

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

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

TEMA: Psykiatri och media



En viktig orsak till att man faktiskt såg över psykiatrin och tillsatte den nationella psykiatrisamordnaren Anders Milton var på grund av den mediala uppmärksamhet som ett flertal vansinnesdåd utförda av psykiatriska patienter fick

TEMA Psykiatrin har genom åren alltid fått en speciell plats i mediareporteringen. Varför? Sannolikt är ett av skälen att det rör sig om en lära om det mänskliga beteendet. Och människors drivkrafter intresserar människor. Alltså måste journalister rapportera om det. Är det bra eller dåligt? Vad vi än tycker om det är det verkligheten och vi kan inte blunda för den. Läs och begrunda. SID 4; 6; 8–9; 12; 14; 20 & 33

ÖVRIGT Du kan läsa referat om symposier på Riksstämman och om projekt för att ta reda på var psykiatriker tagit vägen utblick över afrikansk psykiatri och programförklaringar såväl från redaktionskommittén som från hela barn- och ungdomspsykiatriska styrelsen. Du finner också kallelser till årsmöte i SPF och till BUP-föreningen samt programmet för Svenska Psykiatrikongressen (f d vårmötet). SID 3; 9–11; 16–19; 36 & 38

DEBATT Claes Davidson fortsätter debatten om den offentliga psykiatrin. Svar har också inkommit på Christoffer Rahms publicerade tal och Sten Levander hakar på Roland Bergs synpunkter på gatuväldet. Wolfgang Rutz argumenterar för att vi inte ska glömma socialpsykiatriska aspekter. En vinkling som också för mot temat samhällsfilodofi. Kanske ytterligare ett skäl för att inte polemisera med media. SID 24–33



Ansvarig utgivare och huvudredaktör - David Eberhard





Behandla idag för en väg framåt

Ge dina patienter fördelarna med ABILIFY® (aripiprazol) från start:

Effekt

- Långsiktig kontroll av psykotiska symtom¹⁻³

Fysisk hälsa

- Bra tolerabilitet inom områden av betydelse för patienterna⁴⁻⁷

Patientupplevelse

- Föredras framför tidigare antipsykotisk medicinering⁸

Referenser: 1. Potkin SG, et al. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 681-90. 2. Kasper S, et al. Int J Neuropsychopharmacology 2003; 6: 325-37. 3. Kern RS, et al. Psychopharmacol 2006; 187: 312-20. 4. McQuade RD, et al. J Clin Psychiatry 2004; 65 (suppl 18): 47-56. 5. Kane JM, et al. J Clin Psychiatry 2002; 63: 763-71. 6. Hanssens L, et al. Poster, APA 2006. 7. Pigott TA, et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1048-56. 8. Hanssens L, et al. Poster APA 2006.

ABILIFY® (aripiprazol): Antipsykotikum för behandling av schizofreni. ABILIFY® injektionsvätska för att snabbt få kontroll på agitation och stort beteende hos patienter med schizofreni, när per oral behandling inte är lämplig.

Förpackningar och styrkor: Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. Fullständig information på www.fass.se

Liberating the person within the patient



Bristol-Myers Squibb

Box 15200, 167 15 Bromma
Tel 08-704 71 00 www.bms.se



Otsuka Pharmaceutical

ABILIFY®
(aripiprazol)

Vart är psykiatrin på väg i dessa moderna tider?

REDAKTIONELL
LEDARE

Varför har redaktionen för Svensk Psykiatri valt 2008 års teman? Avsikten är att belysa såväl psykiatrin, men också samhället, kulturen. Med temanummer om Psykiatri och media; Etik; Själs-hjälp utanför psykiatrin och Ledarskap öppnar vi för 2009 års första temanummer; Vart är vi på väg?

Vi människor, våra familjer och nätverk lever inte i ett samhälleligt vakuum. Liksom fisken inte kan få syn på sitt vatten, har

"Vi måste granska vilka värderingar som styr vården. Vilken etik är det egentligen vi 'lever' till skillnad från den etik som återfinns i sjukvårdens portalparagrafer"

vi svårt att få syn på de samhälleliga processer som influerar oss och som vi är bärare av. Det finns skäl att fundera på om de bidrar till att underminera snarare än stödja vårt välbefinnande. En del av dagens ungdomsgeneration kan bli den första som får sämre psykisk hälsa än sina föräldrar.

Patienter som anlitar psykiatrin, likaväl som de som arbetar där, lever i samma spänningsfält. Psykiatriska institutioner ingår i samma

värdesystem som andra samhälleliga och privata institutioner, bärare av samma värden, influerade av samma etik och samma ledarskapsideologier.

Framåt och bakåt?

Det är ingen tvekan om att människors livsvillkor har förbättrats globalt med minskad fattigdom och barnadödlighet, ökad livslängd, mer demokrati och färre krig. I västvärlden har den materiella välfärden för de flesta ökat långt utöver vad som krävs för ett gott liv. Många har stort utrymme för lyxkonsumtion och kostnadskrävande förströelser, tillhandahållen av en välutvecklad underhållningsindustri.

Ur psykiatrisk synpunkt har framsteg gjorts för att lindra de tunga mentalsjukdomarna; psykoser, neuropsykiatriska tillstånd, affektiva syndrom och vissa personlighetsstörningar. Psykoterapeutiska metoder har visat effekt vid många tillstånd. När det gäller socialt utagerande är framstegen färre. Den tilltagande bristen på välbefinnande, den Karin Johansson benämner Kultursjukan och som på ett mycket komplext sätt bottnar i vår livsstil, tycks sprida sig.

Stress och orealistiska förväntningar på sig själv och andra, inte minst när det gäller ekonomiska och andra framgångar, accelererande tempo och svårigheter att finna en djupare mening i vardagen

är några interagerande komponenter. Hur ska nu psykiatrin ställa sig till detta? Var ska gränserna dras för de psykiatriska domänerna, vetenskapligt, terapeutiskt och ekonomiskt?

Experter till varje pris?

Det finns gråzoner mellan djup brist på välbefinnande, psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Finns det en försätlig interaktion mellan å ena sidan utvecklingen av diagnostiska begrepp, konstruerade störningstillstånd, den subjektiva upplevelsen av patientskap, farmakologiska och andra behandlingsmetoder och, å andra sidan, en urholkning av individers, familjers och när/nätverks självtillit i psykiska hälsofrågor så att "empowerment" minskar och föreställningen att experter nog sitter inne med botten förstärks?

Vad bör göras?

Vi måste granska vilka värderingar som styr vården. Vilken etik är det egentligen vi "lever" till skillnad mot den etik som återfinns i sjukvårdens portalparagrafer. Vad hindrar oss från att på allvar vara ett gott stöd för våra patienter, utöver intyg och mediciner? Vilka är våra ledare och vilka värderingar styr dem? Vilket civilkurage har de att hålla beställare och politiker informerade om konsekvenserna av politiska och administrativa beslut? Hur lyckas våra ledare balansera mellan att som chefer verkställa beslut "top down" och samtidigt vara respekterade ledare för sina anställda och våga föra fram professionens åsikter och erfarenheter "bottom up"? Hur ska psykiatrin förhålla sig till de nya lovande självhjälpsmetoderna som öppnar nya vägar för dem som har kapacitet att använda dem, utan att det blir en utspädd ersättning för adekvat behandling (som samhället inte anser sig ha råd med) utan att bidra till onödigt psykiatrisering? Hur ska psykiatrin å ena sidan hantera de kanaler som media erbjuder för information, diskussion och problematisering och, å andra sidan, undvika att ge material till den massmediala underhållningsindustri som profiterar på rädsla för sjukdom, risk för olycka och våld, sex och allmän mänsklig skröplighet? Psykiatrin måste identifiera sin roll i en kalejdoskopisk tid där samhälleliga värderingar inte alltid artikuleras och demokratins väsen helt oegentligt tas för givet. Psykiatrin måste eftersträva att medvetet förhålla sig till samhälls skeenden och undvika offerrollen genom att vara beredd att problematisera sitt bidrag till utbredningen av Kultursjukan.

Vi på redaktionen för Svensk Psykiatri vill i de närmaste numren av tidningen försöka belysa dessa frågor på olika sätt. Bidrag till denna diskussion är högst välkomna.

På redaktionens vägnar

Björn Wrangsjö
Per Lindqvist

Psykiatrin och massmedia berikar (!) och bekämpar (?) varandra

**LEDARE
SPF**

**Ordförande
Christina Spjut**

Förhållandet mellan psykiatrin och massmedia var länge dåligt. Landets största morgontidning brukade ha återkommande artiklar som hyllade psykoterapi som den enda verkningsfulla behandlingsformen vid alla slag av psykisk sjukdom och som menade att psykiatrins samtliga läkemedel var skadliga. På senare år har man i samma dagstidning låtit patienterna komma till tals och då har tonen ändrats. Våra patienter kommer med kritik som är både saklig och nyanserad och med synpunkter på psykiatrin som är väl värda att ta till vara. Numera finns också i samma tidning artiklar om nya rön, som lyfter fram forskningsresultat från psykiatrin på samma villkor som motsvarande nyheter från andra områden inom vetenskapen. På ledarsidorna kan fortfarande den tidigare uppfattningen om psykiatri återkomma. Och i signerade krönikor tycker av och till någon skribent sig veta bättre än psykiatriker hur psykisk sjukdom bör diagnostiseras och behandlas och hur reglerna för tvångsvård borde vara beskaffade.

