

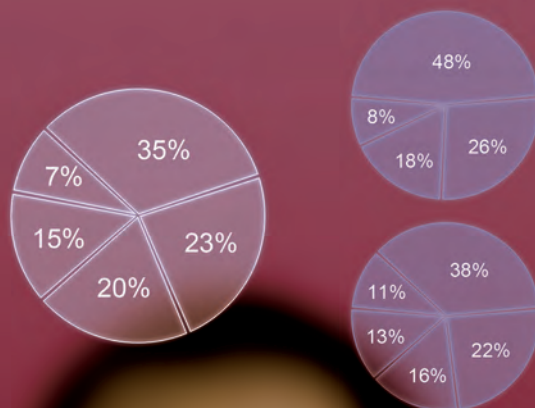
Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

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

Kolla Kolla Kolla
Mäta Väga Vårda



Tema **Registrera
mera...**



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
3 Redaktionsruta
4 SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
5 SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
6 SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel Jakobsson*
14 Kommande temanummer
16 Kalendarium
30 10 frågor till Simon Kyaga,
Stina Djurberg
31 Professorsrutan: Perspektiven kan växla,
Ulf Rydberg
43 Tigers krönika
Mikael Tiger
78 Bokrecension: Själv och kropp av Jill Taube,
Lise-Lotte Risö Bergerlind
86 Bokrecension: Resa i känslornas landskap av
Björn Wrangsjö, Gloria Osorio

Aktuell information:

- 20** Nya hedersledamöter i SPF, *Tove Gunnarsson*
21 Det senaste från METIS, *Raffaella Björck*
26 Ny överenskommelse om psykiatrisatsning
Ing-Marie Wieselgren
29 Ny utredning kring aktivitetsersättning,
Astrid Lindstrand
35 Cullbergstipendiater 2012
42 Fortbildningsprogram för specialister - behövs
verkligen det? *Deanne Mannelid*
44 Psykiatrilagsutredningen, *Tuula Wallsten*
74 Levnadsvaneprojektet, *Jill Taube*

Kommande möten:

- 12** Medicinska Riksstämman 2012
47 Välkomna till Almedalen i Visby!
70 Stockholm Psychiatry Lectures - i en dator nära
dig, *Christina Rück*
92 SPK 2013 i Stockholm

Tema:

- 16** Kvalitetsregisters roll i uppföljning och
utveckling av vård, *Jerker Hanson*
19 Psykiatriska kvalitetsregister - nya tag,
Tabita Björk
22 Synens många outgrundliga vägar,
Göran Rydén

- 24** Att börja använda strukturerade hjälpmedel i
diagnostiken, *Henrik Wolgast*
48 Varför ska vi registrera mera?
Nisse Berglund
68 Registrera mera - en väg till god och säker
vård, *Cecilia Brain, Susan Landqvist-Stockman,
Johanna Norén, Katarina Allerby*
76 Register, Moulin Rouge och jag, *Hanna Edberg*
79 Registrering och balansen mellan tillit och
misstro, *Björn Wrangsjö*

Psykiatrins historia

- 81** En resa genom den svenska psykiatrins historia,
del 7, *Karin Enzell*

Rapporter från möten och resor

- 8** Rapport från Svenska BUP-kongressen, *Lars
Joelsson*
17 Nationell konferens för ST-läkare,
Isak Sundberg
32 Rapport från Svenska Psykiatrikongressen 2012,
Arne Stenstedt
33 SPK 2012: Små tankar från ett psykiatriskt
popcorn, *Torsten Green-Petersen*
34 SPK 2012: Referat av *Cornelia Thiel*
36 SPK 2012: Reflektioner och associationer,
Maria Rosendahl
37 SPK 2012: Referat av *Cornelia Thiel*
41 Studiebesök på "Margaret Oates Mother Baby
Unit", *Marie Bendix, Karin Monsen Börjesson,
Ulla Björklund*
52 Projektet Bättre Psykosvård. Nationellt möte 23
april 2012, *Louise Kimby, Lena Flyckt*
71 Breaking the Link between Mental Health and
Labour Exclusion in Europe, *Lena Flyckt*
90 Psykiatrins framtid i Stockholm, *Lena Flyckt*

Debatt, diskussion, annat:

- 56** Psykodrama - en ny gammal metod
Lars Tauvon
61 En röst inifrån, *Joline Johansson*
63 Nobelpris, mörk energi, snabbar än ljus och
medvetandet? *Jan Pilotti*
84 Freud sade inte ett enda vettigt ord,
Anders Almingefeldt
87 Vinst i vården? Javisst! Men för kapitalet eller
patienter? *Jan Pilotti*
88 Finns mening? *Tord Bergmark*



Svensk Psykiatri

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

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@comhem.se)

Gloria Osorio
(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel
(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis
carol.schultheis@bornet.net
(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock/Dusit

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Från kvantmekanik till kvalitetsregister...

... vårt innehåll spänner – som alltid – över vitt skilda ämnen.

Det sistnämnda, kvalitetsregister, diskuteras i flera bidrag - några andas optimism och stort engagemang, andra uttrycker vissa reservationer. Vi får dock tips om hur man kan pigga upp sitt registrerande! En artikel om kortikal blindhet tar upp en annan infallsvinkel på temat.

Var kommer barnen in?

Minns ni Hansson de Wolfe Uniteds gamla låt med denna titel? Vi tycker det är ett passande tema för vårt kommande nummer om barn.

Frågan är högst relevant. Självklart alltid i fokus för barn- och ungdomspsykiatern, och vi hoppas att ni som arbetar inom denna specialitet har mycket att skriva om. Men även alla som dagligdags arbetar med vuxna kan ställa sig frågan: Var kommer barnen in i den psykiatriska praktiken? Hur tar vi hand om barn till psykiskt sjuka idag? Är det alls rimligt att påstå att vi lever i ett barnvänligt samhälle? Hur kan barndomsproblematik relateras till psykiskt lidande senare i livet? Sådana frågor vill vi gärna ta itu med i nästa nummer!

Nu stundar sommaren och vi önskar er alla mycket tid för återhämtning och avkoppling! Och vad kan väl vara mer avkopplande än att skriva artiklar till Svensk Psykiatri?

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Att tiden kan gå så fort!

**Lise-Lotte
Risö Bergerlind**

ORDFÖRANDE
LEDARE SPF



Det har redan gått två månader sedan Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg och planeringen av nästa års SPK i Stockholm är i full gång. Jag ber er att redan nu boka av 13 – 15/3 2013!

Årets kongress blev en succé och ytterligare ett publikrekord; 620 personer. Det var en fantastisk känsla att se alla dessa människor mötas, diskutera, ta sig mellan de olika föreläsningssalarna, vändas över svårigheten att välja i det breda vetenskapliga programmet, lyssna på författare, se fotoutställning och, inte minst, titta och reflektera över film. Minglet på Börsen, som Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen så generöst åter bjöd på, var mycket välbesökt. Efter trevliga välkomsttal och utdelning av Cullbergstipendiet åt och drack vi gott. Och som det pratades... Många dröjde sig kvar länge och gick sedan vidare ihop för att fortsätta att umgås.

Vår festmiddag på Clarion Hotel Post lockade nästan 300 personer, även det ett rekord. Jättegod mat och trevligt arrangemang blev betyget. Och jag håller med för även här fick de sista "motas" ut men förflyttade sig i allmänhet bara några meter längre in på hotellet. Detta är ett av många tillfällen när det är en stor glädje att få vara ordförande i SPF!

Vi har nu fått det första numret av "The Nordic Psychiatrist", ett nytt initiativ från Nordiska Psykiatriska Föreningen. Influenserna från vår egen tidning, Svensk Psykiatri, märks. Roligt att få en bild över vad som händer i våra grannländer. Nästa nummer kommer i november.

I början på juni är den nordiska psykiatriska kongressen i Tromsø. I nästa nummer av SPK återkommer vi med en artikel från denna. Förra gången den ägde rum var i Stockholm 2009.

I juli, vecka 27, är det åter dags för Almedalen. Det är ju ett av de tillfällen när vi försöker komma i kontakt med politiker och tjänstemän. Tisdag 3/7 deltar vi på sedvanligt sätt i Psykisk Hälsa-kaféet på Hästgatan 10. Dessutom kommer jag att under veckan finnas med i flera seminarier. De ur styrelsen som åker planerar att gå runt och vara "psykiatrins röst" i andra intressanta sammanhang. Där skulle vi behöva vara fler. Varför inte ta några semesterdagar och åka till Visby? Över 1000 kostnadsfria seminarier om mängder av intressanta ämnen. Du kan läsa mer på www.almedalsveckan.info och leta efter det Du vill delta i.

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lena Flyckt

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jussi Jokinen

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Kerstin Lindell (lindell@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

I slutet på september, 27 – 30/9, är det dags för Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg. Även i år finns SPF med i montern "Psykisk hälsa genom livet". C 01:25 är monternumret som Du skall lägga på minnet. I år har vi också lyckats få med flera inslag på scenerna. Bl.a. kommer Simon Kyaga att tala på Forskartorget om "Språk, kreativitet och evolutionärt urval" och på Hälsoscenen berättar Rebecca Anserud om sin bok "Ett bipolärt hjärta" där hon skildrat sitt liv med bipolär sjukdom.

Tills vi hörs igen – njut av den vår och snart sommar som är/ borde vara här men inte alltid märks.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

**Lars
Joelsson**

LEDARE SFBUP



Konsten att anpassa sig eller vet höger hand vad vänster hand gör?

Under vintern har jag följt världens bästa TV-serie "The Wire". I serien får man följa en grupp poliser som arbetar med grova brott. De motarbetas aktivt av arbetsledning och politiker då de har för låg upplärningsprocent och man prioriterar därför lättare brott för att få bättre statistik. I serien får man också följa med till andra verksamheter t.ex. skolan där samma regler gäller. För att få bra resultat på de centrala proven drillas eleverna i dessa på bekostnad av regelrätt undervisning. I båda fallen gäller samma sak, det är viktigast att visa upp bra statistik. Nästan alltid när jag ser denna TV-serie tänker jag på min egen verksamhet, det gäller att visa upp de rätta siffrorna, inte vad vi egentligen gör.

De sista åren har statsmakterna haft stort fokus på vårdgarantin. Vi inom BUP har den strängaste vårdgarantin i den specialiserade sjukvården. Som en morot eller piska, beroende på hur man ser det, har man kopplat stimulanspengar till vårdgarantin. Detta uttrycks i procentsiffror som presenteras varje månad. Har man för låg procentsats får man skämmas och blir utan pengar. Allt detta är gott och väl, all barnpsykiatri är akut tills man vet bättre. Men det finns problem. För att uppfylla kvoten måste man prioritera det första besöket, vilket får som konsekvens att det uppstår nya köer inom klinikerna utan att det syns i statistiken. Ett annat problem är hur vi registrerar besök och beslut om utvidgad behandling/utredning. Gör vi alla på samma sätt? På sista ledningsmötet på min klinik redovisades olika resultat från mottagningarna vilket helt klart inte återspeglade verkligheten utan mer var ett resultat hur vi tolkade reglerna för registreringen. Man undrar då hur det ser ut mellan olika kliniker?

På samma ledningsmöte redovisade vår ekonom hur vi låg till i budgeten. Vår klinik har alltid "producerat" mer vård än som beställts. Det har hittills inte varit något problem då vi fått betalt för denna "överproduktion". I år däremot har man satt ett tak, vi får bara betalt för det som beställts. Detta samtidigt som vi måste "överproducera" ännu mer för att klara vårdgarantierna. När jag hörde ekonomen så kom jag att tänka på en händelse för flera år sedan. Jag satt tillsammans med min familj på ett flygplan på Arlanda och skulle flyga till Göteborg. Planet kom dock inte i väg på rätt tid och när det gått en halvtimme fick vi information av kaptenen att det finns en väska för mycket ombord och att man måste ta ut allt bagage så att passagerarna kunde peka ut sina väskor. Problemet var att personalen som lastade planet inte ville befatta sig med bagaget innan flygtiden

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

hade gått ut med tanken på att det kunde vara en bomb. Vi satt dock kvar i planet under hela flygtiden innan vi fick gå ut och peka ut vår väska. Ja, lite så känns det nu också. Var och en följer sina regler, men vem har det övergripande perspektivet hur det ena påverkar det andra?

Det är både fascinerande och skrämmande hur lätt man kan styra landstingens vårdutbud med statliga påbud och ekonomistyrning. Det gäller vårdgarantin, men också vilken typ av psykoterapi man erbjuder. Efter att Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av depression och ångest kom ut har landstinget satsat mycket på att införa KBT-terapi. Detta har, enligt Sveriges Radios program Kaliber, lett till att man bytte ut erfarna psykodynamiska terapeuter mot ibland snabbutbildade KBT-terapeuter. Det verkar vara viktigare att se till metoden än till terapeuternas kompetens och metodens lämplighet vid olika tillstånd. Detta är egentligen paradoxalt då man vet hur lång tid det tar att implementera vetenskapliga rön i klinisk verklighet. Enligt Peter Fonagy tar det i snitt 17 år. Förklaringen är kanske att man då inte har ekonomisk styrning utan behandlarna gör som man alltid har gjort eller väntar tills man ser att det fungerar. Man skulle önska att det gick fortare att införa evidensbaserade metoder och att vi inte var så lättstyrda av statliga påbud och ekonomisk styrning.

Att utbudet av KBT ökar är positivt, men det gäller att inte kasta ut barnet med barnvattnet. Vid t.ex. depression kan det ju vara svårt att genomföra en krävande KBT-behandling med hemläxor och uppgifter medan det ofta är nödvändigt när det gäller att förändra dysfunktionella beteenden t.ex. tvångshandlingar. Vi måste ha flera metoder när vi skall behandla våra patienter. Det som passar den ene kanske inte passar den andre.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Öppen debatt

**Kristina
Sygel Jakobsson**

ORDFÖRANDE
LEDARE SRPF



Jag vill börja med att tacka er medlemmar för ert engagemang. Flera gamla styrelsemedlemmar har lämnat oss och kommer att saknas men några nya har tack och lov kommit med ombord. Föreningen har redan haft ett par evenemang i år, ett välbesökt program på Psykiatrikongressen och ett öppet styrelsemöte med Psykiatrilagsutredningens samordnare Jerry Eriksson häromveckan.

Alla medlemmar var inbjudna till Psykiatrilagsutredningsmötet och 20 medlemmar från rättspsykiatriens alla hörn kom till ABF-huset i Stockholm för att lyssna på information från Jerry Eriksson och sedan debattera det nya lagförslaget och dess konsekvenser. Styrelsen antecknade för brinnande livet och en grupp kommer att arbeta vidare med att utveckla texten när utredningen kommer ut på remiss.

Jag har redan fått många frågor från media om vad SRPF tycker om utredningens förslag och det känns mycket tillfredsställande att kunna säga att alla medlemmar nu har tillfrågats i en öppen debatt. Mailen från media har dock i huvudsak inte handlat om Psykiatrilagsutredningen utan om vad det är att vara tillräckelig, hur rättspsykiatriska utredningar går till, hur experter kan göra olika bedömningar, var gränsen går mellan en världsbild i politiska extremismens utkant och en vanföreställning. Att de frågor som vi tar ställning till fascinerar allmänheten både i dikt och i verklighet råder det inget tvivel om.

På väg till en intervju i ett morgonprogram i radio häromveckan frågar jag mig vad jag givit mig in på medan jag håller i mig morgonens tredje espresso. Om och om igen tänker jag att jag istället skulle kunna ha varit på min trevliga arbetsplats och druckit mitt statliga kaffe med vitt i lugn och ro medan jag läste lite trygga mail innan rondan. Men så besinnar jag mig. Jag är på väg in till Sveriges Radio eftersom allmänheten är intresserad av mina patienter. Det är min skyldighet att visa respekt för alla parter genom att förklara grunderna i rättspsykiatri efter bästa förmåga.

Jag sa inget sensationellt och får ingen egen talk-show i radio efter mitt uppträdande men lika bra är nog det, för det var ju faktiskt aldrig mig som saken gällde.

Kristina Sygel
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Internationell sekreterare: Vakant

Facklig sekreterare: Eva Lindström

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Vakant (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist
(sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner

Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson

Ledamot: Klas Attrell

Ledamot: Sara Bromander

Ledamot: Harald Nilsson

Ledamot: Per-Axel Karlsson

Ledamot: Anna-Karin Svensson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)



WEBBINARIER
CINP EFFEKT
BIVERKNINGAR
PATIENT-
MATERIAL
DIAGNOS
SCHIZOFRENI
INTERVJUER
BLOGG
DEPRESSION
BIPOLÄR

Nyfiken psykiater?

Då är du välkommen till vår nya webbplats. Här finner du kongressbloggar, läkar- och patientmaterial samt kortare föreläsningar av dina kollegor.

För att hålla dig uppdaterad om det vi publicerar på webben, registrera dig för vårt nyhetsbrev på azservices.se eller genom att scanna nedanstående QR kod. Registreringen tar max 30 sekunder.



www.astrazenecapsychiatry.se



Rapport från Svenska BUP-kongressen 2012

SFBUP:s årliga kongress arrangerades i år av BUP Stockholm. Kongressen hölls på Hotell Clarion i Stockholm. Det var ett mycket proffsigt arrangemang med plenarföreläsningar och valbara seminarier. Varje plenarföreläsning började med filmer där barn svarade på frågor som var relaterade till föreläsningens tema. Dessa filmer var mycket uppskattade och tankeväckande.

