrelse

Vart går psykiatrin?

Svensk psykiatri har under flera år varit föremål för offentlig diskussion och kritik. I synnerhet när det inträffar våldsbrott. Men de förändringar som nu sker inom psykiatrin är okända för allmänheten och diskuteras allt mindre även av den personal som berörs. Med en serie tematidningar vill vi bryta tystnaden kring psykiatrins utveckling och mobilisera oss. Vi har bjudit in personer som kan ge perspektiv på utvecklingen. Dessutom välkomnar vi dig som har egna erfarenheter och synpunkter att dela i diskussionen.

Bara piller eller bara prat? – Om psykiatrins behandlingsmetoder

Är läkemedel psykiatrins enda och främsta redskap? Vart tog alternativten vägen? Vem bestämmer vad som är "evident"?

Moderator: Alain Topor, chef FOU-enheten Psykiatri Södra Stockholm

Talare: Alexander Wilczek, psykiatriker, psykoterapiforskare, Ingrid Carlberg, vetenskapsjournalist, författare till boken *Pillret* och Ami Rohnitz, RSMH:s förbundsstyrelse, m fl.

• Torsdag 11 december kl 19-21

ABF-huset, Sveavägen 41 • Entré 50 kr • Välkomna!

Tankesmedjan inom
Stockholms psykiatri

RSMH

sfph



HELT / ONÖZAN.

EFEXOR[®]
DEPOT

[illegible]

NEW