”Tyvärr har även oseriösa och okunniga journalister ett stort genomslag och kan komma att påverka psykiatrins möjligheter till utveckling”

Undersökande journalistik viktigt

Undersökande journalister och författare har ett viktigt uppdrag i att öka kunskapen om vårt samhälle och om olika slag av missförhållanden. Flera exempel finns på journalister som tydligt har påverkat samhällsutvecklingen. Ludvig Nordström gjorde genom sina reportage på 1930-talet för Sveriges Radio om Fattigsverige att politikernas kännedom om ”det andra Sverige” ökade och medverkade till att många människors levnadsvillkor förbättrades. Ivar Lo-Johansson skrev om hur zigenarna och de gamla på ålderdomshemmen levde och även för dem skedde stora förbättringar. Detta var skickligt och hållbart journalistiskt arbete. Tyvärr har även oseriösa och okunniga journalister ett stort genomslag och kan komma att påverka både psykiatrins möjligheter till utveckling och våra patienter på ett negativt sätt.

Massmedias attityd till och beskrivning av psykiatrin varierar mycket. Aftonbladet ansåg nyligen att det var lämpligt att skaffa kopior av en tvångsvårdad persons patientjournal och att det var av allmänintresse att publicera dem. Ett annat exempel är några journalister på Sveriges Radio som förra året lät göra en egen enkät till anställda inom psykiatrin om huruvida man hade bevittnat övergrepp mot patienter. Det hade varit av värde att få se originalenkäten med formuleringar, svarsfrekvens och personalkategori för att kunna bedöma resultatet. En viss kännedom om kulturen inom psykiatrin hade säkert varit bra att ha vid läsning av enkätsvaren, eftersom en del av dem som arbetar inom psykiatrin fortfarande inte accepterar användning av tvångsåtgärder utan snarare ser även dem som övergrepp.

Man kan nästan tro, att en del journalister inte riktigt förstår att det är alldeles vanliga människor som arbetar inom psykiatrin och att det är självklart att misstag begås överallt där mänsklig verksamhet pågår. En del journalister verkar snarast vara övertygade om att psykiatrins misstag begås av särskilt illasinnade individer.

Goda exempel på journalistik om psykiatri finns också. TV-programmet ”Den deprimerade reportern” i SVT berättade om en person som hade drabbats av svårbehandlad depression och om den långa vägen till tillfrisknande. Det är inte självklart att den statsägda televisionen eller radion står för de mest högklassiga journalistiska produkterna. Nya, privata, seriösa massmedia finns numera. Dagens Medicin har många artiklar och debattinlägg om psykiatri som är väl värda att läsa. Nyhetsmagasinet Focus gjorde i novembernumret en inventering av psykiaterbristen, intervjuade många och försökte analysera orsakerna till bristen. Detta reportage väckte berättigad uppmärksamhet och problemet togs även upp i statstelevisionens nyheter.

Vad kan vi psykiatriker göra för att förbättra relationen till massmedia? Den viktigaste åtgärden är kanske att öka kunskapen om psykiatri generellt i vårt samhälle och särskilt hos journalisterna. Ett bra sätt är att sprida forskningsrön och väl underbyggda faktasammansättningar om psykisk sjukdom, dess följder, om evidensbaserade behandlingsmetoder och om våra behandlingsresultat. Låt oss alla hjälpas åt med att göra detta.

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)

Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)

Camilla Hallek (camilla.hallek@sl.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@sl.se)

Annonser och material till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Ett effektivt anti-depressivum som även är effektivt mot ångest.*

*) Generaliserad ångest, paniksyndrom, social fobi och tvångssyndrom.



- Cipralex (escitalopram) är effektivt vid behandling av generaliserad ångest, tvångssyndrom, social fobi och paniksyndrom.¹⁻⁴

Cipralex®
escitalopram
Målet är remission

Cipralex® Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter. Prisuppgifter; 5 mg: 28 st 159 kr, 98 st, 414,50 kr, 10 mg: 49 st 407 kr, 28 st 270,50 kr, 98 st 767 kr, 200 st (burk) 1 455,50 kr, 15 mg: 28 st 377,50 kr, 98 st 1 107 kr, 20 mg: 28 st 473 kr, 98 st 1 415,50 kr Cipralex är ett receptbelagt läkemedel. Cipralex är subventionerat av LFN och subventionen gäller samtliga godkända indikationer. Informationen sammanställdes senast 2007-05-11. För vidare information, se FASS.se. REFERENSER: [1] Baldwin et al. Poster ECNP 2004. [2] Stein et al. Current Medical Research and Opinion Vol 23, No 4, 2007, 701-711. [3] Lader et al. Depression and Anxiety 2004;19:241-248. [4] Stahl et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1322-1327.

BUP år 2008 – ett gott nytt år??

**BUP
LEDARE**

**Ordförande
Lena Eidevall**

Vad vet jag som ordförande om hur det blir för BUP- dvs. för våra blivande och nuvarande patienter runtom i vårt avlånga land?? Och för våra anställda?

Jag har ritat scheman, skrivit listor, gjort SWOT-analyser, grubblat, jublat, misströstat.

”Utöka – minska. Ni är jätteviktiga – vad gör ni egentligen? Tidiga insatser och prevention – är det

Kort sagt, man skulle kunna uppleva mig som representant för BUP i Sverige som lite lätt förvirrad. Aldrig har det varit så många och så disparata budskap samtidigt som det är nu.

Utöka – minska. Ni är jätteviktiga – vad gör ni egentligen? Tidiga insatser och prevention – är det psykiatri? Varför byggs

inte primärvården ut?

Samtidigt som både primärvård och psykiatri är i starkt fokus för alla typer av vårdval och privatiseringar, verksamheter där kontinuitet och trygghet om möjligt är ännu viktigare än i annan sjukvård.

Allvarligt talat så tror jag att vi ska tolka tecknen i skyn som att det faktiskt är något mycket positivt på gång i Sverige för Barns och ungas psykiska hälsa.

Regeringen satsar?

BUP får nu ta del av regeringens satsningar för att öka tillgängligheten. Under 2008 är barn- och ungdomars psykiska hälsa ett prioriterat område för Socialstyrelsen. Och Socialstyrelsen driver på ordenligt i frågan om rekrytering av läkare till hela psykiatri – detta innefattar även barnpsykiatri. Jag citerar här ur brevsvaret från Socialstyrelsen på direkt fråga från undertecknad; ”De förslag vi lämnat till regeringen när det gäller tillgången på specialister är i hög grad relevanta

för specialister i barn- och ungdomspsykiatri. Det gäller t ex förslaget att se över grundutbildningens innehåll där det finns skäl att särskilt undersöka om utbildningen ger tillräckligt goda kunskaper för att kunna möta barn- och ungdomar med lättare och/eller svårare psykisk ohälsa. Även när det gäller förslagen att ge landstingen stimulansmedel för att skapa särskilda studierektorsfunktioner och för att utveckla det pedagogiska innehållet i AT-tjänstgöringen kan dessa utformas så att de uttryckligen eller underförstått gäller även barn- och ungdomspsykiatri. Vi kommer att understrika detta i dialogen med regeringen om vi får signaler om att åtgärder planeras med utgångspunkt från våra förslag.

Jag tror att vi under 2008 måste fortsätta arbeta på två fronter – dels stärka den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri genom att slipa vår diagnostik, våra behandlingsmetoder och öka vår produk-

tivitet samt öka rekryteringen och fortsätta vår samverkan inom hela psykiatrifältet, dels arbeta aktivt för att få till stånd en intresserad och kompetent basnivå. Där blir det viktigt att stå upp för att det behövs olika kompetens för att jobba med barn och med vuxna – man måste förstärka med specifikt barnkunnande också, inte ”bara” med psykosocial kompetens. Det som ännu inte börjat hända är en allvarlig satsning på förstärkning och kompetensökning inom primärvården för att stärka basnivån i sjukvården för att kunna möta barns och ungas psykiska problem.

BUP-kongressen 2008 handlar om Tidiga insatser - vi hoppas på ett mycket välbesökt möte !! Gå in på www.slf.se/bup för att anmäla dig till de tre dagarna!

Lena Eidevall



Inga kommentarer – ett sätt att dölja sin skuld

Det finns ett utmärkt sätt att få journalister misstänksamma. Ett utmärkt sätt att i allmänhetens ögon framstå som en skurk. Ett fantastiskt, närmast vattentätt sätt att misstänkliggöra sitt handlande.