Olav Bengtsson, divisionschef på BUP Stockholm, inledde kongressen med att berätta om arbetet med att skapa kliniska riktlinjer. Man har gått igenom i stort sett alla barnpsykiatriska tillstånd i både öppen- och slutenvård. Arbetet resulterade i en bok som alla 470 kongressdeltagarna fick med sig hem. Flera av de följande seminarierna handlade om hur man arbetat fram riktlinjerna. Vid dessa seminarier kunde man tydligt se personalens engagemang och stolthet när man berättade om detta arbete som skett på olika nivåer i organisationen. Riktlinjerna har sedan spridits i landet.

BUP Stockholm hade bjudit in många intressanta föreläsare. Bland annat Peter Fonagy och Miranda Wolpert från London

och Gerhard Andersson från Linköping.

Peter Fonagy visade att svenska barn har bättre möjlighet att få vård och hjälp än barn från de flesta andra länder i Europa, däribland England. Fonagy skämtade om detta och undrade vad han egentligen kunde lära oss i Sverige, det borde vara han som kom hit för att lära.

Ett av Fonagys viktigaste budskap var att det tar mycket lång tid, han angav 17 år, för en evidensbaserad behandlingsmetod att användas i den kliniska vardagen. Han visade också på studier som visar att behandling med



Olav Bengtsson, Ola Duregard och Anna Lundh minglar i pausen



Peter Fonagy

antidepressiva mediciner bara hjälper vid svåra tillstånd och att det vid behandlingssvikt är lika bra att byta till ett annat SSRI-preparat som att byta till venlafaxin.

Miranda Wolpert pratade fort och entusiastiskt. Hon framhöll framför allt vikten av att tillsammans med patienterna utvärdera behandlingen. Hon tyckte att det var oförsämt att man som behandlare inte tittar på de formulär som patienter och föräldrar fyller i.

Hon nämnde framför allt SDQ. Jag håller med Wolpert att om familjen har bemödat sig om att fylla i dessa frågeformulär så är det anständigt att man också använder dem.



Miranda Wolpert och Bengt Söderström

Gerhard Andersson framträdde med en lättsam och humoristisk ton. Han var lätt att lyssna på. Föreläsningen handlade om internetbehandling. Behandlingen kan utföras på olika sätt men har nästan alltid KBT-inriktning. Det finns många utvärderingar som visar bra resultat.

Gerhard Andersson menade att speciellt patienter med social fobi kan föredra internetbehandling eftersom de kan ha svårigheter att träffa terapeuterna. Vissa personer är så känsliga att varje möte med en annan person blir svårt

då de efteråt ålтар och analyserar vad de sagt och gjort. Han menade också att det är viktigt att sätta "deadline" för behandlingen, som för det mesta i livet, äktenskapet undantaget. Enligt Gerhard Andersson kommer det nu allt fler behandlingar via internet för många olika tillstånd.

På ett av seminarierna pratade Ulla Forsbäck Olsson, BUP Stockholm, om hur man utvecklar sin internetsida www.bup.nu. Hon refererade bland annat till BRIS önskelista utifrån vad ungdomar uttryckt till dem. De önskar bland annat att de kan boka en första tid via internet och ha kontakt med sin behandlare via mail/chatt mellan samtalen. De vill också att det finns information om BUP:s verksamhet på internet samt att de kan få behandling via internet.

Som jag förstod det kommer bup.nu utveckla sidan till att det blir som en reception på nätet och att man kommer att använda "appar" på mobilen. Ulla Forsbäck Olsson visade t.ex. en "app" för ilskekontroll. Man gjorde också reklam för www.umo.se, ungdomsmottagningarnas hemsida. En helt fantastisk hemsida där man som ung kan få svar på i stort sett alla frågor man kan ha.

Jag saknade att man på seminariet inte tog med www.sjalvhelpavagen.se, www.snorkel.se eller www.mindrebrak.se. Sidor från Uppsala som jag själv tycker är bra att rekommendera patienter och föräldrar.

Sarah Vigerland presenterade ett nytt projekt, Barninternetprojektet, som drivs av BUP Stockholm i samarbete med Karolinska Institutet, Internetpsykiatrienheten, SLL och Linköpings Universitet. Detta är ett försök att erbjuda internetbehandling till barn 8-12 år med specifik fobi, social fobi, GAD, separationsångest och paniksyndrom.

Föräldrarna hjälper barnen att genomföra behandlingen. Resultaten är lovande och denna behandling kommer säkert att utvecklas.

I ett seminarium presenterade Anna Santesson och Håkan Jarbin från BUP Halland hur de arbetat fram riktlinjer för depression, och hur de försöker implementera dem i kliniken.



Gerhard Andersson



Anna Santesson, engagerad föreläsare

Man märkte att de verkligen brinner för detta viktiga arbete och det smittade av sig. Riktlinjerna är mycket pedagogiskt upplagda med indelning i basal-, mellan- och extranivåer för behandling beroende på depressionens svårighet.

BUP-kongressen avslutades i plenum med Clara Gumpert som moderator. Först ut var *Anna Lundh* från BUP Stockholm som nyligen doktorerat på CGAS. Hon presenterade delar av sitt arbete. De flesta BUP-klinikerna i Sverige använder CGAS medan några använder GAF. Barnens funktionsförmåga är viktigt att mäta. Det säger mer om hur de fungerar än vilka symptom de har.

Efter Anna Lundh kom *Paul Lichtenstein* från Karolinska Institutet. Han pratade överskådligt om meningen med diagnoserna och att givna orsakssammanhang kanske inte är så givna. Han frågade om diagnoserna är meningsfulla? Paul Lichtenstein menade att det är troligt, men tveksamt. Diagnoser är inte så tydliga och gränserna för diagnos är artificiella. Det finns mycket comorbiditet och diagnoserna är inte stabila under individens utveckling. Paul Lichtenstein menade att sjuka människor inte är annorlunda än friska, annat än att de har mer symptom.

När jag hörde honom tänkte jag på en TV-intervju där nobelpristagaren Arvid Carlsson var kritisk till att vi inom psykiatri är så förtjusta i diagnoser, eftersom de mediciner vi använder inte erkänner några diagnostiska gränser.

Paul Lichtenstein pratade också om orsakssammanhang. Han menade att det som synes vara ett samband inte alltid är det. Jag hängde inte riktigt med i hans exempel om rökande mammor men jag tänkte i stället på Niklas Långström från Karolinska Institutet när han pratade på Riksstämman. Han tog ett intressant exempel. Man kan se att mammor som röker under graviditeten har större risk att få barn som har ADHD. Det förefaller vara ett tydligt orsakssamband tills man jämför de mammor som lyckades sluta röka efter graviditeten med de mammor som inte kunde sluta. Då såg man att de som lyckades att sluta efter graviditeten hade lika många barn med ADHD som de som inte rökte alls.

De som inte kunde sluta röka hade klart fler barn med ADHD. Det kanske har mer med genetik att göra än med själva rökningen. Paul Lichtenstein avslutade med att hävda att genetiken spelar stor roll inom psykiatri. Mellan 50-80 procent är ärftlighet och han nämnde framför allt ADHD.



Bengt Söderström Twitterar



Efter pausen kom Cecilia Magnusson, också från Karolinska Institutet. Hon pratade om hur miljöfaktorer under graviditeten kan påverka risken för autism? Vad man vet idag är ärftligheten "bara" 38 %. Låg födelsevikt är en riskfaktor för autistiska drag – även bland diskordanta tvillingpar. Det finns hypoteser kring samband med mammans stress, infektioner, inflammatorisk/autoimmun sjukdom och D-vitaminbrist under graviditet. Cecilia Magnusson visade att mammor från Norra Afrika har mycket större risk för att få barn med svåra autistiska symptom, men ingen ökad risk för lättare autismsmörning. Migrationen verkar spela en viss roll, det verkar vara störst risk att få ett barn med svår autism om det föds precis för tiden när mamman anländer till det nya landet. Något som man inte kan förklara i dag.

Clara Gumpert fick avsluta kongressen. Hon pratade om den akademiska forskningens roll för barn- och ungdomspsykiatriens utveckling. Hennes "powerpoint"-bilder var föredömligt enkla och pedagogiska. De liksom flera andra finns att ladda ner från kongressens hemsida. BUP arbetar med svåra och komplexa problem och sjukdomstillstånd som påverkar människors liv i mycket hög utsträckning. Clara Gumpert menar att vi därför

måste forska mer, och inte bara göra det som vi alltid gjort. Hon presenterade intervjuer med studenter och lärare. De fick svara på hur de tror att sjukvården ser ut om 10 år. De tror att patienterna i framtiden troligen kommer att kräva en snabb, tillgänglig och individanpassad vård. Patienterna kommer att vara allt mer pålästa och vi kommer att behöva gå från paternalism till partnerskap.

Kongressen avslutades med att Håkan Jarbin från Halland annonserade för Svenska BUP-kongressen 2013. Den kommer att gå av stapeln i Halland.

Till sist vill jag och resten av styrelsen än en gång tacka BUP Stockholm för en mycket väl genomförd, lärorik och trevlig kongress.

Kongressens hemsida:
<http://www.conferencemanager.dk>
SvenskaBUPkongressen2012

Foto och text: Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP



Unga glada medarbetare från Stockholm



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

*Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.*

28 nov – 30 nov

”Framtidens hälsa”



Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



**Deadline för bidrag till nästa nummer:
29 augusti**

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2012-2013

NUMMER 3 2012

Tema: Var kommer barnen in?

Deadline 29 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2012

Tema: Psykiatrins biologi

Deadline 14 november

Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2013

Tema: Psykiatrins sociologi

Deadline 13 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2013

Tema: Psykiatrins psykologi

Deadline 15 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2013

Tema: Ej bestämt

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2013

Tema: Ej bestämt

Deadline 13 november

Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex.

Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås



SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskspsykiatri.se



Vad gör du när patienten ser livet i gråskala?

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

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

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

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

Och en möjlighet till ett liv med fler nyanser.

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



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



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

Kalendarium

21-25 juli 2012

20th World IACAPAP Congress
Paris, Frankrike

www.colloquium.eu/site/-Home-page-

5-7 september 2012

Framtidens Specialistläkare
Malmö

www.framtidenslakare.se/2012/

13-17 oktober 2012

25th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)

Wien, Österrike

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

17-21 oktober 2012

World Psychiatric Association International Congress
Prag, Tjeckien

www.wpaic2012.org/en/welcome

24-26 oktober 2012

3rd International Conference on Violence in the Health
Sector

Vancouver, Kanada

www.oudconsultancy.nl/vancouver/violence/invitation-third.html

28-30 november 2012

Medicinska Riksstämman
Stockholm

www.sls.se/riksstamman/

13-15 mars 2013

Svenska Psykiatrikongressen
Stockholm

www.svenskpsykiatri.se

6-9 april 2013

21st European Congress of Psychiatry
Nice, Frankrike

www.epa-congress.org/

10-13 april 2013

World Psychiatric Association Regional Congress
Bukarest, Rumänien

www.wpa2013bucharest.org/

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se

www.svenskabupforeningen.se

www.srpf.se

Kvalitetsregisters roll i uppföljning och utveckling av vård

Vart tog "Medicinsk kvalitetsrevision" vägen?

Vården styrs alltmer genom ersättning för olika registrerade "pinnar". Dessa pinnar styr inte mot något preciserat mål, annat än produktionsmålet i sig. Jag saknar professionalitet och acceptabla värderingar i denna styrning. Det är viktigt för psykiatrisk vård att öppet visa vad man gör och vilka resultat som nås.

Mitt problem med kvalitetsregistren är att jag inte ser någon tanke om vad man vill ta reda på och hur man vill jämföra data. Jag har aldrig fått tillbaka något av det jag med möda petat in i register. Jag saknar pilotundersökningar som visar vad som är möjligt och viktigt att följa upp.

Inga data står för något absolut. Data måste alltid sättas in i ett sammanhang och tolkas. En bra sådan tolkning kräver att man känner till verksamheten och dess förutsättningar. Detta kan ske genom "kliniska revisioner" gjorda av professionella, brukare och beställare.

Jag saknar en roll för professionella, medicinska bedömningar av vårdprocesser. I slutet av 1990-talet var vi en grupp som under Anna Åberg-Wistedts ledning arbetade med utveckling av kvalitet i psykiatrisk vård. Metoden var framförallt "Medicinsk kvalitetsrevision" som utfördes av två av det 30-tal erfarna psykiatrer som utbildats i SPF:s regi. Vi hade en tydlig professionell vinkling och de granskade klinikerna själva var mycket aktiva. Här har professionen tappat mark så gott som totalt – det gäller inte bara psykiatrer och inte bara läkare, även "brukarrevisioner" lyser oftast med sin frånvaro.

Under några år satt jag i en etisk kommitté i Stockholm där bland annat registerforskning skulle värderas. Vi hade krav på tydlig målsättning i projekten, validerad metodik som skulle matcha frågeställningar samt beräkning av "power" för att ge tillräcklig säkerhet i statistisk analys av data. Data som skulle analyseras skulle ha tillräcklig kvalitet. Beräknad nytta av vunnen kunskap skulle överväga eventuella risker t.ex. vad gällde patienters integritet.

Sådan precision saknas i kvalitetsregistren.

Möjligen bidrar bristen på målsättning för registren till att det inte sker någon regelbunden återföring till alla oss som pliktskyldigt levererat data från "golvet". Men det för också med sig att man uppfattar att det inte har någon betydelse vad man levererar, bara det blir något. Detta är ju destruktivt för kvalitet i data.

Jag föreslår att man

- 1) tydliggör vad man vill veta,
- 2) väljer metoder för att nå denna kunskap
- 3) gör begränsade pilotstudier
- 4) härvid huvudsakligen använder existerande register (av ofta god kvalitet)
- 5) återför resultaten brett, särskilt till inmatare
- 6) väljer hur man skall gå vidare nationellt med registreringar
- 7) väljer ersättningssystem som styr mot god, prioriterad vård och följer upp hur det fungerar.

Jerker Hanson
Psykiater, Stockholm

Jäv: Har deltagit i tidigare nationella uppföljningsprojekt ("Info-VU") och i SPF:s Kvalitetsgrupp

Nationella konferensen för ST-läkare i psykiatri

2012

Nationella konferensen för ST-läkare i psykiatri 2012

fick 5,2 av 6 i helhetsbetyg i
IPULS-utvärderingen. 5,5 av 6 skulle
rekommendera utbildningen till en kollega i
samma situation!

Snart börjar planeringen för nästa års
konferens – missa inte den!

Vänliga hälsningar
SLUP-styrelsen



www.slupsykiatri.se



**Deadline för bidrag till nästa nummer:
29 augusti**

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

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

SECYM00222

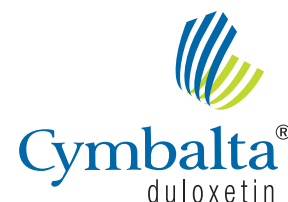
De flesta som drabbas av en depression får ytterligare minst en sjukdomsepisod senare i livet och för varje ny episod ökar sannolikheten att insjukna på nytt.¹ Depression är för många en kronisk återkommande sjukdom.¹

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

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

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

Cymbalta® 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetin). ATC-kod: N06AX21. R_x. F. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravyt nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. Datum för översyn av produktresumén: 20110726. För ytterligare information se www.fass.se.



Cymbalta®
duloxetin

hela vägen tillbaka

Psykiatriska kvalitetsregister – nya tag

Kvalitetsregistrens grundidé är att systematiskt samla in samma uppgifter för alla patienter med en viss diagnos, eller som deltar i en viss typ av behandling. På så sätt skapas en struktur kring informationshämtandet och data kan användas till att få perspektiv på den lokala vården. Resultat kan jämföras över tid, med annan liknande vårdverksamhet och med det som nationella riktlinjer och andra forskningsbaserade ansatser pekar mot.

De psykiatriska kvalitetsregistren

De psykiatriska kvalitetsregistren består av diagnosregister och interventionsregister. I diagnosregistren registreras uppgifter för patienter med bipolär sjukdom, ADHD, psykossjukdom och ätstörningar (Bipolär, BUSA, PsykosR och RIKSÄT). I interventionsregistren registreras uppgifter för patienter i missbruksbehandling, ECT-behandling, rättspsykiatrisk behandling och insatser för barn som har eller misstänks ha utsatts för sexuella övergrepp (SBR, LAROS, ECT, RättspsyK och SÖK). Från och med 2012 finns också Internetbehandlingsregistret och Kvalitetsstjärnan som nationella kvalitetsregister, det senare är ett uppföljningsverktyg som används företrädesvis vid kroniska psykossjukdomar. I dagsläget finns totalt elva nationella psykiatriska kvalitetsregister och ytterligare psykiatriska register är under utformande. Samtliga psykiatriska register är anslutna till ett registercentrum (KCP-kompetenscentrum för psykiatriska och andra register, Örebro Uppsala). Centret ger stöd för uppbyggnad av nya register samt teknisk support och drift, statistiskt stöd för analys av data och utbildning för anslutna register. På KCP:s hemsida finns information om respektive register och om hur intresserade verksamheter kan gå till väga för att ansluta sig till ett register (www.kcp.se).