Varför inte alltid svara ”inga kommentarer” när en journalist trycker sin aggressiva mikrofon i ens ansikte? Det är ju så enkelt. Man slipper villa bort sig i en massa ologiska resonemang och sen se sig själv felciterad. Hur felciterar man ”inga kommentarer”? Det

går inte. Men vad värre är, det behövs inte heller. Det förvandlar den som säger det till villebråd.

Journalister är inte alltid ute efter att förvandla sina intervjuoffer till svin. De allra flesta vill göra ett bra jobb. Men om det är svin de vill skapa så är ”inga kommentarer” det perfekta svaret. Då kan de ju skriva vad som helst utan att bli motsagda. Och den som inte vågar prata har något att dölja. Det vet ju alla, eller. . . Så funkar den mänskliga hjärnan. Det borde väl vi veta. Vi är ju psykiatriker!

David Eberhard

Nytt från rättspsykiatriska föreningen

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen hade sitt årsmöte vid årets Läkarstämman där föreningen också bidrog med ett spännande och välbesökt sektionsprogram i form av fyra fria föredrag. Vid stämman presenterades också Rättspsykiatrins nya kvalitetsregister vid ett BUP-symposium och erfarenheter av ADHD-behandling av patienter med bipolär sjukdom inom rättspsykiatri vid ett av Psykiatriska Föreningens symposier.

Samarbete mellan de tre psykiatriska föreningarna i utbildningsfrågor och i Tidskriften

RPF LEDARE ORDFÖRANDE Lars Eriksson

för Svensk Psykiatri har upplevts mycket positivt under det gångna året och initiativet till Psykiatrikongressen i mars 2008 har från vår förening varit mycket uppskattat.

Rättspsykiatriska föreningens styrelse har fått några nya medlemmar men majoriteten har

dock omvalts vilket ger behövlig kontinuitet. Undertecknad har tagit över som ordförande efter Peter Andiné som avböjt omval. Ett stort tack till Peter för allt arbete som lagts ned under 2007! Styrelsen träffas för ett konstituerande möte 18e februari då riktlinjerna för arbetet under året kommer att dras upp. Klart är emellertid att utbildningsfrågorna kommer att fortsätta stå i fokus och ett utbildningsutskott kommer att ta vid när arbetsgruppen för ST-utbildningens målbeskrivningar nu avslutar sitt arbete.

Vi har aktualiserat och inventerat vår medlemsförteckning och hoppas snart kunna

ge våra medlemmar regelbunden information från styrelsen via e-post. Vi vill också gärna få e-post från medlemmarna! Adresser återfinns nedan.

Lars Eriksson

lars.eriksson@vgregion.se

"Initiativet till Svenska Psykiatrikongressen har från vår förening varit mycket uppskattat"

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Berglind

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard

ST-representant: Johan Lundberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Riksstämmosekreterare: Rolf Adolfsson

(riksstamman@svenskpsykiatri.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall

(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall

(lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Kerstin Malmberg

(kerstin.malmbeg@sl.se)

Facklig sekreterare: Peter Engelsöy

(peter.engelsoy@sl.se)

Kassör: Catharina Winge Westholm

(catharina.wingewestholm@lthalland.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson

(jan-olov.larsson@ki.se)

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

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

ST-representant Anna Steen (anna.sten@sl.se)

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Övriga styrelseledamöter:

Christina Karlsson

(christina.e.karlsson@lio.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sl.se)

Margareta Lagerkvist

(margareta.lagerkvist@vgregion.se)

Katarina Wahlund (katarina.wahlund@ki.se)

Lars-Håkan Nilsson

(lars-hakan.nilsson@kriminalvarden.se)

Suppleanter

Mats Persson (mats.persson@lvn.se)

Patrik Myrén (patriarken@spray.se)

Psykiatrin granskar Ekot – hur information blir desinformation

I somras granskade två av Ekots reportrar, Daniel Velasco och Bo-Göran Bodin psykiatrin i en reportageserie. Enligt en enkät som besvarats av fler än tusen anställda inom slutenvården vittnade åtta av tio att de sett kollegor kränka de sjuka och nästan hälften hade sett kollegor använda övervåld mot patienterna. Patienter fick komma till tals i programmen och berätta om de kränkningar de utsatts för. Citat som "De pratar inte med patienterna" och "Greta lämnades naken och utslagen för allmän beskådan" fanns att läsa på Ekots hemsida. Anders Milton intervjuades och uttryckte förvåning över resultatet av Ekots undersökning och P-O Sjöblom, psykiatrisamordnare och biträdande sjukvårdsdirektör i Stockholms län, uppskattade att ungefär 20% av personalen inom psykiatrin hade fel attityd och var olämpliga för sitt jobb. Han tog senare tillbaka sitt yttrande i ett inlägg på en intern hemsida, något som Ekots lyssnare tyvärr inte kunde ta del av.

Forskningsmedel och forskningstid är en exklusiv vara för sjukvårdens personal, varför vi kanske bör vara tacksamma om andra gör arbetet åt oss. Ekots enkät levererades till 1 900 anställda inom slutenvårdens rättspsykiatriska och allmänpsykiatriska avdelningar, på tolv sjukhus runt om i landet. Sjukvårdsledningarna gav reportrarna legitimitet och de förmedlade kontakterna till kliniker och anställda.

I Stockholms län anmodade psykiatrisamordnaren sina verksamhetschefer att distribuera enkäterna vilket skedde med hjälp av internposten. I foljebrevet



Det krävs inte en Sherlock Holmes för att räkna ut att ekots slutsatser var fel. . .

till enkäten skriver reportrarna "vi som skriver det här jobbar på Sveriges Radio med en reportageserie om psykiatrin, där vi bland annat kommer att belysa personalens situation". De har en förbindlig ton och presenterar sig som att de båda har jobbat som medicinreportrar och att den ena själv var sjuksköterska med erfarenhet av psykiatrisk vård. De hoppades att mottagaren inte skulle ta illa upp av enkätfrågorna, men att svaren var mycket viktiga

och att uppgiftslämnarna skulle förbli anonyma. De tackade stort i förhand. Mottagarna av enkäten kände kanske också tacksamhet över att public service intresserade sig för deras ibland rätt bistra vardag.

Frågor om arbetsmiljö

Emellertid finns det fog att fråga sig så här efteråt, om reportrarna egentligen intresserade sig för personalens arbetssituation. Enkäten innehöll ett tjugotal frågor. Utöver frågor om uppgiftslämnarens profession och hur länge denne hade arbetat inom psykiatrisk slutenvård berörde i stort sett samtliga frågor arbetsmiljön: De tillfrågades om tillgången till extra-
vak på avdelningen; om uppgiftslämnaren själv hade utsatts för våld eller hot och om detta i så fall hade ökat med åren; om våld förekom mellan patienter och om personalen i så fall kunde skydda patienterna; om den upplevda kvalitén på den givna vården; om trivsel och om uppgiftslämnaren själv hade övervägt att sluta sitt arbete på grund av hot. Svaren på alla dessa frågor har hitintills inte redovisats. Istället har Ekot valt att endast redovisa svaren på två frågor som inte alls berörde personalens arbetsmiljö utan istället, förmodligen till stor förvåning för de som svarat på enkäten, fokuserades på negativ behandling av patienterna. Den ena frågan gällde verbala kränkningar och löd "Hur ofta har du upplevt att personal kränkt en patient genom exempelvis kommentarer och uttalanden?" Frågan följdes av sex svarsalternativ "aldrig", "någon enstaka gång", "flera gånger per år", "några gånger per månad", "varje vecka" eller "dagligen". Ingenstans efterfrågas förekomst av fysiska kränkningar specifikt, vilket dock Ekots rapportering gav sken av när de angav att 80% av personalen hade sett kränkningar.

"Ekot gjorde ingen skillnad på om det var en enstaka verbal kränkning under en tioårsperiod eller om det handlade om dagliga trakasserier av patienterna"

Den andra frågan löd "Hur ofta har du upplevt att personal använt mer våld än vad situationen krävde mot en patient?" varvid fem svarsalternativ med frekvenser alltifrån "aldrig" till "dagligen" följde. Svaren på dessa två frågor redovisades dock utan angivande av frekvens, dvs Ekot gjorde ingen skillnad på om det var fråga om en enstaka verbal kränkning som iakttagits under en tioårsperiod eller om det handlade om dagliga trakasserier av patienterna. Inte heller kan man utifrån undersökningen veta om resultatet avspeglar beteenden som förekommer hos flertalet i en personalgrupp på en viss avdelning, eller om det rör sig om en enstaka incident som bevitnats av flera i personalen, eftersom hela per-



... det borde to m Dupond och Dupond kunna räkna ut!

talet av de kliniker som deltagit i studien. Detta ger enkäten inte något som helst svar på.

Förklaringsvärdet utifrån denna typ av undersökning är ungefär likvärdigt med att bedöma trafiksäkerheten utifrån om trafikanter har bevittnat en fortkörning någon gång under de senaste 10 åren, det vill säga noll. Av denna enkla anledning har jag efterfrågat om jag kunde få ta del av Ekots enkätens svarsfrekvenser för att möjligen kunna dra mer nyanserade slutsatser. Tyvärr har Ekot meddelat att man "lämnar av princip inte ut arbetsmaterial till någon utomstående, vare sig till privatpersoner, företag, myndigheter - eller till forskare som vill gå genvägar". Jag misstänker, utan belägg förstås, att Ekot endast har sammanställt resultatet från de två frågorna som gällde kränkningar och övergrepp av patienter, och att en helhetsbild av samtliga svarsfrekvenser skulle ge en annan bild än den braskande nyhetsrapporteringen.

Jag vilar inte i en uppfattning om att den psykiatriska vården är optimal, att det inte förekommer kränkande behandling eller att

sonalgruppen har besvarat samma enkätfrågor om "någon annans beteende". Det kan till och med vara så att flertalet respondenter avser attityden hos en enda anställd som flyttat omkring och arbetat på fler-

det inte finns olämplig personal. Psykiatrisk personal är som andra människor och kränkningar förekommer i alla hem, i alla skolor och på alla arbetsplatser, mer eller mindre medvetet. Medvetna kränkningar och övergrepp på våra patienter är givetvis oacceptabelt. Men jag tror inte att Ekot på något sätt bidrar till att förbättra situationen för patienterna inom psykiatrin genom sin reportageserie. Ekots information är i själva verket en ren desinformation. Ekot är förstås inget universitet och behöver inte anpassa sig till de höga etiska krav som ställs på forskning. Men Ekots reportrar har inte desto mindre iklätt sig forskningens mantel: De har gett personalen falska förespeglningar om att vilja undersöka deras arbetsmiljö genom att ställa en rad frågor om denna, medan den dolda agendan förefaller vara avslöjanden utifrån två "insmugna" frågor om kränkande behandling. Svaren har sedan redovisats i förvrängd form.

Ekot har presenterat en produkt snarlik den som ideologiska tankesmedjor levererar. En ideologisk tankesmedja behöver aldrig öppet redovisa sina metoder eller resultat varför de kan komma undan med både fusk och förvrängning utan påföljd. Att Ekot har fått genomföra denna undersökning med stöd av sjukvårdsledningarna är i mina ögon synnerligen anmärkningsvärt, och jag hoppas att det inte kommer upprepas. Framgent bör anställda vara mycket försiktiga med att delta i journalistiska projekt och om området behöver belysas kräva att det är seriösa forskare som får tillträde.

Susanne Bejerot

Överläkare

Norra Stockholms Psykiatri

Svenska Psykiatrikongressen, 12-14 mars 2008, Stockholm

Preliminärt program - läs mer på vår hemsida - där kan Du också anmäla Dig

www.svenskpsykiatri.se

Onsdag 12 mars

09.00-12.00

ADHD hos vuxna -

aktuellt kunskapsläge, Olle Hollertz, m.fl

CME-Kurser, 09.00 -12.00

Psykopati.

Fallbeskrivningar och skattningsmetoder.

Marianne Kristiansson

Neuropsykologi och psykiatrisk rehabilite-

ring. Maria Linna, Katarina Frank

Läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Nils Lindefors

13.00-13.30

Inledningsanförande, Christina Spjut, m.fl.

13.30-14.30

Nya tillämpningar av fMRI och PET i psykiatrin

Lars Farde, Predrag Petrovic

14.30-15.00, Kaffe

15.00-16.00

Arv-miljöinteraktioner bakom psykisk sjukdom -

lärdomar från beroendesjukdomar

Markus Heilig

Metabolt syndrom - vad gör vi?, Rolf Adolfsson, m.fl

16.00-17.00

Kvalitetsregistret BipolärR - vad kan vi hitta?

Mikael Landén, Mattias Agestam

Psykiater och deckarförfattare

Åsa Nilsson

17.00-18.30

Välkomstmangel med dryck och tilltugg

Torsdag 13 mars

08.30-09.30

Offentligt samtal om läkarassisterade suicid,

Torbjörn Tännström, Erwin Bischofberger,

Moderator: Susanne Ringskog Vagnhammar

09.30-10.00, Kaffe

10.00-11.00

Hur kan en neuropsykiatrisk mottagning utfor-

mas? Susanne Bejerot

Internetförmädlad KBT, Nils Lindefors, m.fl.

11.00-12.00

Suicid hos läkare och läkarstuderande.

Bo Runeson, Marie Dahlin

Konst i psykiatrin eller psykiatrin i konsten

Tove Gunnarsson

12.00-13.00, Lunch

13.00-14.00

Postpartumpsykos, Christina Spjut, m.fl.

Psykiatriska patienter - våldsvärkare eller vålds-

offer?, Per Lindqvist

14.00-14.30, Kaffe

14.30-15.30

Gene-environment interaction: effect of early life

adverse events on brain and behavior in adult

life, Alexander Mathé

Depressionens olika ansikten, Hans Ågren

Mentaliseringsbaserad terapi vid borderline

personlighetsstörning, Göran Rydén, m.fl.

15.30-16.30

Manlig depression och suicidalitet

Jan Wållinder, Wolfgang Rutz

Interpersonell psykoterapi, Roland Berg

METIS - en gemensam teoretisk grund för ST-

läkare i psykiatri, Raffaella Björck, Kajsa Norström

16.30-18.00

Årsmöte Svenska Psykiatriska Föreningen

19.00. Middag

Fredag 14 mars

08.30-10.30

Psykiatrin och politiken. Finn Bengtsson, m.fl.

10.30-11.00, Kaffe

11.00-12.00

Psykodynamiska terapier och kognitiva

beteendeterapier: likheter, olikheter och

oklarheter.

Leif Havnesköld

Evidensbaserade psykoterapier för barn,

vuxna och äldre, Lars-Göran Öst

CME-Kurser, 13.00 -16.00

Behandling av beroendesjukdomar.

Stefan Borg

Riktlinjer vid personlighetsstörning.

Lisa Ekselius, Mia Ramklint

ECT, Martin Hultén

Afrikansk psykiatri växer sig allt starkare

Psykisk sjukdom och psykisk ohälsa är minst lika vanligt förekommande i Afrika som i resten av världen. Kolonialmakterna och då framför allt engelsmännen byggde upp en sjukvårdsapparat i sina kolonier där det ibland också fanns ett mentalsjukhus i huvudstaden där någon enstaka utländsk psykiater var ansvarig. Så småningom utbildas afrikanska läkare och några enstaka specialiserar sig också i psykiatri.

Det första mötet med afrikanska psykiatrer som en grupp hölls i Bukavu i dåvarande Belgiska Kongo 1958 och samma år hölls en andra interafrican konferens on mental health. 1971 hölls ett tredje möte i Nigeria och ett fjärde hölls i Nigeria 1976, som då hade flera välutbildade och driftiga psykiatrer. Jag deltog själv i det mötet. Man gav också ut en afrikansk psykiatrisk journal under ett antal år, men sedan blev det tyst. Utvecklingen i de flesta afrikanska länder efter frigörelsen från kolonialmakterna har ju varit präglad av konflikter, inbördeskrig och svältkatastrofer. Många av de större länderna på kontinenten har dock byggt upp en vårdorganisation baserad på en basal primärvård, en mellannivå och en specialistnivå. Man har också byggt ut en egen läkarutbildning och i flera länder har man dessutom numera en specialistutbildning i de flesta större specialiteter. Ett exempel på detta är Etiopien som är ett av de fattigaste länderna. Där finns nu åtminstone fem medicinska fakulteter som utbildar läkare och sedan några år tillbaka har man också en egen specialistutbildning i psykiatri.

1998 hölls ett möte med South African Society of Psychiatry i Johannesburg. Vid detta möte föreslog Norman Sartorius att de afrikanska psykiatrerna borde skapa sig ett eget forum och detta ledde så småningom till att psykiatrerna från Kenya, Uganda, Tanzania och Etiopien började träffas regelbundet och så småningom bildades The African Association of Psychiatrists and Alien Professionals (AAPAP) 2002. Nu har årliga konferenser hållits, den senaste i Addis Abeba 2006 och i Nairobi 2007 och nya konferenser planeras i Nigeria 2008 och Sudan 2009.