Exempel på nytta med strukturerad datainsamling:

Bipolär: "När vi börjat göra årliga uppföljningar med Bipolär har vi upptäckt att det är många fler av våra patienter som gör suicidförsök än vi tidigare kunnat ana".

RIKSÄT: "Vi upptäckte att enheter tillämpar diagnoskriterier på olika sätt och att samma symtom inte alltid gav samma diagnos".

PsykosR: "Vi kan i nya plattformen identifiera hur stor andel av våra patienter som har en vårdplan som är upprättad i samarbete med kommunen".

Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister

De senaste åren har stora satsningar gjorts på de nationella kvalitetsregistren i psykiatri. NKP-projektet (Nationellt Kvalitetsregister i Psykiatri) hade bland annat som mål att skapa en gemensam webbaserad plattform (ReQua) för att för de psykiatriska kvalitetsregistrens räkning samla in information angående behandling och återkoppla resultat. I samband med uppstarten av ReQua har Socialdepartementet och SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) gjort ytterligare en satsning kallad "Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister". Denna satsning på 50 miljoner kronor syftar till att öka registrens täckningsgrad och uppmuntra verksamheterna att genomföra förbättringsprojekt baserade på informationen från kvalitetsregistren. Registren har identifierat kvalitetsindikatorer och satt upp målnivåer för dessa. Nästan 400 enheter har gensvarat och skickat in avsiktsförklaringar om att delta i projektet och sträva mot dessa målnivåer.

Exempel på aktiviteter som pågår i projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister som arrangeras i samarbete mellan KCP och SKL:

- *Inspirationsdagar för verksamhetsutvecklare i Örebro, Stockholm och Sundsvall*
- *Bildande av nationellt nätverk för verksamhetsutvecklare i barn- och vuxenpsykiatri*
- *Beräkning av täckningsgrad för respektive register per landsting. Redovisning med månatlig uppdatering i kartbilder på hemsidan*
- *Chefsdagar i Göteborg, Malmö, Linköping, Örebro, Stockholm och Umeå med utgångspunkt i egna data. Registerhållare deltar.*
- *Arbetsdagar i internatform för registerhållare*
- *Arbetsdagar i internatform för chefer och verksamhetsutvecklare för att hitta utvecklingsstrategier i kvalitetsregisterarbetet i det egna landstinget*
- *Utbildning i förbättringsmetodik planeras*
- *Utveckling av återrapporteringsverktyg i ReQua pågår*
- *Utveckling för dataöverföring från journaler till register pågår*
- *Informationsbroschyrer, posters och film produceras för att sprida nytta med kvalitetsregister*

Återrapportering av kvalitetsregisterdata

Det har funnits en berättigad kritik mot att alltför lite resultat återrapporterats till verksamheterna. Kvalitetsregistren och KCP har arbetat hårt för att komma tillrätta med det. De extra medel som nu tillskjutits från Socialdepartementet och SKL möjliggör ett flertal satsningar för att förenkla återkoppling av data till verksamheterna, vilket förhoppningsvis också kommer att bidra till ökad motivation att registrera patienter och därmed öka täckningsgrad och möjlighet att använda resultat för verksamhetsutveckling.

Utvecklingslinjer vi kan se framför oss är en ökad satsning på att leverera resultat i en form som upplevs användbara av vården. Idag skapas lösningar för kunskapsstöd vid bedömning och specialdesignade resultatrapporter för lokala behov. Arbete sker också för att möjliggöra integration med journaler så att registeruppgifterna blir en del av en strukturerad journalanteckning samtidigt som de skickas till kvalitetsregistren. Den nya plattformen kan också användas vid lokala behov av att samla in andra uppgifter, eller för insamling av data till forskningsprojekt som enheter valt att delta i inom eller utanför kvalitetsregistrens ramar.

Förutsättningar och utmaningar

Psykiatriska kvalitetsregister kan bli självklara och användbara verktyg för verksamhetsuppföljning, förbättringsarbete och forskning. Förutsättningar för att lyckas med detta är flera. Vid sidan av användarvänlig teknisk lösning och goda ekonomiska villkor finns också andra avgörande förutsättningar:

Registerhållare med styrgrupper som gör registret användbart för förbättringsarbete och forskning, genom att vara väl förankrade i professionens intresse och behov och som stödjer deltagande verksamheter till förbättringsarbete.

Medarbetare i psykiatrin som inkluderar och registrerar samtliga berörda patienter så att täckningsgrad blir hög och data representativa för diagnosgrupper och behandlingar.

Patienter som är villiga att delta med sina uppgifter.

Chefer och ledning som efterfrågar resultat från registren och använder dessa uppgifter för att följa och utveckla vården. Chefer som låter de psykiatriska kvalitetsregistren bli en återkommande punkt i agendan skapar förutsättningar för att de blir självklara verktyg i den ordinarie arbetsstrukturen i psykiatrin.

Genom fortlöpande dialog och gott samarbete mellan vårdens och kvalitetsregistrens företrädare kan vi gemensamt arbeta för patientens bästa. När vi har god kunskap om patientgruppens behov, regelbundet och systematiskt följer upp vårdinsatser och resultat kan vi säkerställa att vi ger en god vård som är forskningsförankrad och i enlighet med nationella riktlinjer.

KCP – Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister Örebro Uppsala
genom Tabita Björk - Verksamhetschef

Nya hedersledamöter i Svenska Psykiatriska Föreningen

SPF:s årsmöte som hölls i samband med Svenska Psykiatrikongressen i mars utsåg två nya hedersledamöter i föreningen:

Professor Lars von Knorring "för sin långa och framstående insats för svensk psykiatri och sina insatser för SPF i det nordiska samarbetet".

Docent Johan Beck-Friis som "genom sin forskning har fördjupat kunskapen om depressioner och deras behandling. Han har utvecklat sina tankar i två böcker som nått stor uppskattning och spridning i befolkningen."

I nästa nummer av Svensk Psykiatri kommer vi att berätta mer om de nya hedersledamöterna!

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson



Det senaste från METIS: Kurserna består även efter projektets slut!

Är du orolig för att kurserna i METIS-format ska försvinna?
Läs vidare så får du veta mer!

METIS-projektet har funnits sedan augusti 2007 och avslutas den 31 december 2012. Uppdraget var att utveckla kurser i 18 kursämnen, det blev totalt 21. Dessa kursämnen har blivit kurser som ges varje år och annonseras i IPULS SK-kurskatalog.

Flera kurser går två och ibland tre gånger om året för att möta behovet.

2012 blir det totalt 36 kurser. För 2013 planeras det 41.

De följer modern pedagogik, dvs. är gjorda så att deltagarna hålls aktiva under kursen.

Många kliniker runt om i landet är idag stolta lärare i någon/några av METIS-kurserna.

Men detta vet ni redan! Vill ni läsa mer om det, slå gärna upp något av de tidigare numren av Tidskriften för Svensk Psykiatri. Eller gå in på METIS hemsida www.metisprojektet.se alternativt på Socialstyrelsens hemsida, där ni hittar rapporterna (det senaste: www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-5) med resultat, statistik och bedömning av projektet.

**Nu gäller det framtiden.
Projektet avslutas och rapporteras till
Socialdepartementet.
Ett lyckat projekt.
Jätteroligt.
Men sedan då?**

Vad händer efter december 2012? Kommer kursmaskineriet att stanna upp?

Det korta svaret är: kursverksamheten fortsätter.

Läs vidare för det långa svaret.

Det ligger ett förslag hos Socialdepartementet att projektgruppen ska vara kvar som centralt kansli och stöd för kursgivarna. Det ligger också ett förslag om att få till statlig finansiering av regelbundna kursrevisioner. Socialdepartementet förefaller vara positivt till det. Man är där medveten om att lyckade projekt som inte permanentas tenderar att inte resultera i någonting.

Det är mycket som idag talar för (beslut kommer under juni månad) att på IPULS kommer det att finnas ett psykiatriskt kansli, finansierat med riktade medel från Staten. Kansliet kommer att fortsätta att stödja kursgivarna på samma sätt som under projektets tid.

Av de 41 planerade kurserna för 2013 kommer sannolikt åtminstone en del att vara fortsatt statligt finansierade. Alla kurser kommer att ges, men eventuellt kommer några att vara sådana att klinikerna måste betala en deltagaravgift.

Vill du följa utvecklingen? Följ det på METIS hemsida www.metisprojektet.se!

**Raffaella Björck
ST-studierektor Psykiatri Nordväst, Stockholm
Projektledare, METIS-projektet**

Synens många outgrundliga vägar



Foto: Shutterstock/Oleg Gekman

När jag först mötte den nu 66-åriga mannen tänkte jag att remissen nog stämde rätt bra. Min kollega, som var neurolog, hade ringt för några veckor sedan och berättat om denne man. Det fanns en lite triumferande ton i hur han berättade om patienten, om tidigare kollegors bedömning och sina egna diagnostiska tankar.

Vi har haft honom hos oss nu i en månad och han är ett urklassiskt exempel på ett somatoformt syndrom. Det skulle verkligen vara värt mycket för oss om du har möjlighet att träffa honom. Han kostar mycket möda och pengar; bara under det senaste året har han genomgått 4 datortomografier. Och visst har han haft något; det finns förändringar parietalt och även lakunärt, men inget som kan förklara hans beteende. Han är nästan hysteroid – det var länge sedan jag träffade någon med sådan problematik. Och ingen här på neurologen har tänkt i psykiatriska banor tidigare. Men han har varit ängslig, har svårt att sova, har fått en väldig ångest så fort makan har gått iväg. Hon jobbar fortfarande, stackars kvinna. Men jag lämnar honom i dina händer.

Olof (som jag kallar honom här) kom, ledsagad av sin hustru, som såg så mycket yngre ut än honom. Han satt i rullstolen med ett plågat ansikte, men sken påtagligt upp när han hälsade.

I den berättelse som sakta rullade upp sig med hjälp av Olof, hans hustru Anna, och journalhandlingar, kunde man ana hur båda makarna tidigt hade funnit varandra som ensamma båtar på stormigt hav och nära förlisning. De hade hittat ett sätt att leva, men kunde ändå inte låta bli att ständigt hacka på varandra. Så småningom hittade jag en modell där jag träffade den ena först och sedan den andra, för att oftast avsluta med båda tillsammans. Våra timmar hade inte sällan karaktär av parterapi på ett lite egendomligt sätt. Olof hade växt upp på barnhem. Båda föräldrarna försvann tidigt, svårt missbrukande och han har aldrig träffat någon av dem. Under de år vi hade kontakt berättade han egentligen aldrig vad han varit med om.

- Det är för smärtsamt, förstår du. Jag har låst in det här (han pekar mot huvudet), och ingen ska behöva veta vad jag har varit med om.

Jag tänkte att han på sätt och vis hade hittat ett sätt att hantera sitt behov att laga sin uppväxt genom sitt arbete som socionom; han hade en karriär bakom sig med arbete för utsatta barn i en mängd olika sammanhang – på missbruksenheter, omhändertagande i kommunen, kollo, och på senare år i ett projekt för unga inom kriminalvården. Han kunde berätta om hur hans hustru Anna hade varit räddningen för honom själv. De hade träffats i de tidiga tjugoåren, och hade i princip inte varit ifrån varandra sedan dess, annat än korta stunder. De hade aldrig fått några barn. Anna lät också ana att även hennes historia påminde om Olofs. Men hon hade valt en lite annan yrkesbana som ekonom.

Anna berättade om hur hon nu slets mellan sin känsla av att vilja hjälpa Olof i sin sjukdom, men hur hon nu inte kunde förstå hur hon skulle göra eftersom de hade sagt att han led av det där somatoforma syndromet.

- Då betyder det väl att allt bara är inbillning. Sedan några år har hans syn blivit sämre och sedan den näst senaste hjärninfarkten kunde han inte längre gå. Och Waranet ville aldrig komma i ordning. Värdena åkte upp och ned och det var så tröttsamt att alltid möta vårdpersonalens misstänksamma blickar. "Bristande compliance", hade någon sagt. Och hur mycket ska jag hjälpa honom – blir han bara sjukare av det?

Olof, å andra sidan, var plågad över den misstro han kände från Anna. Allt oftare tappade hon fattningen och skällde på honom. Kanske vore det bättre om han bara kunde dö. Då skulle han inte längre vara till besvär. Förresten var det tankar som han gått med hela livet.

Det som från början var tänkt att vara en kort konsultinsats blev på det där lite smygande sättet som man aldrig riktigt kan förstå hur det går till, till en mer långvarig kontakt, och när jag bytte arbetsplats hade jag inte hjärta att avsluta dem. Flera gånger sa de hur viktigt det var att få komma, och att det var en hjälp att inte ständigt hamna i luven på varandra. Det hade blivit lugnare.

Men en dag var det Anna som tog upp ett stort bekymmer för henne. Olof hade med stor emfas hävdade att han inte längre såg någonting. Men Anna kunde inte tro honom. Och detta ledde till ständiga konflikter. Hemma var han väldigt noga med att varje sak skulle finnas på sin plats. Det var något nytt sedan några år, men tvångsmässig hade han alltid varit och hon tänkte att det mest var ett uttryck för hans envishet och allmänna jobbighet. Men när de hade varit ute på en av sina många bilturer hade han plötsligt hojtat till och ropat åt Anna att väja undan. Och mycket riktigt; vid vägrenen hade en älg varit på väg rakt ut på vägen. Olof hade räddat livet på dem båda. Men det betyder ju att han kan se.

Då är han ju inte blind. Och det här var så plågsamt, för just som de hade börjat hitta ett sätt att leva med hans handikapp, så började tvivel att växa hos henne igen. Och hon kunde inte släppa det. Hur kunde det vara så att han är blind, och ändå kan se en älg vid vägrenen?

Jag tog upp den här situationen med Olof. Sedan några år hade han också börjat bli alltmer affektlabil, så snart sagt alla känslor fick honom att falla i gråt, något som också fick honom att skämmas mycket. Jag hade remitterat honom till en demensutredning, men de hade inte kunnat fullfölja utredningen, eftersom Olof hade vägrat komma till nästföljande besök där. I ett remissvar kunde man se en hänvisning till tidigare sjukhistoria; status postinfarkt, sannolik personlighetsstörning och somatoform problematik. Inga säkra hållpunkter för demensutveckling.

Olof visste inte själv riktigt vad som hade hänt. Med stor emfas hävdade han att han i princip inte kunde se någonting alls. Och hur han hade kunnat se älgen, det hade han inget svar på. Men han var förkrossad över vad det hade gjort med relationen till Anna. Nu var det återigen ständiga gräl och misstro. Hon stod bredvid och lät honom ställa saker på fel ställen eftersom bordet inte längre stod där han var van att det stod. Om han däremot stötte till ett glas eller liknande, så att det höll på att ramla ner i golvet kunde han fånga upp det. Det fick honom att undra om han faktiskt var hysterisk, som alla omkring honom tycktes tro.

Det här gav mig anledning att kolla upp hur det här kan vara. På många sätt hade det varit så lätt att förklara hans besvär som psykogent betingade. Olof hade verkligen stora bekymmer och hans svårigheter skulle väl låta sig förklaras utifrån ett behov och samtidig svårighet att hantera sin gryende ålderdom och sitt behov av alltmer hjälp, inte minst efter den hjärninfarkt han hade drabbats av. I samtalen återkom han ofta till sin oro över att Anna var på väg att tröttna på honom. Anna i sin tur hade tagit upp sin oro för hans oro och det faktum att hon för ett drygt år sedan hade opererats för en cancer i livmodern. Hon var väldigt orolig för hur det skulle gå för Olof om hon inte skulle överleva. Men just detta med synen höll på att slå sönder deras relation eftersom det slog in en kil i det förtroende som båda ändå kunde vila i, trots alla konflikter och småbråk. Anna visste inte hur hon skulle hantera det, och Olof plågades av att hela tiden ifrågasättas.

När jag tittade på svaret på den senaste datortomografin nämndes förändringar occipitalt, vilket skulle kunna stämma med symtomen på kortikal blindhet. Kortikal blindhet kan vara resultatet av en tilltäppning i arteria cerebri posterior, som leder till en occipital skada. Det kan vara ett lurigt tillstånd, som kan ge upphov till hallucinationer. Bristande insikt om blindheten är inte heller ovanligt. Ett fenomen som kan uppstå är det som kallas för Riddochs syndrom.

Detta innebär att man kan ha en i princip total blindhet, men ändå kunna se föremål i rörelse, medvetet eller omedvetet. Fenomenet som beskrevs av den brittiske neurologen George Riddoch (*The Reflex Functions of the Completely Divided Spinal Cord in Man (Compared With Those Associated With Less Severe Lesions)* and *Visual Perception After Occipital Injuries* (1917)). Det är intressant eftersom senare hjärnavbildningsstudier har pekat på hur synupplevelsen är ett sammansatt tolkningsprojekt som i princip kan beskrivas utifrån två vägar; "the high road" och "the low road". Den senare vägen för information fram mot temporala delar för objektigenkänning medan den övre vägen placerar objekt i rymden och hanterar tolkningen av rörelser. Intressant nog förefaller samma parietala område aktiveras när försökspersoner ställs inför mentaliseringsuppgifter som framför allt handlar om perspektivtagande.