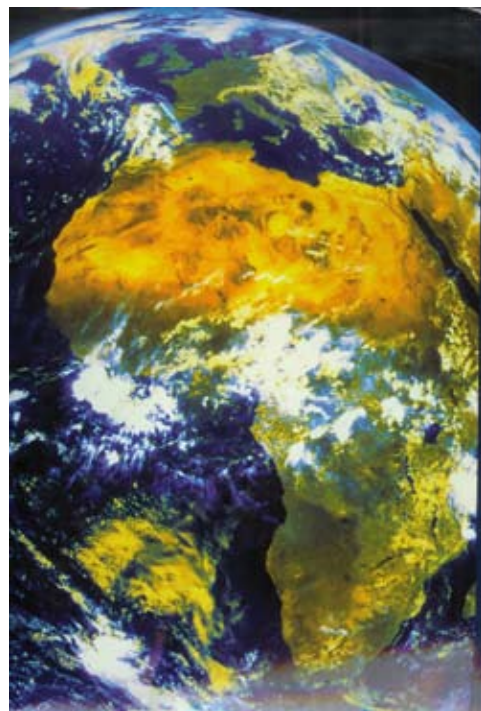
Utvecklingen i Afrika undersöktes

Norman Sartorius är ju en legendarisk person i det internationella psykiatersammanhanget. I många år var han chef för Mental Health Division vid WHO:s kontor i Geneve. Under hans tid vid WHO genomfördes ett stort antal internationella vetenskapliga forskningsprojekt och han intresserade sig också mycket för utvecklingen av psykiatri i u-länderna. Bl a tog han initiativ till ett

program att utbilda sjuksköterskor i psykiatri i Etiopien för att starta små psykiatriska mottagningar vid alla sjukhus runt om i landet och även vårdcentraler. I detta program har nu utbildats ca 200 sjuksköterskor i psykiatri. De har placerats två och två ute på de flesta sjukhus i landet och några vårdcentraler, sammanlagt ca 50 st.

Detta program har nu utvärderats. Sjuksköterskorna och deras verksamhet får högt betyg av läkare och ledning vid de aktuella sjukhusen. Det är min bestämda uppfattning att detta är en typ av program som skulle kunna vara en modell för utvecklingen av psykiatrisk service i Afrika, men också i andra low-income countries i världen med små resurser. I Etiopien finns t ex nu 24 specialister i psykiatri och de flesta arbetar i Addis Abeba. De ska alltså ge specialistvård för en befolkning på ca 75 miljoner. I Addis Abeba finns ett mentalsjukhus med ca 250 platser – det är allt som finns av slutenvård för psykiatriska patienter i Etiopien. Detta innebär i sin tur att den överväldigande majoriteten av människor med psykiska problem inte kommer i kontakt med psykiatin. De är i stället hänvisade till olika typer av traditional healers.

Jag och Atalay Alem, som är en etiopisk kollega som har disputerat hos oss i Umeå för några år sedan och en engelsk psykiater, Charlotte Hanlon, har genomfört en studie där vi frågat ett antal mental health professionals i Afrika, söder om Sahara, om deras syn på utvecklingen av psykiatrisk service i Afrika. Vi kallar projektet "What would community based mental health services mean to rural Africa". WHO har ju i många år argumenterat för en community based psykiatrisk vård, som innebär reduktion av vårdplatser på mentalsjukhus och helst nedläggning av mentalsjukhusen och i stället en satsning på psykiatrisk öppenvård och vårdplatser på general hospitals i stället för vid särskilda mentalsjukhus. Detta är ett synsätt som de flesta industrialiserade länder har anammat. Sverige är kanske det land som har gått längst i den riktningen. I Sverige finns inte längre några klassiska mentalsjukhus över huvud taget. Antalet vårdplatser är kraftigt reducerat (många av oss tycker att de blivit alldeles för få) och psykiskt sju-



"Bland annat tog han initiativ till ett program att utbilda sjuksköterskor i psykiatri i Etiopien för att starta små psykiatriska mottagningar"

"Om man tror att psykisk sjukdom beror på andebesätelse, tabubrott eller trolldom söker man sig i första hand till experter inom dessa områden"

vårdadministratörer, fanns en tydlig inriktning. De flesta pläderade för att psykiatri skulle inlemmas i primärvården, exempelvis i den riktning som det etiopiska försöket anger genom att utbildade läkare, sjuksköterskor och andra primärvårdspersonal i grundläggande psykisk hälsovård. Ett annat tema som kom upp återkommande var behovet av att utveckla något slags samarbete med traditional healers eftersom dessa oftast är den instans som man vänder sig till först. Det finns länder i Afrika som bara har en psykiater och kanske ingen annan personal utbildad inom psykiatri och det är ju uppenbart att den resursen inte räcker till. Det är också så att i många länder arbetar det fåtal psykiatrer som finns i privat praktik eller huvudsakligen som konsulter åt internationella biståndsorganisationer av olika slag. I praktiken är alltså möjligheterna att få komma till en psykiatriskt utbildad läkare eller sjuksköterska mycket liten.

Det är också så att människors uppfattning om de psykiska störningarnas natur gör att man inte självklart vänder sig till "modern medicine". Om man tror att psykisk sjukdom beror på andebesätelse, tabubrott eller trolldom, söker man sig i första hand till experter inom dessa områden. Det fanns en ganska stor enighet om att det är nödvändigt att utveckla något slags samarbete med traditional healers. I flera länder har man också gjort ansatser till detta på så sätt att man i varje fall registrerat traditional healers. I Tanzania och Sydafrika t ex har detta inneburit någon form av auktorisation för healers. Det finns en hel del forskning av mera socialantropologisk natur om traditional healers och deras verksamhet, men mycket litet om effekten och konsekvenserna av deras verksamhet. Här finns alltså ett stort och viktigt forskningsområde. I vilka sammanhang är traditional healers bra för sina klienter och när utgör deras behandlingsförsök en risk? Det är t ex uppenbart så att HIV/AIDS inte låter sig botas eller framgångsrikt behandlas med förböner, amuletter eller olika typer av läkeörter. Inte heller botar man en hjärnmalaria med andeutdrivning.

Med alla sina problem är det ändå uppmuntrande att se att psykiatri i Afrika växer sig allt starkare. Förhoppningsvis kommer de årliga kongresserna att kunna bidra till att stärka psykiateridentiteten i Afrika och också bidra till att höja kvaliteten på den vård som ges. Kanske kan det också så småningom leda till att det utvecklas särskilda modeller för psykiatrisk vård och förebyggande arbete utifrån de särskilda villkor som råder i Afrika. Ett exempel på utvecklingen är en stor lärobok "Essentials of Clinical Psychiatry for Sub-Saharan Africa" utgiven av några ledande afrikanska psykiatrer i samarbete med World Psychiatric Association.

Lars Jacobsson

Professor, Överläkare
Psykiatriska kliniken

Norrlands universitetssjukhus Umeå

ka lever nu ute i samhället med mer eller mindre stöd, framför allt då från socialtjänsten (dess värre inte i alla avseenden framgångsrikt).

Traditionella healers

I vår enkät, som besvarades av framför allt psykiatrer, men också några sjuksköterskor och



Svenska Psykiatriska Föreningen

Dagordning till årsmöte

Tid: torsdag den 13 mars 16:30 – 18:00

Plats: föreläsningssalen Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10 i Stockholm

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av två justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisoremas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
 - a. Föreslagen höjning av årsavgiften till 700 kronor.
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - a. Föreslagna stadgeändringar §10 och §12
10. Val av ledamöter till styrelsen enligt §10
11. Val av revisorer och revisorssuppleanter
12. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
13. Val av valberedning
14. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
15. Övriga frågor
16. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Sekreterare i SPF

Christina Spjut
Ordförande i SPF

Psykiatrin på nyhetsplats – en negativ historia?

"Deprimerad begick självmord på psyket", "Psykiatrin svarslös – igen", "Kritik mot psykiatriken"...

De negativa rubrikerna i Västerbottens lokaltidningar duggade tätt. Åtminstone var det den uppfattning som både chefer och medarbetare inom vuxenpsykiatri i Västerbotten hade. Men var det verkligen så? Rapporterade bara medierna negativa händelser?

För att få svar på om det verkligen var på detta sätt genomförde två informatörer i Västerbottens läns landsting en innehållsanalys av vad lokaltidningarna i Västerbotten skrivit om psykiatrin under tre månader. Totalt handlade det om 46 inslag i tidningarna av olika karaktär: artiklar, insändare, debattartiklar etc.

- Målet med att göra en medianalys var att hitta strategier för hur vi skulle kunna balansera den bild som medierna förmedlade, säger Carl-Gustaf Olofsson, verksamhetschef vid psykiatriska kliniken på Skellefteå lasarett.

Sammanfattningsvis visade det sig att mer än hälften av nyheterna var neutrala. Men de negativa var fler än tre gånger så många som de positiva. De negativa nyheterna handlade framför allt om patientanmälningar, missnöjd personal och resursbrist medan de positiva bland annat beskrev forskning och utveckling samt nya boenden/vårdplatser. Analysen visade också att den största delen av nyheterna var sådant som redaktionerna spontant själva tagit initiativ till, anmälningsärenden samt från politiken. Ett pressmeddelande hade skickats från psykiatrin under analysperioden, vilket ledde till två artiklar i tidningarna.

- Det är ofta svårt att påverka de negativa artiklarna i media. Of-

fentlig verksamhet ska ju granskas av medierna. Därför såg vi att psykiatrin behövde satsa mer på att föra ut nyheter själva genom aktiva åtgärder som till exempel pressmeddelanden och positiva debattartiklar/insändare, säger Ann Katrin Högdahl, informatör i Västerbottens läns landsting.