Jag tror att det innebar en stor lättnad för både Olof och Anna att berätta om detta fenomen. Trots alla de psykologiska svårigheter som båda tampades med så var det här ett fenomen som så lätt skulle kunna förväxlas med konversionssyndromets uttryck. Registreringen av synintryck är en komplex process; syncortex bidrar till enklare perceptioner, men för att omvandla dessa till en upplevelse av att se krävs att andra delar av hjärnan aktiveras.

Men historien är även intressant ur ett annat perspektiv, som handlar om betydelsen av konsultation och samverkan i arbetet med komplexa fall.

Neurologen som kontaktade mig hade observerat aspekter av patientens svårigheter som på många sätt stämde väldigt väl. Han hade fångat upp Olofs psykiska sårbarhet, och att hans svårigheter inte enbart låter sig förklaras utifrån den stroke han drabbades av. Men det som tolkades som somatoforma besvär var inte typiska, och här var det till hjälp att som psykiater inte känna igen det som psykiatriska besvär. Det är troligen något vi skulle kunna använda oss mycket mer av än vad vi gör idag – att låta varandra bedöma våra patienter som vi inte blir kloka på. De observationer som vi då kan göra kan ge ledtrådar till oväntade fenomen, som Riddochs syndrom.

Nu är det här ett exempel i gränslandet mellan psykiatri och neurologi. Det vi kan avundas neurologin är hur distinkta skador kan korrelera mot bortfallssymtom av olika slag. Frågan är om vi inte på motsvarande sätt skulle ha glädje av att i än högre grad än vi idag gör, försöka korrelera psykiatriska symtom till vad vi känner till om hjärnan. Kanske skulle vi bättre kunna ge stöd, om vi hade en bättre föreställning om vilka delfunktioner som falerar.

Hur gick det för Olof? Jag hade kontakt med honom något år till. Relationen med Anna blev successivt lugnare. Anna kunde också med stor vanda berätta om sin egen sjukdom för Olof, och det hade blivit långt mindre dramatiskt än hon hade befarat.

Den demensutredning som tidigare hade påbörjats kunde också slutföras och mynnade ut i en vaskulär demensutveckling som sakta kom att kräva allt mer stödinsatser från hemtjänst och primärvård.

Göran Rydén

Överläkare, Affektiva sektionen
Norra Stockholms Psykiatri

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Att börja använda strukturerade hjälpmedel i diagnostiken

En barnpsykiatrisk bedömning bör innehålla diagnostik enligt DSM-IV (alt. ICD), bedömning av barnets sociala situation samt dess tidigare och nuvarande psykosociala och fysiska utveckling inklusive eventuell somatisk sjuklighet. Det hela bör utmynna i en skraddarsydd behandling för det enskilda barnet där hänsyn både tas till diagnos samt de risk- och friskfaktorer som framkommit (1).

För att diagnostiken ska ha ett tillförlitligt värde i både behandling och forskning är det viktigt att den är så korrekt som möjligt och det är ju inte alltid så lätt med tanke på att det främst är symptomdiagnostik som vi än så länge sysslar med inom psykiatin.

Hur ställa "rätt" diagnoser?

Många av oss träffar patienten och förhoppningsvis också anhöriga en eller flera gånger. Vi frågar och bedömer problematiken utan hjälpmedel. Det är en så kallad klinisk intervju. Är det bra nog?

I en utmärkt föreläsning (som finns att se på internet) om diagnostik av Mia Ramklint (2) påpekas att även erfarna psykiatrer har en mycket dålig överensstämmelse i vilka diagnoser de ger samma patient när de bara använder klinisk intervju som diagnostisk metod. Detta beror på diverse olika fel – selektion av information och frågor, fördomar, intresse för ett visst område, glömska etc. – vilket förtjänstfullt går igenom i föreläsningen.

Genom att införa semi-strukturerade/strukturerade diagnostiska intervjuer (som exempelvis SCID för vuxna eller K-SADS för barn) i diagnostiken kan överensstämmelsen mellan olika psykiatrer förbättras dramatiskt och bli lika god som mellan radiologer som tolkar röntgenbilder eller kardiologer som tolkar EKG (2).

Trots att detta varit känt sedan länge används strukturerad diagnostik fortfarande allt för sällan i den kliniska verkligheten. I Socialstyrelsens BUP-översyn 2009 noterades man att diagnostiken inom BUP huvudsakligen baserades sig på kliniska bedömningar och symptomskattningar. Strukturerade diagnostiska intervjuer användes i liten grad vilket bedömdes göra diagnostiken mindre pålitlig (1). Förhoppningsvis har dock en del positivt hänt sedan rapporten skrevs.

Mina egna erfarenheter från randning inom vuxenpsykiatri får mig att misstänka att det inte står bättre till där. Gick man igenom en öppenvårdsjournal kunde det ibland vara så att patienten bytte diagnoser lika ofta som den bytte läkare och mycket sällan gjordes en strukturerad diagnostik.

Socialstyrelsen tar ett initiativ

För att förbättra diagnostiken inom BUP gav Socialstyrelsen uppdrag till UPP-centrum att arrangera en kurs i K-SADS under 2010. K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children) används mycket inom forskning och är hittills den av de allmänna diagnostiska intervjuerna för barn som har bäst vetenskaplig dokumentation, dock borde den valideras ytterligare (3,4,5). På kursen skulle deltagarna dels lära sig använda K-SADS men också bli utbildare i metoden. Kursledare var Mia Ramklint och lärare var Tord Ivarsson, Håkan Jarbin och Kerstin Malmberg. Jag hade förmånen att gå kursen.

Min K-SADS-resa.

De första K-SADS-intervjuerna var relativt mödosamma och små berg att bestiga för mig som ovan användare men allt eftersom jag lärde känna materialet gick det allt bättre och snabbare. Jag tyckte att jag fick god hjälp i det diagnostiska arbetet, speciellt i de krångliga fallen som spretade åt olika håll. Jag kände också att jag blev bättre på att värdera symtom och att jag hade nytta av det jag lärde mig även i rent kliniska bedömningar.

Jag har nu lärt ut K-SADS till ett tjugotal individer i BUP Dalarna, både till läkargruppen och till andra personalkategorier. Jag har också haft nöjet att träffa kollegor i Gävleborg för att lära ut K-SADS. De flesta har varit positiva och har, efter att de första jobbiga intervjuerna genomförts, känt att de fått ett bra kliniskt verktyg. Lärdomarna från vetenskapliga utvärderingar (2) verkar upprepas: man hittar mer samsjuklighet, bland annat mer PTSD, än man tidigare gjort. Många känner också att de är tryggare i sin bedömning efter att ha gjort en K-SADS.

Det ska bli spännande att se om och hur BUP Dalarnas arbete kommer att påverkas av metodens spridning. Redan nu märks att de K-SADS-tränade individerna tillfrågas om de kan göra en K-SADS-intervju i de mer komplicerade fallen som kommer upp på behandlingskonferenserna. Det efterfrågas också allt tidigare i vårdförloppet. Förhoppningsvis kan det också leda till att allt fler vanliga patienter bedöms med hjälp av K-SADS eller någon annan strukturerad intervju, inte bara de komplicerade.

K-SADS, MINI-kid eller något annat?

Kanske kommer MINI-kid att ta över K-SADS ledande roll inom BUP. En första amerikansk studie visade att den var jämbördig med K-SADS men tog mindre än hälften av tiden (6). Det är dock bara en studie och mer forskning behövs och pågår sannolikt. En personlig reflektion är att även om K-SADS tar längre tid så tycker jag också att den ger mer hjälp i att bedöma vad som verkligen är ett kliniskt symtom till skillnad från "normalsymtom" än MINI-kid.

I vilket fall: det är bra att lära sig att använda semi-strukturerade/strukturerade diagnostiska intervjuer. Lär du dig en har du lättare att lära dig en annan om "gold standard" skulle ändras. Så med denna artikel vill jag slå ett slag för en strukturerad diagnostik: en diagnostik som innehåller klinisk intervju, en validerad diagnostisk intervju, information från flera källor, eventuella diagnosspecifika instrument och skattningsformulär samt bedömning över tid. Då blir diagnostiken som bäst - och troligen också möjligheterna att hjälpa (2)!

Henrik Wolgast

**Snart färdig specialist i Barn- och Ungdomspsykiatri
BUP Dalarna**

K-SADS-material, sprids via Tord Ivarsson på BUP:s hemsida. Gratis, men kräver utbildning i metoden:
<http://www.sahlgrenska.se/su/bup/tester>

Källor:

1. "Barn- och Ungdomspsykiatriens metoder", Socialstyrelsen, 2009
2. "Godtycklig Diagnostik", föreläsning Mia Ramklint, Uppsala Universitet. <http://media.medfarm.uu.se/flvplayer/godtyckligdiagnostik/video1/part1>
3. "Metoder för diagnostik, bedömning och uppföljning av personer med förstämningssyndrom", kap 3, den systematiska litteraturöversikten. SBU-rapport 2012-01-11.
4. Lauth et al. Validity of K-SADS PL depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64(6): 409-420.
5. Amrosini. Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(1):49-58.
6. Sheehan et al. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry* 2010;71(3):313-326

Ny överenskommelse om psykiatrisatsning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen träffar i slutet av maj en ny överenskommelse om psykiatrisatsningar för 2012-2014.

Det handlar om samma mängd pengar som avsatts de senaste åren, det vill säga närmare 867 miljoner kronor varav 350 miljoner utgörs av en prestation- och resultatnriktad del och ytterligare 106 miljoner avsätts till utvecklingsarbete där flera projekt redan är igång. De detaljerade skrivningarna om pengar handlar om 2012 års medel, alltså innevarande år, vilket betyder att det återigen är kort om tid.

Intentionen är att det ska bli bättre framförhållning till de kommande åren. Konstruktionen av prestationer och utvecklingsarbete för 2012 handlar därför mycket om att bygga upp strukturer som gör att såväl staten, kommunerna och landstingen kan följa upp resultatet av satsningarna. Jag tror att det på sikt också är det bästa för patienterna, människor med psykiska sjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar. Det är störst chans att resurser och kompetens satsas på rätt ställe om vi tydligt följer vad det blir för resultat för de individer som insatserna var avsedda för.

En överenskommelse bygger alltid på en förhandling. I det här fallet har staten pengar som man vill ska förbättra livet för människor som har, eller riskerar att få, psykiska problem. Regeringen - och ytterst Socialdepartementet - vill att pengarna ska leda till att eftersatta områden lyfts fram, att nya metoder och arbetssätt kan prövas och att kommuner och landsting ska få bättre förutsättningar att främja psykisk hälsa och förbättra insatserna vid psykisk ohälsa. Sveriges Kommuner och Landsting vill att stimulansmedel ska ges på ett sätt som innebär att man kan anpassa utvecklingsarbetet efter lokala förutsättningar och att det inte innebär ett stort merarbete bara att få del av medlen, på grund av exempelvis komplicerade ansökningsförfaranden eller konstruktioner som inte passar. SKL vill också ha sammanhållna långsiktiga satsningar så att man vet inom vilka områden man har pengar och att det är under så lång tid att det går att utnyttja till ett konstruktivt förändringsarbete. Under våren har SKL:s politiker tagit fram en handlingsplan som är grund för de frågor vi drivit i överenskommelsen.

Prioriterade grupper

Det finns några grundläggande strategier i överenskommelsen. En sådan är att det finns behov av att fokusera på några delar och kraftsamla i några frågor för att verkligen åstadkomma förändring.

Det behövs samordning och en pådrivande kraft för att stimulansmedel och goda intentioner ska ge nödvändiga förändringar som syns i verkligheten, utan att för den skull detaljstyra och riskera att slå sönder sådant som redan fungerar.

Barn och unga, mellan 0-25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom

För att kraftsamla är det två områden, två målgrupper som prioriteras i överenskommelsen:

- Barn och unga, mellan 0-25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom
- Personer med allvarlig psykisk sjukdom och långvarig psykisk funktionsnedsättning

Det här är ett sätt att ta krafttag från två håll. Dels tidiga insatser, det vill säga allt från hälsofrämjande insatser till högspecialiserad vård, vid komplicerade tillstånd, för barn och ungdomar. Dels insatser till de individer som har de svåraste och mest komplicerade tillstånden med stora behov av insatser. Med personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik menas personer som till följd av en allvarlig psykisk sjukdom, eller en allvarlig psykisk funktionsnedsättning, har en långvarig nedsättning av den psykiska funktionsförmågan som leder till väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden såsom t.ex. boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, sociala relationer och fritid och som påverkar den kroppsliga hälsan. Uppskattningsvis handlar det om 50-80 000 personer.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom och långvarig psykisk funktionsnedsättning

Prestationsbaserade medel

För att verkligen se att stimulansmedlen ger effekt vill regeringen ha prestationsbaserade medel. SKL kan se en fördel i detta om det innebär att kommuner och landsting kan använda medlen på det sätt som det finns störst behov av lokalt. Det minskar risken för att medel inte kommer till användning för att de inte blir sökta.

För att inte få negativa konsekvenser måste prestationerna vara utformade på ett klokt sätt vilket kommer att vara en av de stora utmaningarna framöver.

Samordningsfunktion

En nationell samordningsfunktion inrättas med syfte att, genom ett gemensamt ansvarstagande från Socialdepartementet och SKL, skapa bästa möjliga förutsättningar för en positiv utveckling inom området. SKL bidrar bl.a. till samordning av genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting samt att skapa möjligheter för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting. Arbetet ska ske i samverkan med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga och i samråd med aktuella myndigheter. Initialt kommer det att innebära att det finns en person på SKL och en på Socialdepartementet som får ansvar att utveckla en kraftfull samordnande drivkraft.

Vad krävs för att få del av medlen?

350 miljoner fördelas lika mellan kommuner och landsting för 2012. Pengarna ska fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell. Medlen fördelas till kommuner och landsting baserat på antalet invånare inom respektive län. För att överhuvudtaget kunna ta del av några medel krävs att två grundkrav uppfylls.

Grundkrav

I länet ska det finnas ingångna överenskommelser om samarbete mellan kommun och landsting kring personer med psykisk funktionsnedsättning enligt 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och 5 kap 8 a § i socialtjänstlagen (SoL) samt ingångna överenskommelser om hur individuella planer för individer (tillhörande målgruppen) som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt 3 f § HSL och 2 kap 7 § SoL ska upprättas.

I länet ska det finnas beslut som tydliggör ansvarsfördelningen inom och mellan kommun och landsting för insatser till barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa.

Prestationsmålen för 2012 är:

1. *Individuella planer*
100 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som är delaktiga i utvecklandet av det inrapporteringsystem för antalet upprättade individuella planer och genomförda uppföljningar som tas fram inom ramen för det s.k. Psynk-projektet.
2. *Tillgänglighet inom första linjen*
50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som deltar i en förstudie av hur tillgängligheten till den s.k. första linjens vård ska kunna mätas. Kommunerna och landstingen ska delta aktivt i utvecklingsarbetet, pröva skapade funktioner samt lämna synpunkter på framtagna modeller

3. *Registrering i nationella kvalitetsregister*
100 miljoner kronor fördelas till de landsting där 75 procent av relevanta enheter inom landstinget är med och registrerar i nationella kvalitetsregister.
4. *Inventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning*
100 miljoner kronor fördelas till de kommuner som aktivt testar den nationella sammanställningsfunktion som baseras på Socialstyrelsens verktyg för inventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning och deras behov.

Dessa prestationsmål är för 2012 inga resultatmått utan bara en förberedelse för att senare, under kommande år, kunna sätta mål och mäta sådant som handlar om resultat för patienter eller klienter. Utöver dessa prestationsmedel finns de 214 miljoner i tillgänglighetssatsningen som redan är beslutade till prestationsbaserad ersättning till landstingen för förstärkt vårdgaranti, barn och unga.

Det finns alltså en tydlig intention från både regeringen och SKL att syftet med denna överenskommelse är att psykiatrisatsningarna ska leda till att det blir skillnad för dem vi har uppdrag att hjälpa.

Utvecklingsarbete

Till olika utvecklingsprojekt avsätts 106 miljoner kronor i överenskommelsen. Det handlar till stor del om projekt som redan är påbörjade men som vi nu försöker samordna och se till att de bidrar till att möjliggöra för kommuner och landsting att klara sina prestationsmål. Arbetet kommer att drivas och samordnas från SKL men i huvudsak ske ute i kommuner och landsting.

För fokusområdet barn och unga finns Psynk – synkroniseringsarbete för barn och ungas psykiska hälsa, Självskadeprojektet och Tillgänglighetssatsningar. För personer med omfattande problematik kommer arbetet med Bättre vård mindre tvång fortsätta och utökas med ytterligare stöd till förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Dessutom ska ett arbete göras kring integrerade verksamheter för personer med behov av insatser från flera huvudmän.

Utöver detta kommer en pilotstudie att göras kring hur olika IT-lösningar kan användas på ett effektivt sätt i arbetet med psykisk hälsa och ohälsa.

Vi vill hitta enkla och tydliga sätt att stödja effektivt förbättringsarbete. Vi ser som vår uppgift att omvärldsspana, sprida framgångsrika exempel, påverka myndigheter och statliga organ och andra aktörer att bidra med underlag, kunskapssammanställningar och andra aktiviteter som möjliggör positiv förändring.

Vi kommer också att lägga mycket tid på att föra diskussioner med politiker och makthavare om vilket stöd som behövs för att verksamheterna ska få förutsättningar att uppnå goda resultat för patienter och klienter. Data och möjlighet att jämföra förutsättningar och resultat ser vi som en viktig faktor för att synliggöra de stora behov av insatser för psykisk ohälsa som finns men också som underlag för att se att satsningar och prioriteringar ger önskad effekt.

Alla måste bli bättre om vi ska kunna möta den ökade efterfrågan, den ökade ambitionsnivå och krav som människor har rätt att ställa utifrån dagens kunskapsläge.

Utbetalning av medel

Pengar kommer att betalas ut till de kommuner och landsting som uppfyller kraven och prestationsmålen. För att ett landsting ska kunna få del av medlen måste grundkraven, det vill säga överenskommelser, finnas med ett så stort antal av kommunerna att det täcker 80 procent av invånarantalet. Pengarna betalas ut i slutet av året efter godkännande av Socialstyrelsen.

SKL kommer att ge tydliga instruktioner och stöd till kommuner och landsting kring hur man ska göra för att uppnå målen och kunna ta del av medlen. Vår uppgift är att hjälpa våra medlemmar, det vill säga kommuner och landsting, att klara att göra de förändringar som krävs för stimulansmedel men samtidigt framför allt att accelerera takten i förbättringsarbetet så att verksamheterna kan ge bättre vård och stöd.

Många invändningar

Det kommer självklart att vara många som ifrågasätter denna överenskommelse och från helt olika perspektiv. Verksamhetsföreträdare kommer att oroa sig för att pengarna inte når deras verksamheter. Patienter och brukarföreningar kommer att oroa sig för att detta bara är ord och att inga förändringar kommer till stånd. Vissa kommun- och landstingsföreträdare kommer att tycka att staten lägger sig i för mycket och att kraven för att få medel är för skarpa. Samordningsfunktionen kan misstänkas bli tandlös eller väcka farhågor om att SKL samarbetar för mycket med staten.

Vi har redan nåtts av en mängd invändningar och kloka råd. Problemet är bara att vi alla tycker så olika. De flesta talar för sin egen verksamhet, målgrupper eller utifrån förhållandena i det egna landstinget. Överenskommelsen består av det som vi bedömde vara möjligt just detta år.

Vi som jobbar med psykiatrirådgivning på SKL ska göra vårt yttersta för att det utvecklingsstöd som ges kommer att beakta de olika förutsättningar som råder i kommuner och landsting. Vi vill skapa ett nätverkstänkande bland alla aktörer där det blir tydligt att vi gemensamt måste hitta lösningar och där det finns flexibilitet att ändra kurs när vi ser hur verkligheten förändras. Ledning och styrning är svårt och det

gäller att vi ger beslutsfattarna bra underlag för beslut. Då måste all kunskap sammanföras från patienter, närstående, brukare, experter, forskare, verksamhetsföreträdare och de som arbetar närmast människorna. Det är ett gemensamt ansvar för oss alla att försöka se både helhet och delar och skapa bästa totala utveckling.

En annan invändning är att det som kallas psykiatrisatsning inte handlar om psykiatri. I överenskommelsen används begreppet psykisk ohälsa på olika sätt i olika sammanhang. I vissa sammanhang står psykisk ohälsa för psykiska symptom som visserligen kan vara mer eller mindre plågsamma för symtombäraren men ändå inte så uttalade att de kan klassificeras som psykisk sjukdom. Några vanliga exempel är oro, nedstämdhet, ångslan och sömnsvårigheter. Men ofta används psykisk ohälsa också som ett vidare samlingsbegrepp som inrymmer såväl psykisk sjukdom som psykisk funktionsnedsättning samt sådana besvär som ovan beskrivits. I den här överenskommelsen är inriktningen ett bredare grepp som omfattar både psykisk ohälsa i den bredare definitionen men också hälsofrämjande insatser när det gäller båda målgrupperna det vill säga barn och unga och de som har omfattande problematik. Strategin att ta två områden var att vi inte bara kan släcka bränder utan måste arbeta förebyggande och när det gäller barn och unga måste vi ta ett helhetsgrepp. För gruppen som är svårast sjuka och som har en komplicerad problematik handlar det i stor utsträckning om det som vi brukar beskriva som psykiatrins kärnuppdrag. Även för dem med till exempel svår schizofreni eller bipolär sjukdom är det viktigt med förebyggande insatser för t.ex. kroppslig ohälsa eller för insjuknande i komplicerande psykiatriska tillstånd.

Strategin med två målgrupper i båda ytterändarna är alltså att både komma in tidigt och att förbättra insatserna för dem med störst behov.

Det återstår att se om detta är en bra strategi. Samtidigt har vi alltid möjlighet att se till att det går bättre eller sämre. Jag ser denna överenskommelse som en möjlighet och hoppas att många andra gör det samma. Tillsammans har vi möjlighet att göra det bästa av dessa pengars.

**Ing-Marie Wieselgren
Specialist i psykiatri
Sveriges Kommuner och Landsting**

Mer information kommer att finnas på:
www.skl.se/psykiskhalsa
www.skl.se/psynk
www.regeringen.se



Fördelar med Cipralex® munsönderfallande tabletter

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

Nu finns Cipralex® (escitalopram) som munsönderfallande tablett!

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



Tillbaka till livet

cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F), ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). SPC 2012-01-19. DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska, munsönderfallande tabletter 10- och 20 mg. För pris och vidare information, se FASS.se.

1. Navarro, Adv Ther (2010), 27 (11):785-795. 2. Nilausen, Linde, VanGerven, Poster presented at EPA Vienna 2011.

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

Ny utredning kring aktivitetssättning

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen "att utveckla metoder för bedömning av arbetsförmåga i förhållande till anpassat arbete för personer som ansöker om aktivitetssättning."

En expertgrupp har tillsatts av Försäkringskassan. I gruppen ingår representanter från bland annat Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Samhall, Handisam, särskolan och Läkarförbundet vilket här representeras av Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse, här representerad av undertecknad.

Bakgrunden till utredningen är att många personer som får aktivitetssättning för förlängd skolgång därefter får fortsatt aktivitetssättning relativt slentrianmässigt utan att någon ordentligare bedömning görs av arbetsförmågan. Någon vidare utredning eller rehabilitering sker oftast inte under tiden som personen uppbär aktivitetssättning.

I den nya utredningen är intentionen att finna metoder i form av standardiserade test i vilka sökanden får besvara frågor angående sin arbetsförmåga och därigenom kunna bli mer delaktig i planeringen kring sin rehabilitering, för att nå arbetsförmåga.

I dag baseras beslutet om aktivitetssättning på läkarutlåtanden, som enligt Försäkringskassan ofta är undermåliga. Oftasaknas även enhetlig bedömningsgrunder

och besluten kan därför till viss del bli slumpmässiga. Expertgruppen ska således arbeta med att finna ett lämpligt instrument för att mäta den sökandes förmåga att klara ett anpassat arbete. Det bedöms att det framöver kommer att finnas ett behov av att komplettera dagens medicinska underlag för ansökan om aktivitetssättning. Kanske behövs också en praktisk testning av arbetsförmågan.

En viktig fråga är vad som händer med personer som uppbär aktivitetssättning då de fyller 30 år. I dag har 23 000 personer aktivitetssättning och av dessa har 600 fått varaktig sjukersättning vid 30 års ålder.

Hur ska man skapa ett ökat samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kring dessa frågor? Hur ska man tidigt kunna öka den sökandes förståelse och delaktighet för aktuella regler inom Försäkringskassan? Detta är frågor som expertgruppen kommer att arbeta vidare med. En slutrapport ska enligt planeringen vara klar i januari 2013.

Astrid Lindstrand
Skattmästare i Svenska Psykiatriska Föreningen
Överläkare vid Norra Stockholms Psykiatri



Foto: Privat

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Simon Kyaga

SPF's rikstämmostekreterare

Född

1976

Bor

Stockholm

Familj

Sambo och två småbarn

Arbetar

S:t Görans och Karolinska Institutet

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Har aldrig riktigt förstått skillnaden mellan att jobba och inte jobba, gör mest det jag tycker är kul.

Favoritmat

Just nu den välhända entrecôte från kvartersbutiken Oaxen, egengjord bearnaise från Danyel Couets bok om Paris och Ulrikas pommes frites på bakpotatis.

Gärna med ett glas Stoneleigh Pinot Noir...

Senast lästa bok

Imagine – How Creativity Works, av Jonah Lehrer

Vad gör Dig lycklig?

Fred på jorden? Fast nu senast när Lufthansa efter 48 timmars försening till slut fick tag på ett flyg från ett blåsig Florens.

Vilka förebilder har Du?

Oj, det är många...

Några av de som påverkat mig mest är Martin Buber, Paracelsus, Mikael Landén, Dalai Lama, Viktor Frankl, Nils Stormby, min familj och sen i mars i år Hagop Akiskal.

Vilka är SPF:s största utmaningar under de närmsta åren?

Att våga tänka nytt och annorlunda. Fast det är knappast någon utmaning med den nuvarande styrelsen...

Stina Djurberg
SP Redaktion



Perspektiven kan växla

Några egocentriska nedslag (tro inte på enskilda personers memoarer!)

Sjukvården utgör en smältdegel med många olika intressen, ibland likartade, ibland motstridiga. Man kan som chef alls inte vara vän med alla intressenter. Ibland stämmer det på det personliga planet, ibland inte alls. Att personal ska ta stor hänsyn till patienter är självklart, men även olika personalkategorier måste få en dräglig tillvaro. Det gäller inte bara underordnade – "chefer" av olika slag kan göra tillvaron odräglig för andra.

Det vore enklare med klar och genomtänkt organisation – vem ska rådgöra med vem, vem ska bestämma och få sista ordet? Men med alla omorganisationer och maktgalenskap på olika nivåer kan det bli svårt eller omöjligt.

Vi ska tillgodose många olika "rättmätiga" intressen, t.ex:

Patienters
Anhörigas
Professorers
Undersköterskors
Sjuksköterskors
Kommunalpolitikens
Medicinska analytikens
Kuratorers
Psykologers
Sekreterares
Sjukvårdsdirektörers
Sjukvårdsstyrelser
Sjukvårdspolitikens
Patientorganisationers
Biträdande överläkares
Sjukhusfarmaceuters
Medicinjournalisters
Klinikchefers
Försäkringskassans
Fackliga organisationers
Politiska partiers
Medicinstudenters
Ekonomers

Etikers
Skandaljournalisters

Alla brukar vilja ha allt, genast. Producera mer, med allt högre krav och med allt mindre resurser!

Chefer inom psykiatri är i allmänhet tillsatta med hänsyn till kliniska medicinska meriter, forskningsmeriter, undervisningsmeriter, administrativa meriter, externa uppdrag och avsaknad av anmälningar om tjänstefel. Men TV-mässighet och välsmort munläder har sällan formellt vägts in. Och krishantering i reell arbetsmiljö har man sällan tränat. Avundsjuka och hämndlystnad kan ge avtryck.

Universitetskliniker utgör en kritisk arbetsmiljö där hierarkin ofta är oklar. En eljest rätt klok expeditionsföreståndare såg till att forskare placerades så långt som möjligt från varandra. Så saboterar man nödvändigt samarbete inom forskning. Att vissa landstingsanställda (långt ifrån alla) på olika nivåer försökt inrätta skottpengar på forskare är välkänt. Vi ska inte bara vara till för patienters omedelbara behov.

I SP 1/2012 s. 59 framstår konflikten tydligt när Karin Enzell redogjorde för hur man invigde en nybyggnad på universitetssjukhuset St Göran i Stockholm. Landstingssidan var rikligt företrädd med fem olika makthavare och administratörer, men universitetssidan fick med 100 % lysa med sin frånvaro!

Problemet har under de senaste åren delvis korrigerats både i Stockholm och i Göteborg genom inrättande av dubbelt chefskap, så att nya enheter invigts gemensamt av rektor och landstingsråd. Men att klinisk forskning i Sverige gått tillbaka har klart haft att göra med skevhet i ledarskap och chefskap. Kortsiktighet har gällt, inte framåttänkande! Att bygga upp slagkraftiga forskningsmiljöer tar decennier, men riva ner dem kan man göra över en natt.

Tro nu inte att jag bara vill låsa fast mig i yrkeskollegialitet. Överläkare kan vara odrägliga. Och jag är personligen sedan decennier nära vän med min förre sjukvårdsdirektör Göran Rådö.

Vem gör det bästa jobbet? Hur ska man mäta? Det finns mängder av sätt att bedöma arbetsinsatser. Pinnstatistik, gosighet, internationellt anseende, tio-i-topplistor??

Arbete kan på oklara grunder omvärderas fortare än man anar.

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet



SPK

Svenska Psykiatrikongressen 2012

I år var vi rekordmånga: 620 medlemmar deltog i årets upplaga av SPK. Mötet hölls liksom förra gången i Göteborg på Filmstaden Bergakungen. Under tre dagar bjöds på upp till 6 parallella vetenskapliga program. Dessutom kunde man allmänbildas sig genom en Psykiatrisk filmfestival och ett "Kulturspår" med inslag om litteratur och konst med psykiatrisk anknytning. Våra brukare kom också till tals, NSPH, Nationell Samling för Psykisk Hälsa disponerade en egen salong för sina seminarier. Under luncher och pauser var foajén proppfull. Man tillät oss inte att ta in en enda person till!

Programmetspeglade hela det psykiatriska sjukdomsspektrat från Sexologi till Psykofarmakologisk behandling av psykossjukdomar via Äldrepsykiatri och Psykoterapi. Intresset för samhällsfrågor är också stort: många lyssnade på Soki Choi som disputerat på och talade om Evidensbaserad förändringsledning. Tvångsvård av unga kvinnor med självskadebeteende uppmärksammades liksom Psykiatri och media. "Bli en skrivande psykiater" var rubriken.

Vid den uppskattade filmfestivalen visade flera kollegor filmklipp för att bland annat demonstrera den suicidala processen eller släktskapet mellan dröm och film. Woody Allen-filmer fick illustrera "den bedrägliga medvetandeströmmen och prefrontal funktion." Även Maud Nycanders dokumentär Sluten avdelning från 2010 specialvisades.

En kongress för kollegor är inte bara att insupa kunskaper utan ett tillfälle att träffa nya och gamla bekantskaper vilket är så stimulerande. Minnen från kongressen blandas nu med intryck från det dagliga arbete vi har återvänt till. Under kongressen hade vi åter glädjen att av Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen vara bjudna till mingel med riklig förtäring på Börsen. Vår kongressmiddag arrangerades i Göteborgs gamla posthus som nyligen färdigställt till hotell.

Det är med stolthet vi berättar om detta och med beklagande till er som inte hade möjlighet att delta. Nästa år är Svenska Psykiatrikongressen i Stockholm. Välkomna då!

Arne Stenstedt
Pressekreterare, SPF

Små tankar från ett psykiatriskt popcorn



På avstånd kan jag associera besöket vid den psykiatriska kongressen med att arbeta på en hamburgersylta. McDonalds. Eller kanske Max. Komma hem varje kväll med stanken av frityrolja ända in på skinnet. Kort sagt lukta pommes frites. Skillnaden är att doften i de psykiatriska biosalongerna utgörs av popcorn. Mildare men väl så genomträngande. Och detta sagt helt utan andra liknelser i övrigt.

Så med denna lätta doft av popcorn har jag tillbringat några dagar i biosalongernas ljusskygga rum och bekväma fåtöljer. Beskådat och deltagit i såväl föreställningar kring tvång och våld som mer lättsamma sådana i skuggan av placebo och hjärnans gudomliga vindlingar. Dessemellan i korridorerna med hugg och slag uppvaktad av läkemedelsindustrins munväder uppskruvat, på sedvanligt sätt, till kulingstyrka. Nordost minst 18 meter per sekund.

Nu ett par dagar senare har doften klingat av och jag har börjat vänja mina ögon vid naturligt ljus. Släpper lös mitt hundspann av tankar och lägger märke till att de i första hand nosar upp en rad saknader. Där i första raden svårigheten att finna en identitet som just psykiater faller på läppen eller sticker i min starrögda blick. Som novis skulle jag önska mig ett större naturligt sammanhang. Att själva psykiatrin erbjöd kanske just en av alla dessa biograffåtöljer som en varm och välkomnande tillhörighet.

Men föreläsningar och seminarier är som uppträdde på en rosenkrans utan inbördes samtal. Ingen invigning. Ingen avslutning. Alla upptänkliga större penseldrag över den psykiatriska duken lyser med sin frånvaro.