Proaktivt mediearbete

Genom att arbeta mer proaktivt med att föra ut nyheter såg man en möjlighet att öka antalet artiklar totalt om psykiatrin i lokaltidningarna och därigenom också ge medborgaren större möjlighet att skapa sin egen bild av psykiatriens verksamhet.

Förutom ett mer proaktivt arbetssätt har chefer och nyckelpersoner inom psykiatrin under hösten gått medieutbildningar för att bli tryggare i kontakten med nyhetsmedia. Andra åtgärder har

varit att direkt bemöta insändare i lokaltidningarna.

- Medianalysen gav oss en ökad medvetenhet om relationen till media. När vi granskar vår insats kan vi se att vi många gånger missat att bemöta insändare och skickat alltför få pressmeddelanden. Under hösten har vi också haft två seminarier för media, och det har visat sig att faktakunskap efterfrågas ännu mer än vi hittills tillgodosett. Även om frågeställ-

ningar kan vara provocativa eller felaktiga, tror vi att god tillgänglighet, korrekt och sakligt bemötande vinner i längden när media hör av sig, menar Carl-Gustaf Olofsson, verksamhetschef på psykiatriska kliniken i Skellefteå.

Ann Kathrin Högdahl

Informatör Västerbottens läns landsting

"De negativa nyheterna handlade framförallt om patientanmälningar, missnöjd personal och resursbrist"

**SKRIV TILL
OSS**

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2007 - 2008

NUMMER 2 2008

Etik

(Innehållsansvariga Tove Gunnarsson & Daniel Frydman)

Deadline 20 april 2008

NUMMER 3 2008

Själs hjälp utanför psykiatrin

(Innehållsansvarig Camilla Hallek & Björn Wrangsjö)

Deadline 20 juni 2008

NUMMER 4 2008

Ledarskap/team

(Innehållsansvarig Per Lindqvist & David Eberhard)

Deadline 20 okt 2008

NUMMER 1 2009

Vart ä vi på väg?

(Innehållsansvarig Per Lindqvist & Björn Wrangsjö)

Deadline 20 jan 2009



börja arbeta igen umgås med vänner skratt
tid med familjen

Jag kan börja leva igen.

Att endast stå ut, eller verkligen leva? Vad är egentligen remission? För oss är remission när patienten fullt ut kan känna glädje för sådant som intresserade henne innan depressionen fick fäste; att hon får komma hela vägen tillbaka.

När anser du att din depressionspatient uppnått symtomfrihet? Vad bör målet vara; att överleva vardagen eller verkligen leva?


Cymbalta[®]
duloxetine

hela vägen tillbaka från depressionen

Cymbalta[®] (duloxetine), N06AX21, R_x. För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60 mg en gång dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 246,50 kr, 60 mg x 28, 376 kr och 60 mg x 98, 1198,50 kr. F. Datum för översyn av produktresumén: 2007-08-28. För mer information, se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se.

Stadgeändringsförslag till SPF:s stadgar

Med anledning av den ökade aktiviteten i föreningen föreligger behov av fler aktiva styrelsemedlemmar. Stadgemässigt bedöms det värdefullt att dessa medlemmar väljs in som ordinarie ledamöter i styrelsen, istället för att fortlöpande adjungeras i styrelsearbetet. För att möjliggöra detta behöver stadgarna ändras. Genom att ange ett högsta antal ledamöter görs det möjligt för styrelse och valberedning att inför kommande årsmöten uppskatta behovet av styrelsemedlemmar, samtidigt som minimibemanningen (ordförande, sekreterare och skattmästare) följer de förordningar som finns om föreningsstyrelsers sammansättning.

Under de senaste åren har ST-sektionens arbete varit mer aktivt än tidigare. ST-läkarna har fram till nu haft en adjungerad representant i styrelsen. Denna har föreslagits av ST-sektionen och godkänts av styrelsen. För att ta tillvara ST-läkarnas inflytande i SPF:s verksamhet föreslås att en ST-representant ska vara ordinarie styrelsemedlem.

Som en följd av ändrat antal ordinarie ledamöter måste formuleringen om beslutsmässighet i § 12 skrivas om.

Nuvarande formulering:

§ 10. Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare samt ytterligare tre ledamöter. Styrelsens ledamöter väljs för en mandattid på två år på ordinarie möte efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning. Ordförande, sekreterare och två ledamöter väljs varje udda år och vice ordförande, skattmästare och en övrig ledamot varje jämt år för tiden t o m ordinarie möte två år därefter.

Föreslagen ny formulering:

§ 10. Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare samt ytterligare högst sex ledamöter. Styrelsens ledamöter väljs på ordinarie föreningsmöte. Ordförande, vice ordförande och högst tre ledamöter väljs varje udda år och sekreterare, skattmästare och högst tre ledamöter varje jämt år. Samtliga ledamöter väljs efter förslag från en vid föreningsmöte tillsatt valberedning för tiden t o m ordinarie möte två år därefter, utom ledamöten för ST-läkarna, som efter förslag från SPF:s ST-sektion väljs för tiden t o m ordinarie möte följande år.

Nuvarande formulering:

§ 12. Styrelsen sammanträder när ordföranden så finner erforderligt eller minst två styrelseledamöter påfordrar det. Styrelsen är beslutsmässig om minst fyra ledamöter, däribland ordföranden eller vice ordföranden, är närvarande. Omröstning inom styrelsen sker öppet. Beslut fattas med enkel röstövertikt. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst, dock sker vid val avgörandet genom lottning. Styrelsens protokoll föres av sekreteraren och justeras av ordföranden.

Föreslagen ny formulering:

§ 12. Styrelsen sammanträder när ordföranden så finner erforderligt eller minst två styrelseledamöter påfordrar det. Styrelsen är beslutsmässig om minst hälften av styrelsens ledamöter, däribland ordföranden eller vice ordföranden, är närvarande. Omröstning inom styrelsen sker öppet. Beslut fattas med enkel röstövertikt. Vid lika röstetal har mötesordföranden utslagsröst, dock sker vid val avgörandet genom lottning. Styrelsens protokoll föres av sekreteraren och justeras av ordföranden.

Hans-Peter Mofors

Sekreterare i SPF

Samtal med Göran Greider, chefredaktör Dala-Demokraten

Hur upplever du samarbetet mellan psykiatri och journalistkåren?

Göran Greider är chefredaktör på Dala Demokraten. Svensk Psykiatri ringde upp honom för att höra om hans synpunkter på samarbetet mellan media och psykiatri. Dock, menar Göran, har han svårt att svara exakt på frågan omkring samarbetet eftersom han inte så ofta har ställts inför rena kontakter med psykiatriker. Däremot funderar han mycket kring medias roll i rapporteringen kring psykiskt sjuka. På tal om de senaste årens våldsincidenter då psykiskt sjuka varit inblandade säger han:

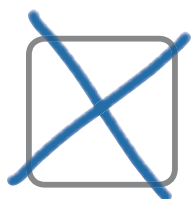
”Det förvånar mig faktiskt hur lite media skuldbelägger de personer som har psykiska problem och som har begått våldsbrott. Jag hade förväntat att det nu skulle komma en reaktion från människor i allmänhet och även från media att man skall låsa in folk längre, men detta har inte inträffat.”

Han upplever att media trots allt således sköter sig ganska hyggligt när det kommer till de här frågorna och han tror också att befolkningen i stort har en alltmer progressiv hållning när det kommer till psykisk sjukdom. Samtidigt menar Göran att det har blivit allt svårare i arbetslivet för dem som har psykiska problem, detta pga stress samt att arbetsgivare har möjlighet att välja och vraka på ett annat sätt än tidigare. ”Det har blivit svårare att klara arbetslivet därför att normalitetskravet samtidigt som befolkningen har en allt progressivare hållning blivit högre”, säger han.

Några egentliga problem i samarbetet med psykiatriker har han inte upplevt. Dock har han varit engagerad i att bevaka läkemedelsindustrin och det medikaliserade samhället. Han ser det som bekymmersamt att det skrivs ut antidepressiva medel i stora mängder utan att man har en adekvat samtalsterapeutisk uppföljning.

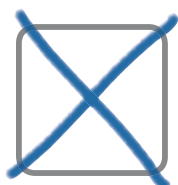
David Eberhard

Huvudredaktör SP



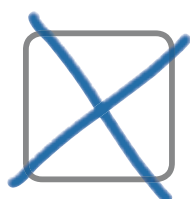
SNABB

INSÄTTNING^{*1}



ENKEL

DOSERING^{*1}



BEVISAD

ÅTERFALLSPREVENTION²

**I jämförelse med Seroquel®.*

Beräknas finnas tillgängligt
för förskrivning mars 2008

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

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

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



Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-01-25. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikation: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förebygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, utan föda. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. **För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.**

1. www.fass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2007;22:S132.

Läkaransvaret inom barn- och ungdomspsykiatri – vad är det som gäller?