Så landar också flertalet möten och seminarier för mig som vore de utkastade på ett stort fält. Här en burk valfri neuroleptika. Där borta en eller annan patientförening och en handfull register. Och det är varken actionrullar eller romantiska komedier jag förväntar mig ska vevas förbi på filmduken.

Kanhända är det bara nybörjarens naiva, möjligen bedrägliga, blick jag låter svepa över församlingen då jag resonerar i dessa banor. Kanhända är det en del av psykiatrins problem som avspeglas för den som blott står med ena benet innanför kriticirkeln. Det andra fortsatt kvar i många års allmänmedicinskt sammanhang. Med Henrik Ibsen konstaterar jag därmed en smula vemodigt att jag finner föreställningen " styckevis och delt ".

Torsten Green-Petersen
på väg att bli specialist i psykiatri efter många års arbete inom
allmänmedicin

Susanne Bejerot "OCD – hur förändras tvångssyndromet hos den äldre befolkningen?"

Prevalens i befolkningen för OCD är ca 1,4 %. Ofta kroniskt förlopp med bättre och sämre perioder. Hos äldre prevalens för OCD ca 1,5 % samt ca 1,5 % "subthreshold" OCD. Personlighetsstruktur ofta ängslig, föga impulsiv. Sämre prognos vid magiskt tänkande, insjuknande före 20 års ålder, initialt kroniskt förlopp, låg social funktion, uttalade ritualer. Genetiska faktorer spelar roll. En del patienter insjuknar efter streptokockinfektion. Vid insjuknande >50 år kan det föreligga en organisk genes. Bara 0,5 % debuterar efter 60-årsåldern, 4 av 5 patienter visar i så fall cerebrala lesioner framförallt i prefrontal-subcortikala "circuits". Som biverkan av Parkinsonbehandling eller restless legs-behandling med dopamin kan det uppträda en "compulsive behavioral repertoire" som skiljer sig från OCD. Vanlig samsjuklighet förekommer med depression, GAD, paniksyndrom, specifik fobi. Samlartvång vanligt hos äldre. 20 % av samlare har OCD. 20 % av patienter med autism är samlare. Hoarderism blir egen diagnos i DSM V. BOCS självskattningsskala används för OCD utredning och uppföljning. Det finns en KBT-manual skriven av Steketee och Frost 2007, 20 sessioner, 17 veckor. Medicinsk behandling i första hand med SSRI, ev. med 12,5 till 75 mg klomipramin. Invänta effekt 10-12 veckor. Långsam upp- och nedtrappning. Ev. tillägg av Risperdal (0,5 till 2 mg) eller Abilify (10 mg). Ev. tillägg av Ebixa 5-18 mg till SSRI-behandling. I tredje hand kan ECT-behandling bli aktuellt.

Ingvar Karlsson "PTSD har sina egna uttryck hos äldre och är ett ofta bortglömt tillstånd i denna åldersgrupp"

PTSD hos äldre är sällan nydebuterad utan kan ha haft låg intensitet under lång tid och komma tillbaka kraftfullt i samband med stressorer. Hjärnan förändrar reaktions- och aktivitetsmönster som tycks bli bestående, bl.a. överaktivitet i amygdala. Ofta framkommer bakomliggande trauma vid PTSD inte spontant. 80 % av PTSD-patienter uppfyller också kriterierna för en annan diagnos. Viktigt för diagnosen är att det har förekommit ett svårt trauma samt en kraftig psykisk reaktion på trauman, svårigheter att tala, mardrömmar och återupplevande, ofta recidiverande depressiva skov, hög ångestnivå. Ofta har patienten arbetat mycket intensivt med långa arbetsdagar och när han av någon anledning inte kan jobba sker en försämring. Stämningsläget vid PTSD är ej homogent depressivt utan påminner om bipolär II-instabilitet i stämningsläget. Det finns en mer inaktiv, undandragen klinisk bild och en överaktiv, ständigt arbetande klinisk bild. 19 studier, därav 16 konstaterade nedsatt kognitiv funktion (nedsatt: minne, uppmärksamhet, simultankapacitet och koncentrationsförmåga). MRT kan visa atrofi av hippocampus samt ev. skador i frontallob.

Det finns inga bevis (evidens) att PTSD skapar kroniska kognitiva skador. Oftast kan det bli bättre, dock ej helt som förut. Det fordras kunskap om PTSD om psykoterapi skall ge positiva resultat. Behandlingen inriktar sig på ångesten. Det behövs oftast en lång stabiliserande fas i början. 30 – 40 % av traumatiserade patienter utvecklar PTSD. Intensiteten av trauman, sårbarheten, genetiska faktorer spelar roll samt kortisolreaktionen. Det är viktigt att få en kraftig kortisolreaktion efter trauman för att undvika utveckling av PTSD.

Ingvar Karlsson "Utredning och läkemedelsbehandling. Hur ska man utreda och behandla ångest och ångesttillstånd hos den äldre?"



Orsaker till ångest kan vara ångestsjukdom, depression, somatiska sjukdomar, tidigare bensodiazepinbehandling, stressreaktioner, konfusion, akatisi (antihistaminpreparat, antipsykotika), vaskulära skador. Det finns ett komplext samband mellan ångest och kroppslig sjukdom: Å ena sidan finns ofta en somatisk orsak till ångest, å andra sidan finns ofta en somatisk del med i bilden eller så kan ångest presenteras som somatisk sjukdom. Ofta får en patient diagnosen ångesttillstånd om det inte finns en somatisk grund för besvären (uteslutningsdiagnos). I basaldiagnostiken ingår utredning av neurodegenerativa förändringar, psykogena faktorer, somatiska sjukdomar och somatiska faktorer samt läkemedelsbiverkningar. Ofta samverkar flera faktorer. Psykisk status, kognitiv status (alltid MMT), neurologiskt och somatiskt status genomförs alltid. Skattningar: HAD, Klocktest, MMT, MADRS-S, GDS, (Cornell kvantitativ skala – i forskningssyfte). CT hjärna och klin. Kemiprover (homocystein, kobalamin, folsyra, tyreoidaprover). Neuropsykologisk testning vid demensmisstanke. 48 % av deprimerade äldre uppfyller kriterierna för ångestsyndrom.

26 % av äldre med ångestsyndrom uppfyller kriterierna för depression. Behandling i första hand med SSRI, företrädesvis escitalopram. SNRI eller Voxra (noradrenalin-komponent) kan vara mer effektivt än SSRI. Vid PTSD kan noradrenergisk aktivering öka ångestsymtom (ex.vis Voxra), men vissa PTSD-patienter kan må bra av noradrenergisk aktivering (pröva!). Undvik bensodiazepin om möjligt helt. Effekt mot ångest har inte visats vid långtidsbehandling. Mest lämpligt om det behövs är Oxascand och zopiklon. Zolpidem mindre lämpligt pga. snabb resorption vilket kan leda till konfusion. Pregabalin ej studerat hos äldre, klinisk erfarenhet visar god effekt. 25 mg x 1-2 initialt, 50 mg x 2 lämplig dos efter några veckor. Biverkningar kan vara yrsel, ataxi, trötthet, bensvullnad, ökat aptit. Ebixa har ångestdämpande effekt. Topimax i smådoser kan minska mardrömmar vid PTSD. Kombinationsbehandling med escitalopram och Voxra kan användas istället för klomipramin. Valdoxan ger god effekt mot ångest. Ångest efter stroke: Mortaliteten inom 3 år minskas om behandling med SSRI genomförs. Vitamin D-brist kan vara viktig att upptäcka.

Cornelia Thiel
Överläkare NÄL Psykiatri



Cullbergstipendiater 2012

Cullbergstipendiet delar i samarbete med Stiftelsen Natur & Kultur ut resestipendier till ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. Syftet är att stimulera internationellt erfarenhetsutbyte.

Årets stipendiater tillkännagavs i samband med Svenska Psykiatrikongressen i mars. De är:

Mattias Strand, Stockholm
Ileana Riofrio, Stockholm
Nivia Carballeira Suarez, Umeå
Björn Ramel, Malmö
Tomas Fagerberg, Stockholm
Markus Takanen, Stockholm

Vi gratulerar och ser fram emot deras reseskildringar i kommande nummer av Svensk Psykiatri!

För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson

Reflektioner och associationer

från en förstagångsbesökare på psykiatrikongress - Psykiatrikongressen i Göteborg 2012

Jag ville göra ett nedslag i psykiatrilandet, dels för att få en uppfattning om var psykiatrin står idag men ännu mer vart den är på väg. Själv är jag psykoterapeut (med ett förflutet som ung och utbildad mentalskötare på "Mentalen" i Falköping).

Jag blev uppmuntrad, förtjust, bestört och besviken.

Ett plus ger jag till de fräscha smoothisarna som serverades i pauserna men som också sörplades på under seminarierna. Bergakungens personal får beröm för ett trevligt bemötande och proffsigt sätt att servera mat på till så många, utan köer. En trevlig plats att ha konferens på.

Mycket intressant och hoppingivande var första dagens förmiddag med Herman Holm som moderator. Då berättades om ett förändrings- och förbättringsarbete man gjort och gör på 135 slutenvårdsavdelningar runt om i landet. Det är ett "Genombrottsprojekt" via SKL, med målet att halvera tvångsåtgärder. Detta arbete gavs Stora debattpriset från Dagens Medicin! De erfarenheter jag själv gjort de senaste åren på några olika slutenvårdsavdelningar i Västra Götaland som besökande psykoterapeut, säger mig att projektet är mer än behövligt.

Med lika stort intresse och förväntan gick jag till onsdagseftermiddagens seminarier för att ta del av SBU:s pärlor! Och blev besviken! Jag hade en förväntan på att SBU skulle (som det står när man googlar) "kritiskt granska hälso- och sjukvårdens metoder och utvärdera metodernas nytta, risker och kostnader".

Men mina frågetecken hopade sig. Vilken metod har SBU fastnat i för att utvärdera nytta, risker och kostnader? Och hur och på vilka kriterier anlitas utvärderarna/forskarna?

Henning Mankells ord i en krönika i GP (23/4, 2012) "Information är inte samma sak som kunskap." "Kunskap är förmåga att tolka information". Där satte han fingret på vad jag kände när jag lyssnade på SBU:s folk. SBU har information. Slutsatser behöver formuleras och vad de i sin tur skulle kunna innebära. Annars blir deras oklanderliga siffror och fakta till ringa värde.

Vilken enfald att enbart förlita sig till strikt designade studier där man mäter och kontrollerar få faktorer när man skall förstå den otroligt komplexa varelse som människan är. Hjärnforskaren jag hörde på radio nyss, sa, "en sak vet vi säkert idag, och det är att vi vet väldigt, väldigt lite". Forskningen är kanske på bäbisstadiet. Kommer vi i framtiden att förfasa oss över vad vi trodde och vilka myter vi styrts av? Till exempel angående orsak och verkan när det gäller olika fynd av substanser i hjärnan.

Förvånad blev jag när presentatör Söderpalm i sin roll som objektiv och undersökande forskare väldigt tydligt gjorde sin personliga åsikt hörd på SBU:s seminarium. En orolig åhörare ställde en fråga om han inte skulle få medicinera sina ADHD-patienter längre och som svar fick att "illa kvick medicinera". Alltså råd som i detta sammanhang gick stick i stäv mot Läkemedelsverkets rekommendationer.

Fler frågor som väcktes; vad behöver vi komplettera den traditionella naturvetenskapliga forskningen med? Hur ser en god kvalitativ studie ut? Hur är det med validiteten? Mäter vi det som behöver mätas? Går det över huvud taget att mäta det vi skulle vilja mäta? Men reliabiliteten är säkert god. Även om vi ingen nytta har av den.

När ska vi börja efterfråga långtidsstudier och långtidsuppföljningar? Idag är en lång studie sex månader. Tänk som exempel, om jag som ickerökare skulle börja röka vanliga nikotinstinna cigaretter och det gjordes en studie på det. Jag tror att jag skulle må ganska så mycket bättre första halvåret som rökare. Många positiva effekter skulle påvisas gällande ångest, vikt, lugn, kognitiv förmåga, koncentration mm.

Och vad är det vi gör när vi intetittar på vad långtidsanvändning av våra psykmediciner gör med våra hjärnor, våra kroppar och våra liv? Tar vi nog vara på den beprövade erfarenheten från all psykiatripersonal, alla yrkesgrupper inräknade? Ges merparten av våra utbildningar om psykiatrimedicin av opartiska aktörer?

Är det så att allt fokus på evidensbaserad kunskap och specialisering, gör att man missar helheten och komplexiteten? Ser vi inte skogen för alla trän?

På kongressen såg jag många seriösa människor i olika åldrar. Unga människor och lite mindre unga människor. Människor som jag tror, med stora och goda ambitioner, med stor kunskap och lång erfarenhet. Blev deras yrke så som de en gång drömde? Vad brann de för? (Min egen lilla undersökning på luncherna spräckte myten om den självmordsnära, duktiga, utbrända kvinnliga läkaren. Flera av dem jag lunchade med var mycket nöjda med sitt yrkesval (n=4)).

Referat från SPK

Det jag inte såg på kongressen och saknade, var bland annat en avslutande paneldiskussion. Ett forum där viktiga frågor och fenomen kunde belysas från olika håll med inbjudna företrädare för olika ståndpunkter, med vässade argument. En kongress är ett utmärkt tillfälle till att dryfta de viktigaste frågorna. Kunskapsöverföringar, kulturöverbryggningsfrågor. Vad är de största utmaningarna? Vilka är de bästa förbättringarna? Var är visionerna? Vilka strömningar finns? Jag hade nog hoppats på lite mera glöd. Eller är den sedan länge bortmedicinerad?

Mersmak gav Sofia Åkerman till exempel, som presenterade sin viktigaste bok "Slutstation Rättspsykiatri".

Tomas Furmark, professor i psykologi på Uppsala universitet, gav en mycket intressant föreläsning om "Tankens helande kraft: Bakgrund till placebo och förväntningars effekt på hjärnan" samt "Skiljer sig effekten av SSRI och placebo i hjärnan?" Han hänvisade bl.a. till Irving Kirschs forskningssammanställning som provocerande nog kom fram till att hela effekten av SSRI-preparat är placebo, 75 % passiv placebo, 25 % aktiv placebo.

Göteborgs nya stolthet (?) Clarion Hotel Post serverade god buffé på torsdagskvällen. Minglandet kan gå lite trögt när man kommer ensam utan att ha några kontakter. Men så småningom hamnade jag vid middagsbordet bredvid en nämndpolitiker från Halland. Och fick lära mig att Halland är det enda landsting i Sverige som har en särskild nämnd för psykiatri. Kanske något för de andra landstingen att ta efter.

Till BUP:s fredagsförmiddag gick jag och trodde att jag skulle känna mig lite mera som på hemmaplan. Men icke. En av föreläsningarna gjorde mig lite upprörd. Tjugo av fyrtiofem minuter (inklusive diskussion) utnyttjades av föreläsaren och sedan hade han inte mer att säga. När man går på konferens på dyr arbetstid borde man kunna förvänta sig att föreläsarna tar sin uppgift på allvar.

Som kontrast till det, avslutades konferensen för mig med en mycket proffsig föreläsning av Tobias Lundgren, Stockholms universitet; "Psykologisk behandling av epilepsi". Han hade gjort studier i tre länder (faktiskt i tre olika världsdelar) med mycket goda resultat. Men han sa också, vilket passade bra efter tre intensiva mässdagar. "Hjärnan behöver avstängning ibland".

Somenavslutning på min tillbakablick från Psykiatrikongressen 2012 i Göteborg vill jag tipsa om några nya och gamla inspiratörer:

Robert Whitaker, "Anatomy of an epidemic" samt debattforumet kopplad till Whitaker www.madinamerica.com, John Read, "Galenskapens gåta", Tomas Ljungberg, "ADHD i nytt ljus" (Neuropsykiatern som säger att ADHD inte är en neuropsykiatrisk åkomma).

Familjevårdsstiftelsens egen Carina Håkansson, "Att rymma både och – om vanlighet, mod och professionella samtal". Ingrid Carlberg, "Pillret". Samt tre filmer av den amerikanske psykoterapeuten och filmaren Daniel Mackler: "Take These Broken Wings" (med bl.a. Joanne Greenberg), "Open Dialogue" (Jaako Seikkulas arbete i Torneå), "Healing Homes" (en film om Familjevårdsstiftelsens sätt att arbeta) samt det nya nätverket "Upprop för en ny psykiatri".

Med förhoppning om att ses i nya psykiatriska sammanhang, alltså inte avskräckt. Ännu.

Maria Rosendahl

Legitimerad psykoterapeut

Familjevårdsstiftelsen i Göteborg

maria@familjevardsstiftelsen.se

www.familjevardsstiftelsen.se

Svensk Psykiatri bereder självklart plats för en eventuell replik från ovan nämnda föreläsare i nästa nummer

Clara Hellner Gumpert "Kan missbruksbehandling förebygga brott?"

Missbruksproblematik finns hos ca 38 % av rättspsykiatriska patienter. 66 % av svenska fängelseintagna brukade (missbrukade?) alkohol och/eller droger. 16 % av alla våldsbrott har begåtts av personer som tidigare haft kontakt med sjukvården på grund av alkoholmissbruk. Retrospektiv MSAC pilotprojekt (Mental Disorder Substance Abuse and Crime) genomfördes med 400 personer som genomgått RPU eller § 7-undersökning mellan 2000 och 2001. De var antingen beroende vid gärningen, hade diagnos missbruk/beroende eller hade ett riskbruk. Det undersöktes vårdkonsumtion (kontakt med beroendemottagningen, psykiatri, somatisk vård samt akuta/planerade besök). En granskning gjordes av antal nya brott, återfall i missbruk, återinsjuknande i psykiatriska sjukdomar efter 120430. Resultatet visar en ökad risk för nytt brott beroende på antal tidigare domar (>2 domar 2 ggr, >5 domar 4 ggr ökad risk). Antal akuta vårdkontakter två veckor innan nytt brott visade sig vara lite ökat (relativ risk 1,3). Minskad risk för nytt brott vid ålder >40 år samt vid daglig sysselsättning. Det fanns en minskad risk för alla brott om personen hade fått 6 veckors beroendevård (definierat som 1 besök/vecka på beroendevård). Slutsatsen var att det fanns stöd för hypotesen att >2 veckors deltagande i beroendevård minskar risken 2-4 ggr för alla brott/våldsbrott. En prospektiv MSAC-studie genomförs sedan 2006 med 138 individer. Det ingår undersökning med bl.a. ASI, HCR-20, PCL.

Utvärdering planeras hösten 2012 med frågeställning hur många nya brott har begåtts samt vilken eftervård individerna har fått. För riskbedömningar är det viktigt att kartlägga tidigare våld, screena med AUDIT, DUDIT och ta hänsyn till andra faktorer av betydelse (ex.vis boende, familjesituation, sysselsättning, somatisk sjukdom).

Ylva Ginsberg, "Att bryta onda cirklar – ADHD-behandling och kriminalitet"

Om det föreligger en ADHD i barndomen är risken 4-9 ggr förhöjd att senare begå brott som har fängelsestraff till följd. Risken för kriminalitet är mycket hög om ADHD, uppförandestörning och substansmissbruk förekommer samtidigt. 25-45 % av fängelseintagna har ADHD. Utan åtgärd och behandling snabbt återfall i missbruk och kriminalitet efter frigivning, vilket resulterar i stort lidande och stora samhällskostnader. Det krävs för optimal handläggning att redan förhörsteknik och informationsgivning anpassas till att det möjligtvis föreligger en ADHD-problematik samt att screening för ADHD genomförs i tidigt skede. Personalen behöver få mer information och utbildning för bemötande och rehabiliteringsprogram behöver utvecklas för att möta specifika behov av intagna med ADHD inför/efter frigivningen. Norrtäljes ADHD-projekt påbörjades 2006. En avdelning med 12 platser skapades och personalen fick fördjupad utbildning om ADHD och handledning. Vid screening och efterföljande utredning av ADHD framkom en prevalens av 40 % ADHD hos vuxna män. En fjärdedel uppfyllde samtidigt diagnoskriterierna för autisttillstånd. Alla hade tidigare haft ett substansmissbruk (med tidig debut). Många hade också en personlighetsdiagnos. Dåligt CPT-resultat (Continuous Performance Test). Behandlingen omfattade KBT och psykoedukationsinsatser samt en randomiserad kontrollerad prövning av metylfenidat. Som resultat sjönk misskötsamheten, det förekom inget sidomissbruk, CPT och livskvaliteten förbättrades signifikant, det verbala och visuospatiala arbetsminnet förbättrades, Qb-testen visade en tydlig förbättring. Projektet avslutades 2010 och resultat angående uppföljningen (bl.a. symtom, funktion, livskvalité, sysselsättning, fortsatt behandling, missbruk, kriminalitet) är under utvärdering. Det är otvetydigt att det finns stora vinster för samhället (såväl genom minskat lidande som ekonomiskt) om onda cirklar kan brytas.

Kristina Sygel, "Rättspsykiatrisk crashcourse"

1 150 000 brott mot brottsbalken/år i Sverige, därav ca 350 000 uppkarade, ca 13 000 dömda till fängelse. Genomgång av rättspsykiatriens regelverk och arbetssätt. Samarbete mellan kriminalvården, landsting, Rättsmedicinalverket (RMV). Statlig myndighet (rättspsykiatri, rättsmedicin, rättskemi, rättsgenetik). Beskrivning av rättspsykiatriutbildningen som innefattar 20 små (§7) och 25 stora (RPU) utredningar. Det ingår bl.a. seminarier/kurser i kriminologi, konsultarbete (samarbete med psykiatri/fängelse), riskbedömningar, lagar och förordningar, etik och professionellt förhållningssätt.

Föremål för LRV (lag om rättspsykiatrisk vård) kan en person bli som anhållen eller häktad (akut LRV). Man kan även efter polisförundersökning och rättegång få LRV-dom eller genomgå en RPU (rättspsykiatrisk undersökning) eller § 7-undersökning. RPU genomförs i Stockholm (12 vårdplatser) eller Göteborg (12 vårdplatser) av rättspsykiater, psykolog, forensisk socialutredare och omvårdnadspersonal. Domstolen begär § 7-undersökning av RMV, genomförs av specialist inom psykiatri/rättspsykiatri där man tar ställning till om det förelåg/föreligger en allvarlig psykisk störning, om det finns skäl för RPU, förslag till lämplig påföljd samt (utifall att en rättspsykiater utför undersökningen) om det finns förutsättningar för vård utan särskild utskrivningsprövning (SUP). Om en allvarlig psykisk störning förelåg vid gärningen men ej vid rättspsykiatriska undersökningen blir påföljden fängelseförbud. Om en allvarlig psykisk störning förelåg vid gärningen och vid rättspsykiatriska undersökningen är påföljden fängelseförbud och ställningstagande till LRV-vård med SUP. Om ingen allvarlig psykisk störning förelåg vid gärningen, men föreligger vid den rättspsykiatriska undersökningen tas ställning till LRV-vård (ev. utan SUP). Genomsnittlig vårdtid LRV med SUP 4,6 år, LRV utan SUP 1,1 år. Ca 1300 patienter vårdas enligt LRV, därav 930 belagda vårdplatser, ca 30 % på permission. Till skillnad från LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård) kan en psykisk störning med stark tvångsmässighet, en svår utvecklingsstörning, grav demens och grav hjärnskada utgöra en allvarlig psykisk störning enligt LRV.



Jerry Eriksson "Den framtida psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen"

Jerry Eriksson är särskild utredare i Psykiatrilagsutredningen "Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd" (SOU 2012:17). Den nya tvångsvårdslagstiftningen ska träda i kraft 1 januari 2016. Enligt betänkandet föreslås en större reform när det gäller rättspsykiatri/psykiskt störda lagöverträdare (LRV). Det ska finnas krav på tillräknelighet för att döma någon för brott. LPT kan gälla direkt efter genomförd rättspsykiatrisk utredning. Fängelset kan inledas på psykiatriska kliniken. RPU:n kommer att växa i omfattningen och § 7-undersökningen ersätts av en mindre omfattande utredning. Pat som har begått brott får ej placeras med allmänpsykiatriska patienter.

Referat från SPK

Barn får ej placeras med vuxna patienter. Utvecklingsstörda ska vårdas på en sluten stödenhet (löskopplat från LSS) som ett sätt att avtjäna fängelsestraff. Det behövs fler vårdplatser med högre säkerhetsklass i landet samt platser i form av en sluten enhet som staten har ansvaret för. Kostnader uppskattas till 1,6 till 2 miljarder kronor högre för staten. Planerade förändringar av LPT (bl.a.): intagningskriterium "oundgängligt behov" ändras till "påtagligt behov" till följd av allvarig psykisk störning. Påtagligt behov föreligger om en patient kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom vård/ om en patient utgör en fara för sig eller annans liv/hälsa. Frivillig vård ska ha prövats eller vara uppenbart utesluts. Undantag "enbart utvecklingsstörning" (LPT § 3) tas bort. För att fånga upp svåra missbruksfall införs "helhetsbedömning av patientens psykiska tillstånd med beaktande av art och grad samt konsekvenser". Tvångsåtgärder: endast tvångsåtgärder som står i lagen är möjliga att genomföra. Tvångsmedicinering i slutna LPT lagregleras. En tvångsåtgärds-nämnd inrättas som ska kunna tillåta extraordinära tvångsåtgärder, ex.vis bältesläggning/ avskiljning längre än lagen anger, samt extraordinära åtgärder mot en patient. Viss skärpning i den nya lagen vad gäller bältesläggning: tidsfrist längst 18 timmar, mobilt bälte tillåtet vid inledningen; begreppet "annan liknande anordning" försvinner. Möjlighet till fotoförbud. Möjlighet att besluta om allmän inpasseringskontroll (larmbåge). Viss skärpning av begränsning av elektronisk kommunikation. Öppen LPT: Medicinering med tvång möjligt; intag med tvång till sjukhuset möjligt. Blod-/urin/utandningsprov vid ankomst möjligt, kroppsvisitation möjligt. Kan inledas direkt dvs. det behövs ingen slutenvård för att inleda öppen LPT.

www.regeringen.se/content/1/c6/18/96/60/646c4429.pdf

Cornelia Thiel
Överläkare NÄL Psykiatri



Sophie Erhardt "Bipolär sjukdom - nya perspektiv. Biomarkörer vid affektiv sjukdom"

Att hitta biomarkörer vid affektiv sjukdom kan vara värdefullt för diagnostiken, prediktion av behandlingssvaret, prognosen och förståelsen av patofysiologin. Individanpassad psykiatrisk vård skulle bli möjligt och nya farmakologiska "targets" kan upptäckas. Hos schizofrena patienter har kynurensyra och IL-1 β visats vara förhöjd i CSF. Med tanke på de många gemensamma nämnare som finns mellan schizofreni och bipolaritet genomfördes en studie med 100 eutyma bipolära patienter där man kunde visa att kynurensyra var förhöjd i CSF hos bipolära patienter jämfört med 43 friska kontroller. Vid symtomgranskning inom den bipolära patientgruppen hade patienter med bipolär sjukdom som haft psykos förhöjda nivåer av kynurensyra. Detta till skillnad mot bipolära patienter som inte hade haft psykos.

Kynurensyra anses vara neuroprotektiv och reglera dopaminsystemet i hjärnan. Kynurensyra produceras av astrocyter, blockerar NMDA-receptorer och korrelerar till dopaminmetaboliten HVA. Ökad kynurensyra ger förändrat beteende hos försöksdjur och kognitionsnedsättning. Cytokiner inducerar nedbrytningen av tryptofan. En undersökning av 30 eutyma bipolära patienter versus 30 friska kontroller visade att cytokin IL-1 β (associerat med mani/hypomani) var förhöjd i CSF hos bipolära patienter samt att IL-6 var förhöjd i bipolära, dock ej i schizofrena patienter. IL-1 β anses aktivera TDO (tryptofan 2,3-dioxygenase) som omvandlar tryptofan i kynurensyra, vilket leder till dopaminaktivering och till psykos.

Proinflammatoriska cytokiner inducerar stress och kognitionen försämras. Vid infektion ökar cytokiner perifert. Det är oklart om det handlar om en perifer eller central immunoaktivering vid bipolär sjukdom/schizofreni. Mellan plasma och CSF fanns ingen korrelation, blod-hjärnbarriären var intakt. Det finns även förhöjda cytokiner vid Alzheimers depression.

Forskningsmål framöver är att hitta symptom eller kluster av symptom som korrelerar till biomarkörer och att hitta en perifer markör. COX-2 hämmare sänker kynurensyra och IL-1 β och förbättrar kognitionen. Litium- och valproatbehandling leder till COX-hämning. COX-2- hämmare förbättrar schizofreni, bipolär sjukdom och depression (Nery 2008, Akhondzadeh 2008). Det antas att en central höjning av ämnen kan vara orsak till psykiatriska sjukdomar.

Cornelia Thiel
Överläkare NÄL Psykiatri

Jonas Eberhard (Ulf Malm) "IMpACT-studien – En rapport från en pågående interventionsstudie angående somatisk sjuklighet vid psykosjukdom"

IMpACT står för "Improving physical health and Reducing Substance use" för patienter med allvarlig psykisk sjukdom (engelsk studie). Motsvarar den pågående MINT-studien i Sverige (Metabol Intervention).

Patienterna får gängse behandling under 6 månader och därefter tillägg av ett program under 6 månader vilket är patientcentrerat, individualiserat, flexibelt, integrerat/holistiskt, pragmatiskt och implementerbart via läkare/case manager. Uppföljning under 6 månader därefter. Består av 7 basmoduler (ex.vis rökning, träning...). Det krävs en tredagarsutbildning (motiverande intervju, KBT, basal gruppterapi, missbruk, somatik). Manual finns. Inför deltagande mäts längd, vikt, midjeomfång, blodtryck, fasteglukos, ev. HbA1c, lipidstatus, ev. tyreoidaprover, lever-, njur- och elektrolytvärden, prolaktin, blodstatus samt EKG. 100 patienter ingår i studien (BMI genomsnitt 31, BT 124/83, 62 % rökare). Hittills deltar Göteborg, Kristianstad och Hässleholm, intresserade är välkomna att kontakta Jonas Eberhard!

Thomas Gustavsson, Rickard Stenmark "Beteendeterapi (BT) vid områdesbaserad psykiatrisk öppenvård – vad kan det tillföra?"

Södermottagningen i Helsingborg förs i privatregi. Psykologer är med varje vecka i primärvården för snabb upptäckt av psykiska problem och "brief interventions" (nivå 1). Mottagningen består av 30 personal, därav 5 läkare, 5 psykologer (nivå 2). Patienter med stora insatsbehov får extra stöd (nivå 3). Fokus ligger på funktionen och patienten utreds med hänsyn till vilken funktionsnivå föreligger, vilken funktion fyller ett beteende, vilka resurser som finns. Tidigare behandling (helst sekventiell behandling och inte parallellt, byte istället för tillägg, multiprofessionella insatser). Konkret samarbete inom arbetsgruppen där olika kompetenser i team plockas ihop runt en patient. Det erbjuds internetbaserad KBT (ångest, depression, GAD, sömn, stress), färdighetsträning, medicinska insatser, gruppbehandlingar, ACT, individuell beteendeterapi. System där patienten kan välja olika "pass", god tillgänglighet och helst ingen väntelista. Resultat (halvårsutvärdering): 80 % nöjda patienter, 80 % nöjda vårdgrannar, under andra året 35 % mindre slutenvård, bara en tredjedel av neuroleptika- och SSRI-förskrivning nödvändig. I väntrummet datorskärmar där patienten regelbundet fyller i skattningar. Regelbundna utvärderingar för kvalitetssäkring.

Cornelia Thiel
Överläkare NÄL Psykiatri

Studiebesök på "Margaret Oates Mother Baby Unit" och perinatal öppenvård i East London

I Storbritannien har perinatalpsykiatri sedan 1980-talet utvecklats till en numera väletablerad subspecialitet inom psykiatri. Perinatalpsykiatri har en egen sektion inom Royal College sedan 1996 och det finns flera forskningscenter i landet. NICE guidelines¹ innehåller tydliga rekommendationer för omhändertagandet av psykiskt sjuka gravida kvinnor och kvinnor i den postpartala perioden. Dessa riktar sig till psykiatri, mödrahälsovården och primärvården. Man betonar där att alla psykiskt sjuka kvinnor i samband med graviditet och barnafödande ska ha tillgång till specialiserad öppenvård och vid behov av slutenvård möjlighet till samvård av mor och barn. I Storbritannien finns numera ca 20 så kallade "Mother Baby Units".

Vi hade möjligheten att besöka en sådan enhet i East London/Hackney, som öppnade 2010. Enheten har fått sitt namn efter Margaret Oates, en av Storbritanniens inom området perinatal psykiatri stora psykiatriker och forskare. Margaret Oates har lett en grupp forskare som systematiskt gått igenom samtliga dödsfall bland kvinnor inom ett år efter förlossningen². Genomgången visade att psykiska sjukdomar tillhör de vanligaste orsakerna till mödradödsfall inom första året efter förlossning. Denna kunskap har starkt bidragit till satsningen på vården av dessa patienter.

Uptagningsområdet för denna Mother-Baby Unit är drygt 1 miljon invånare, 70 % av befolkningen har invandrabakgrund. Enheten hör till vuxenpsykiatriska kliniken vid Homertons sjukhus och ligger i nära anslutning till såväl obstetrik som barnklinik. Öppenvård och slutenvård ligger i anslutning till varandra och personalen arbetar delvis inom båda verksamheterna. Enhetens uppdrag är att ge specialiserad bedömning, vård och behandling till kvinnor under graviditeten och med barn upp till ett års ålder.



Enhetens öppenvårdsläkare tar under den perinatale perioden över vårdansvaret för patienter inom psykiatri och samverkar med kommun och patientens gynekolog samt primärvård. I teamet finns också psykolog, barnmorska, arbetsterapeut och farmaceut.