Vi har funnit en tydlig skillnad mellan lagarnas mer allmänt hållna formuleringar om läkaransvaret och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnds explicita tydliggörande av specialistläkarens roll såväl i direkt patientarbete som i utformandet av rutiner som gör att patienten erbjuds en god och säker vård. Vid tillämpningen av lagarna framhåller dessa myndigheter att specialistläkaren skall vara delaktig i den initiala vårdplaneringen för alla patienter och att en stor del av våra patienter borde ha en patientansvarig läkare. Tar man dessa myndigheters skrivningar om specialistläkarens roll och ansvar inom BUP på allvar krävs en attitydförändring inom de flesta BUP-verksamheter i Sverige idag. Eftersom läkarbristen är ett allvarligt problem inom stora delar av svensk barn- och ungdomspsykiatri är det särskilt angeläget att utforma rutiner inom BUP för att på bästa sätt skapa förutsättningar för en god och säker vård av patienterna.

Det finns en lång tradition av tvärprofessionellt teamarbete inom BUP. Även inom andra specialiteter tenderar arbetet att utvecklas i denna riktning men inom BUP har detta arbetssätt funnits



För att ansvara för diagnostiseringen av sjukdomar som denna figur kan tänkas lida av måste man förmodligen dels vara kunnig på dataspel, men också vara läkare

med från starten. Tydlighet i ansvarsfrågor och avgränsningsfrågor är viktigt för att skapa trygghet och rimliga förväntningar i teamet där det övergripande målet alltid måste vara att erbjuda

patienten och hennes/hans familj en trygg och säker vård utifrån bästa möjliga kunskapsbas. Teamarbete är många gånger den energigivande och kompetensutvecklande bas som medarbetarna inom BUP både utgår från och återkommer till under arbetet med patienterna. Förutsättningar för ett välfungerande teamarbete är ömsesidig respekt och kunskap om varandras kompetenser, samt förmåga att be om hjälp när den egna kompetensen är otillräcklig.

Den breda belysning av ett patientärende som kan uppstå i ett välfungerande team kan ses som en stor tillgång inom BUP. Men det finns också exempel på situationer när teamarbetet inte är enkelt, när konflikter och maktkamp mellan yrkesgrupper eller personer färgar stämningen i teamet. Ibland kan frågor om ansvar ställas på sin spets i sådana situationer. Det kan handla om vem som fattar beslut om och är slutgiltigt ansvarig för prioriteringar, diagnostik och behandlingsinriktning, där vår nu gällande lagstiftning ibland inte ger några entydiga svar. Många medlemmar har genom åren vänt sig styrelsen i BUP-föreningen med frågor runt dilemman av dessa slag med en önskan att föreningen utarbetar ett ansvarsdokument som kan tydliggöra föreningens syn på dessa frågor.

BUP-föreningen publicerade 2003 ett ansvarsdokument som var ett försök att gå igenom den lagstiftning som styr verksamheten inom BUP och detta dokument har nu reviderats. Vi har bland annat systematiskt gått igenom beslut om BUP i HSN (2000-2005) och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter som inspekterat BUP-verksamheter (2000-2005). Föreningen har också varit i kontakt med jurister såväl på Sveriges Läkarförbund som på Socialstyrelsen. Denna artikel är en förkortad version av "ansvarsdokumentet" ([http://www.slf.se/upload/Specforeningar/Barn och Ungdomspsykiatri/Läkaransvar 070924 slutversion.doc](http://www.slf.se/upload/Specforeningar/Barn%20och%20Ungdomspsykiatri/Lakaransvar%20070924%20slutversion.doc)).

Beslut från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter (2000-2005)

Följande tre ärenden illustrerar hur SoS regionala tillsynsenheter kan argumentera i ärenden där olika verksamhetschefer fått kritik i frågor som berör specialistläkarnas roll och ansvar.

SoS dokument dnr 40 – 11493/2001.

Socialstyrelsen kontaktades av en grupp överläkare vid en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Önskemålet var att få diskutera och ställa såväl medicinska som juridiska frågor kring bl.a. led-

"Det finns exempel på där teamarbete inte är enkelt, där konflikter och maktkamp mellan yrkesgrupper eller personer färgar stämningen i teamet"

ningsansvar och ansvarsfördelning mellan olika yrkeskategorier inom BUP.

I socialstyrelsens bedömning slår man fast att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Av den anledningen är prioritering av största vikt. Prioritering innebär

"Det är därför lämpligt att en läkare med specialistkompetens utformar rutiner som säkerställer att patienten tidigt under vårdkontakten får träffa läkare"

dels prioritering mellan individer och dels att avgöra när en patient ska bedömas vara färdigbehandlad. Detta bedöms av Socialstyrelsen (SOSFS 1996:32) bara kunna avgöras av en läkare med specialistkompetens inom psykiatri. Socialstyrelsens uppfattning är att en verksamhet inte bör kallas Barn- och ungdomspsykiatri om inte patienten ges tillgång till lä-

kare med specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri. Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar och slutenvårdsavdelningar är enheter där medicinsk diagnos och behandling utgör det dominerande innehållet i verksamheten. Det är därför, som anføres i SoS:s allmänna råd, lämpligt att det medicinska omhändertagandet av patienterna leds av en person med god medicinsk sakkunskap inom området. Alla patienter bör under ett tidigt skede av vården bli omhändertagna och bedömda på det sätt som behövs för att säkerställa att patienten erhåller en god vård och att patientsäkerheten säkerställs.

Man slår fast att det är en läkare med specialistkompetens som bör ha det yttersta behandlingsansvaret för patienten och som har formell kompetens att ställa differentialdiagnoser inom det samlade somatiska och psykiatriska området. Det är därför lämpligt att en läkare med specialistkompetens utformar rutiner som säkerställer att patienten tidigt under vårdkontakten får träffa läkare med sådan kompetens. Med hänvisning till 27 § i HSL anser SoS att det inom barn- och ungdomspsykiatri oftast är lämpligt att utse en patientansvarig läkare, PAL. För att kunna ta sitt ansvar krävs det i normalfallet att läkaren träffar patienten regelbundet. För att tydliggöra ledningsuppdrag som verksamhetschefen ger till andra är det enligt SoS lämpligt att sådana uppdrag ges skriftligen.

SoS dokument dnr 44-619/2005.

Anmälan inkom till Socialstyrelsen från enskild person. Anmälan avsåg klagomål gällande vård och behandling vid två BUP-mottagningar. I beslutet menar SoS att bedömningen och den efterföljande handläggningen vid de två BUP-mottagningarna i verksamhetsområdet medfört allvarliga konsekvenser för berörda patient och hans familj. Den fördröjda handläggningstiden fram till dess diagnos kunde sättas och patienten slutligen hamnar på behandlingshem, förklarar Socialstyrelsen bl.a. med att uteblivet motiveringsarbete med föräldrarna försenade att utredning av pojken kom igång. Behandlare på BUP-mottagningen hade dessutom inte kontaktat annan kompetens i teamet för att bedöma den frågeställning som fanns formulerad i inkommande remiss, förrän efter sex månader. Övriga inblandade instanser i ärendet såsom sociala myndigheter, skola eller barnklinik kontaktades inte

för att få information för en helhetsbedömning av pojken. Läkaren fick kritik för bristande dokumentation av den somatiska och psykiatriska bedömningen av pojken. Sammanfattningsvis konstaterade SoS att den handläggningen visade på brister i de interna rutinerna och begärde i sitt beslut att verksamhetschefen skulle inkomma med en bekräftelse på att bristerna hade åtgärdats.

Berörd verksamhetschef formulerade då handläggningsrutiner för arbetet inom verksamhetsområdet. Dessa rutiner rör dels arbetet inom den lokala mottagningen och dels samarbete med andra mottagningar, s.k. mellanvårdsenheter och slutenvårdskliniken. Rutinerna grundar sig på att patientansvarig behandlare (PAB) är den som självständigt ansvarar för ärendehandläggningen inom verksamheten. PAB kan vara psykolog, socionom eller läkare. När PAB bedömer att den egna kompetensen är otillräcklig skall lämplig yrkeskategori kontaktas, dvs. det är PAB själv som avgör när specialistläkarkompetens behövs i ett ärende.

Dessa handläggningsrutiner fick kritik från SoS där man bl.a. konstaterade att "I varje ärende skall ändå finnas en behandlingsansvarig läkare som vid behov ska bidra med sin speciella kompetens för bedömningar". Alternativt måste det finnas någon form av checklista för vad som utforskas under samtalet och en instruktion med tydliga riktlinjer när personer med annan yrkeskompetens skall tillkallas. SoS ansåg inte att ansvarsfördelningen och samverkan internt klargjorts på ett tillfredsställande sätt.

Verksamhetschefen ställde då i sitt svarsbrev frågan: "Vad menas med behandlingsansvarig läkare?" Verksamhetschefen ifrågasatte också idén att använda en checklista för när en behandlare ska konsultera en annan medlem i teamet och hävdade att alla som arbetar på berörda mottagning har en baskompetens för att göra barnpsykiatriska bedömningar. När det behövs kompletterande kunskap är olika från fall till fall och olika för varje behandlare menade verksamhetschefen.