Slutenvården har rum för 10 mor/barn par. Lokalerna är fräscha och patientrummen är personligt inredda där man undviker typiska sjukhusmöbler. Det finns patientkök, mjölkök, badrum för småbarn, arbetsterapirum, gemensam stor matplats, lekmatador på golvet där mödrar tillsammans med vårdpersonal umgås med barnen. Vid utformningen av avdelningen har man också satsat på en omgärdad trädgård med möjlighet för familjer att leka och umgås. Dessutom ett större badrum med badkar ("Women need a bathtub to relax" sade överläkaren Liz McDonald som varit starkt bidragande till designen av avdelningen).

Man försöker undvika en separation mellan mor och barn så långt som möjligt och oftast kan man göra det genom insättande av extravak för kvinnan och barnet tillsammans. I de fall separation är nödvändig så finns en psykiatrisk intensivvårdsdel med separata rum för mor och barn.

Personalen är uteslutande kvinnor pga. många kvinnors sociala, kulturella och religiösa förhållanden. Det är också vanligt att kvinnorna har utsatts för våld och hot. I teamet finns läkare, barnpsykolog, arbetsterapeut, specialistsjuksköterskor inom psykiatri och pediatrik samt barnsköterskor.

1 (<http://guidance.nice.org.uk/CG45>)

2 Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. Med Bull. 2003;67:219-29.

Fortsättning sidan 59

Fortbildningsprogram för specialister - behövs verkligen det?

Svaret på den frågan är givetvis ett rungande ja, och nu har även Socialdepartementet gett Ipuls i uppdrag att förverkliga ett sådant program som ska passa såväl storstadskollegan som kollegan på den mindre kliniken, och dessutom ge något till var och en under hela ens aktiva yrkesperiod. Projektets styrgrupp leds av Lise-Lotte Risö Bergerlind och man har precis haft sitt första möte i maj månad 2012, projektledare är Deanne Mannelid. Det pedagogiska konceptet bygger på alla de goda erfarenheterna från Metis, som blivit en stor succé bland våra ST-läkare.

Omöjligt? Alls inte. Svårt givetvis, men säg mig vilka idéer som föds när allt är lätt?

Dagens sjukvård bygger på att patienten har rätt till lika vård oavsett bostadsort. Detta förutsätter såväl en samsyn inom professionen på ett nationellt plan som en tillgång ur klinik- och patientsynpunkt som går utöver den faktiska resursfördelningen i landet. Specialistpatienten har sällan en renodlad diagnos enligt läroboken utan har ofta en mer kombinerad diagnostisk bild där frågeställningarna kring diagnos och behandling blir mer komplexa. Ett fortbildningsprogram för specialister utgår ifrån den kliniska verkligheten med patienten i fokus. Fortbildningsprogrammet måste bygga på respekt för professionen, specialisternas arbetsbörda och kliniska fackkunskap, likväl som skillnader i erfarenhet och kompetensprofil. Innehållet måste baseras på state of art, de senaste rönen inom området, byggt på en gedigen klinisk bas.

Varje kurs består av en förberedande distansdel med ett praktiskt moment och ett moment då kursdeltagaren har möjlighet att själv fördjupa sig i olika referenser. Därefter ett 2-dagars kursmöte i internatform för optimal tidsplanering. Det innebär att man även har möjlighet att utnyttja kvällstimmar, både för kunskapsinhämtning och för nätverksarbete.

Ur miljösynpunkt är det också positivt eftersom varje kursdeltagare endast gör en istället för två resor.

Efter avslutad kurs får varje kursdeltagare tillgång till en internetplattform där varje kurs har sitt eget nätverk inklusive chattfunktion. Till detta nätverk finns möjlighet till nedladdning av nätbaserat informationsmaterial, nationella som internationella föreläsningar, studier av olika slag inom kursområdet. Ju mer aktiv nätverkare man är, desto mer material får man tillgång till.

Kursupplägget har fördelar ur såväl Specialistens perspektiv, Verksamhetens perspektiv samt även ur Patientens perspektiv.

Målet är att inför år 2013 ha ett färdigt ramverk för ett systematiskt fortbildningsprogram med fastställda mål som riktar sig till specialister i psykiatri i hela landet oavsett deras huvudsakliga inriktning. Ett fortbildningsprogram som utgår ifrån ett kliniskt perspektiv där evidens och aktuell forskningsläge utgör en del av grunden, där den samlade kliniska kunskapen tas till vara och utvecklas vidare i nätverk.

Projektet söker nu kontakt med kollegor över landet som vill medverka som kursutvecklare, samtalsledare och kursledare, ta gärna kontakt med deanne.mannelid@ipuls.se, projektledare eller christina.norberg@ipuls.se, projektadministratör. Mer information hittar du även på Metis hemsida www.metisprojektet.se under fliken specialistprojektet.

Deanne Mannelid

Specialist i psykiatri

Projektledare, Projektet fortbildning för specialister i psykiatri

IPULS AB

Stockholm

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
29 augusti**

Never underestimate the power of denial



Den unge mannen som nyss skrivits ut från vårdavdelningen efter en manisk episod var upprörd, varför hade ingen tidigare förklarat för honom att han hade bipolär sjukdom? Även vårdpersonalen fann detta anmärkningsvärt och olyckligt. Det hade varit lätt att stämma in i indignationen om det inte vore för att det var just jag själv som hade informerat honom.

Första gången jag träffade patienten ifråga, vi kan kalla honom Tomas, hade han just vårdats efter ett förstagångsinsjuknande med en fulminant mani följt av en depression. Från vårdtiden fanns uttömmande beskrivningar av patientens symtom och fynd och man hade redan konstaterat att det rörde sig om en manisk episod enligt DSM-IV. Jag och Tomas var överens om att han hade haft en manisk psykos, men han ville inte kännas vid att han hade bipolär sjukdom utan menade att tillståndet var drogutlöst. Med fortsatt drogfrihet skulle det nog ordna sig, trodde han.

Vi ser vad vi vill se, eller som ynglingen i filmen *American Beauty* uttrycker det angående hur han lyckas dölja sin omfattande knarklangning och sitt narkotikamissbruk för sin far: "never underestimate the power of denial".

Förnekelse är ett allmänmänskligt fenomen, ingalunda förbehållet psykiatri. Under min karriär som hemdoktor besökte jag en sängbunden herre med utstående leverkant, som fått beskedet att hans leverförstoring sannolikt berodde på spridning av hans ventrikeltumor. Han höll denna information på avstånd och framhävde att den förstörde levern skulle kunna bero på att han tog medicinen Zocord, som han läst kunde ge leverpåverkan. Likafullt hade han fortsatt att ta sin Zocord, så logikens lagar var i denna ytterlighetssituation satta ur spel. När det sedan var fastställt att det rörde sig om levermetastaser sattes mannens värld i gungning av beskedet.

En annan av mina patienter, en kvinna med lungcancer, hade påbörjat en cellgiftsbehandling, där målsättningen klart uttalat var rent palliativ. Efter en stunds samtal med damen ifråga stod det klart för mig att hon hoppades bli botad. Jag föreslog lite försiktigt att hon skulle fråga sin lungläkare vid nästa besök vilken effekt hon rimligtvis kunde förvänta sig av behandlingen. Nästa gång vi sågs förklarade hon för mig att hon inte ville veta något om cellgiftsbehandlingens begränsningar, hon ville behålla sitt hopp. Vi kom överens om att jag likväl måste informera henne om vad jag märkte om hennes tillstånd och vad det sedan innebar.

Med den överväldigande informationen som kommer med en mani ändrade textens Tomas uppfattning. Även om han fortfarande inte omfamnade sin bipolära diagnos, kom han nu att acceptera den och efterfrågade adekvat vård och behandling.

Den friske har tusen önskningar, den sjuke har bara en. Med bipolär sjukdom är det lätt att önsketolka det fria intervallet som ett tecken på att det tidigare skovet bara vara ett hjärnspratt i ljuset av en stressfylld livssituation. I värsta fall sätter patienten ut sin medicinering, vilket medför en överhängande risk att sjukdomen på nytt ska ge sig till känna.

Det kan vara en tröst i sammanhanget att Kay Redfield Jamison, en av världens ledande auktoriteter på bipolär sjukdom, behövde några skov på sig innan hon tog till sig att hon själv faktiskt hade en klassisk bipolär sjukdom. Det kan vara en mödosam och tidsödande process att förlika sig med en kronisk sjukdom som ändrar livets spelregler, och insikt behöver inte komma plötsligt.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Psykiatrilagsutredningen

Rapport från arbetsgruppen gällande Kliniska Riktlinjer inom Psykiatrisk tvångsvård

Regeringens utredare Jerry Eriksson överlämnade den 3 april till regeringen betänkandet "Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd" (SOU 2012:17), med förslag till ny tvångsvårdslagstiftning, Psykiatrilagsutredningen. Utgångspunkten för utredningen har varit Psykansvarskommitténs betänkande "Psykisk störning, brott och straff" (SOU 2002:3).

Sommaren och hösten blir remissomgång, och förslaget föreslås träda ikraft 1 januari 2016. Betänkandet består av två böcker om vardera ca 500 sidor och blir säkert sommarläsning i hängmattan för många berörda. Förhoppningsvis innebär det nu försenade lagförslaget att vi kommer att få mer utrymme för dialog och debatt om lagförslaget.

Utredningen föreslår att det tvångsvårdslagarna, LPT och LRV, upphävs och att lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården samlas i en ny lag.

I lagförslaget föreslås att psykiatrisk tvångsvård skall kunna användas i ett tidigare skede än idag. Det föreslås att ett "oundgängligt behov" av psykiatrisk vård skall ersättas av "påtagligt behov". Påtagligt behov av vård innebär att det är sannolikt att patienten får sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad, eller avsevärt försämrad om vård uteblir.

Dessutom föreslås införandet av ett "fare-rekvisit" vid prövning av frågan om tvångsvård, vilket innebär att man tar ställning till om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för egen eller annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Påföljden att dömas till rättspsykiatrisk vård föreslås upphöra. Förslaget innebär att alla som är tillräkneliga ska dömas till fängelse, men att de under fängelsevistelsen ska få vård om så behövs. Det innebär att fler kommer att dömas till fängelse, och om det finns behov av slutna psykiatrisk vård ska den ges inom psykiatrin. Ett utökat samarbete mellan kriminalvården och psykiatrin kommer att behövas.

Två olika former av samhällsskyddsåtgärder föreslås, där ett – **slutet boende** – avser lagöverträdare med utvecklingsstörning där kriminalvården föreslås bli huvudman. Den andra – **särskilda skyddsåtgärder** – avser den som dömts till fängelse där brottet har skett under påverkan av en **allvarlig psykisk störning**, och där det finns en påtaglig risk för nya gärningar av allvarligt slag, och när det inte längre finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård.

Staten föreslås bli huvudman, men hur detta ska utformas/organiseras är i dagsläget oklart.

Utredningen föreslår vidare att det i kommande lagstiftning tydligt ska framgå vilka tvångsåtgärder som får användas inom den psykiatriska tvångsvården, och under vilka förutsättningar tvång får användas. I syfte att skapa en bättre kontroll över användandet av tvångsåtgärder ska det även inrättas en särskild nämnd som ska ha till uppgift att i vissa undantagsfall meddela tillstånd till tvångsåtgärder utöver vad som sägs i lagen.

Vad som tyvärr inte ingått i Jerry Erikssons uppdrag är att titta specifikt på innehållet i vårderna. För alla oss som arbetar inom psykiatrin och för våra patienter är vårdinnehållet av yttersta vikt. Vi behöver en debatt och diskussion om vårdens innehåll! I möjligaste mån skall patienter beredas möjlighet till frivillig psykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård skall vara ett sistahandsalternativ. Om psykiatrisk tvångsvård behöver tillgripas skall det som all annan vård ske med lyhördhet för patienten och utifrån ett vårdande förhållningssätt i samband med tvångsvård och tvångsåtgärder.

Många patienter kommer att vårdas inom kriminalvården. Vad kommer den psykiatriska vården för de patienterna att bestå av? En förutsättning är att det inom kriminalvården finns psykiatrisk kunskap och möjligheter till att ge den adekvata och humanistiska vård som är nödvändig.

Kliniska riktlinjer inom psykiatrisk tvångsvård

Inom arbetsgruppen för "Kliniska riktlinjer inom psykiatrisk tvångsvård" strävar vi efter att få fram ett utkast till riktlinjer till det kommande årsskiftet. I dokumentet kommer vi att trycka på sådant som är oberoende av lagstiftning, såsom praktiska och etiska frågor samt i nuläget knyta an till den nu gällande lagen som ligger kvar minst fram till den 1 jan 2016.

För att göra dokumentet intressantare och mer verklighetsförankrat ämnar vi följa vårdförloppet och beskriva patientens väg genom vården. Vad kan och bör man tänka på i olika tvångsvårdssituationer? Bl.a. kommer vi att ta med bemötande, information och konflikthantering. För att dokumentet skall bli mera verklighetsnära kommer vi att belysa Goda exempel från verksamheten.

SKL har gjort en jättesatsning på Genombrottsprojektet "Bättre vård – mindre tvång". Där nu över 100 olika verksamheter inom den psykiatriska heldygnsvården i Sverige engagerat sig i syfte att förbättra den slutna psykiatriska vården med fokus på tvångsvård och tvångsåtgärder.

Alla deltagande verksamheter tittar över sina rutiner i syfte att reducera antalet tvångsåtgärder. Och då tvångsåtgärder bedöms helt nödvändiga försöker man utföra dem på ett så bra och etiskt sätt som möjligt.

Personer med egna erfarenheter av psykiatrisk slutenvård har också varit och är engagerade i projektet "Bättre vård – mindre tvång". Inom arbetsgruppen följer vi SKL:s arbete, och från vår arbetsgrupp är Herman Holm och Anna Björkdahl särskilt involverade i SKL-projektet. Med stort intresse följer vi inom vår arbetsgrupp de olika projekten och hämtar därifrån inspiration till vårt arbete med de kliniska riktlinjerna.

CPT (European Committee for the Prevention of Torture) – håller på att arbeta fram ett förslag kring tvångsåtgärder. Dessa beräknas vara klara till sommaren och är något vi kommer att ta ha med oss i vårt arbete.

I vårt dokument räknar vi med att ha en allmän del om barn/familjeperspektivet samt redogöra för något barnexempel inom den psykiatriska tvångsvården. I de kliniska riktlinjerna hoppas vi även att kunna belysa genusperspektivet. Använder vi t.ex. tvångsåtgärder på olika sätt och i olika situationer utifrån kön? Vad är grunden till detta i så fall?

Vi kommer också att ta upp patientsäkerheten kring tvångsåtgärder – vid bältesläggning, fasthållning och avskiljning.

Vår förhoppning är att dokumentet skall bli så lättläst som möjligt. Vi strävar efter ett dokument som skall vara praktiskt användbart i vården och som riktar sig till dem som i praktiken är involverade i psykiatrisk tvångsvård. Vi kommer att belysa bemötande av patienter, etiska frågor samt hur praktiskt arbeta med att försöka undvika tvångsåtgärder inom vården liksom att undvika hot- och våldssituationer. De riktlinjer som håller på att utvecklas i vår grupp har, som vi tidigare skrivit, en grund i det arbete som gjorts av EUNOMIA-projektet (EUROPEAN Evaluation of Coercive Measures in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice) där en del av arbetet syftade till att ta fram gemensamma europeiska riktlinjer för tvångsåtgärder.

Eftersom vi i arbetsgruppen inte kan vänta på en eventuell kommande lagstiftning, blir riktlinjerna skrivna utifrån den lagstiftning som gäller idag, men med hänsyn tagen till Jerry Erikssons betänkande (SOU 2012:17).

Vi planerar att få fram ett utkast till Riktlinjer till årsskiftet 2012-2013.

Tuula Wallsten

**Ordförande Arbetsgruppen Kliniska Riktlinjer inom Psykiatrisk
Tvångsvård**

MD, PhD

Chefläkare

**Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling
Västerås**



**GRUNDAT
1974**

**Vasagatan 16
411 24 Göteborg**

GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUT

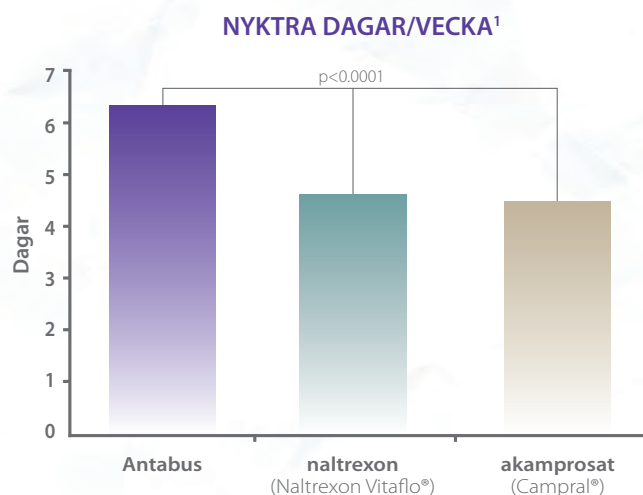
**Vill du arbeta i en psykodynamisk
professionsmiljö?**

**För mer information se:
www.gpsi.se**



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

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



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

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

¹ Laaksonen et al, Alcohol and Alcoholism, oktober 2007