Socialstyrelsen har valt att inte vidta ytterligare åtgärder i detta ärende just nu men avser att följa upp detta vid kommande verksamhetsinspektioner.

SoS dokument dnr 41-5126/2003

Ärendet aktualiserades på SoS regionala tillsynsenhet genom en anmälan enligt Lex Maria. Anmälan avsåg en patient som visade sig lida av en ovanlig progredierande neurologisk sjukdom, som ej bedömdes ha fått kvalificerad hjälp inom rimlig tid. Patienten hade mer än 2 års kontakt (med uppehåll) med en psykolog från BUP-kliniken innan någon läkare personligen undersökte patienten, vars förälder under lång tid önskat en läkarundersökning p.g.a. oklara symptom som talade för en utvecklingsmässig tillbakagång. I SoS beslut krävs att BUP-kliniken vidtar åtgärder för att höja patientsäkerheten, genom att ändra handläggningsrutinerna i riktning mot inledande läkarkontakt med patienten, liksom en större kontakt med barnet självt under pågående utredning och behandling. De påpekar också vikten av specialistläkarmedverkan vid differentialdiagnostisering samt att låta barnneurolog föreläsa om allvariga men ovanliga neurologiska tillstånd för att öka baskompetensen hos all personal.

Beslut från Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (2000-2005)

Följande ärenden/beslut från HSN illustrerar vilken vikt HSN



Hypomani och mani behandlas medicinskt och för att det ska ske behövs en ansvarig läkare

lägger vid specialistläkarmedverkan inom BUP, samt att specialistläkaren är den som riskerar disciplinpåföljd om något bedömts gå snett.

HSAN 23/03:B2

Ärendet gäller en flicka som vid 14 års ålder fick diagnosen bipolär sjukdom. I inledningen av HSAN:s beslut beskrivs att "medicinering mot besvären sattes in först i augusti 2002 efter att hon under våren och sommaren insjuknat i ett maniskt till hypomantiskt tillstånd", vilket var mer än 2 år efter att diagnosen ställdes. Det som enligt HSAN anges som en fördröjning av behandlingen anmäldes till Socialstyrelsen enligt Lex Maria men också till HSAN av patienten moder. Modern var kritisk till att dottern fått träffa läkaren sällan och med stor oregelbundenhet. Verksamhetschefen skriver bl.a. i sitt yttrande att arbetsmodellen vid den aktuella mottagningen präglas av ett mycket nära samarbete mellan framför allt psykolog och kurator när det gäller patient- och föräldrakontakter. Arbetet samordnades sedan med läkare vid teamets veckovisa konferenser. Verksamhetschefen skriver också att den bristande informationsöverföringen inom kliniken medförde att sjukdomsskoven diagnostiserades först efter lång tid. Den aktuella läkaren bestred yrkandet om disciplinär åtgärd bland annat eftersom läkaren fått besked av behandlaren att något behov av bedömningssamtal inte förelåg. HSAN skriver i sin bedömning att vare sig teamet i övrigt uppfattat patienten som psykiskt frisk eller sjuk och oberoende av klinikens arbetssätt och rutiner har det ankommit på den aktuella läkaren att såsom "medicinskt ansvarig läkare" ta ställning till patientens psykiska hälsotillstånd. Patientens "beteende är för en psykiatrisk skolad och erfaren läkare lätt igenkännbart och tyder på en hypomani eller mani. Det har olyckligtvis av andra teammedlemmar tolkats som psykosocialt betingat och handlagts med åtgärder från socialtjänstens sida." Läkaren fick disciplinpåföljd i form av en varning.

HSAN 489/00:B1

Ärendet gäller en pojke som från 4-11 års ålder hade kontakt med barn- och ungdomspsykiatriska vård under diagnosen "tidig emo-

tionell störning". Han fick behandling bl.a. med psykoterapi och fosterhemsplacerades under en tid via socialtjänsten. Pojken utreddes vid 12 år ålder och bedömdes då ha en autistisk störning och låg IQ. Föräldrarna anmälde överläkaren och två legitimerade psykoterapeuter bl.a. för att diagnosen ställdes så sent. HSAN skriver i sitt yttrande att ställa rätt diagnos är ett komplicerat utrednings- och differentialdiagnostiskt arbete som kan både sträcka sig över tid och kräva ett flertal kontakter. "Med den kunskap som finns idag är den sammanfattande bedömningen att fel diagnos ställdes vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken..." Bedömningen blev att individualterapeuten haft stödjande och stärkande kontakt inte ansågs ha handlat felaktigt i den uppgift vederbörande haft som terapeut. Den andra psykoterapeuten hade främst haft en informations- och stödkontakt med föräldrarna befunns inte heller skäl att åläggas disciplinpåföljd. Överläkaren hade under den tid som kunde prövas, endast haft kontakt med patientärendet vid ett samtal med föräldrarna. Nämnden bedömning blev att det är läkarens ansvar att göra en helhetsbedömning av en patient. Som "ansvarig överläkare" i ett så komplicerat ärende borde läkaren ha sett till att en neuropsykiatrisk utredning kom till stånd. Läkaren fick disciplinpåföljd i form av en erinran.

Diskussion

Vår tillsynsmyndighet Socialstyrelsen och HSAN förefaller enligt vår uppfattning tillämpa lagstiftning och föreskrifter inom området på ett sätt som ger läkaren en specifik ställning inom barn- och ungdomspsykiatri. I flera beslut från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter framgår det att specialistläkare skall ha en framträdande roll i vården av patienter och i skapandet av säkra och evidensbaserade rutiner i verksamheten. Det gäller framför allt medverkan vid remissdragningar och prioriteringar i dessa situationer och att läkaren initialt skall vara delaktig i bedömningen och uppläggningsen av patientens vårdplan, för att på detta sätt se till att specialistläkarens kompetens kommer alla patienter till del. Socialstyrelsen anser vidare att en specialistläkare behöver vara inkopplad i alla patientärenden så att en kvalificerad differentialdiagnostisk bedömning görs, med bas i ett brett psykiatrisk-somatiskt kunnande. En annan uppgift för specialistläkaren är att vara med och bedöma när en patient skall anses vara tillräckligt behandlad och behandlingen kan avslutas.

"Läkaren har som alla andra i teamet ett självklart ansvar för den vård hon/han bedriver i enskilda patientärenden"

I det barn- och ungdomspsykiatriska teamet ingår normalt olika yrkeskategorier. Psykologer och socionomer har en lång tradition av att arbeta inom BUP tillsammans med läkaren som är specialist i barn- och ungdomspsykiatri eller läkare som håller på med sin specialistutbildning. Men även andra kategorier som sjuksköterskor, mentalskötare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och pedagoger arbetar också inom BUP i

varierande grad, beroende på sammanhanget. I ett flertal beslut från flera olika regionala tillsynsenheter har Socialstyrelsen slagit fast att läkaren har en unik position i teamet på så sätt att en

enhet skall ha tillgång till specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri för att betecknas som en barnpsykiatrisk verksamhet. Detta gör således specialistläkarens ställning speciell, eftersom det är den enda yrkeskategori som beskrivs som helt nödvändig för verksamheten. Motiveringen är att specialistläkaren, förutom sin grundutbildning, har en minst 5-årig utbildning med speciell inriktning på att behärska det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet. Hur stor tillgång av specialistläkare som krävs har dock inte preciserats. Arbetsinsatsen torde handla om mer än att delta på t.ex. behandlingskonferens under några timmar per vecka, t.ex. att kunna vara PAL i ett antal ärenden där detta bedöms vara motiverat.

Tydlig skillnad

Läkaren har som alla andra i teamet ett självklart ansvar för den vård hon/han bedriver i enskilda patientärenden. Men vår tillsynsmyndighet Socialstyrelsen och HSN pekar ofta, i sina beslut, på att specialistläkarens kompetens bör komma alla patienter tillgodo t.ex. genom dragning av alla patientärenden på behandlingskonferenser eller delaktiga i initial vårdplanering för alla patienter. Det slås fast i HSL, 27 § att "Om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, skall för patienten utses en patientansvarig legitimerad läkare." I beslut från Socialstyrelsen framgår att de anser att det snarare bör vara regel än undantag, att i medicinska verksamheter som bedriver utredning, diagnostik och behandling, utse en PAL. Särskilt torde detta gälla för slutenvård, men även för mer komplicerade fall i öppenvård/mellanvård. PAL-skapet innebär mer än en administrativ funktion. Är man PAL krävs att man träffar patienten regelbundet, men omfattningen av läkarkontakten avgörs av behoven i det enskilda fallet. I en situation med resursbrist inom en barnpsykiatrisk verksamhet, där antalet läkare är för litet i förhållande till verksamhetens behov och där det finns oklara handlägningsrutiner, kan den enskilde läkaren riskera att hamna in i situationer som innebär en konflikt med punkt 10 i Läkarförbundets etiska regler: Läkaren skall inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten meddela råd eller föreskrifter.

Sammanfattningsvis har vi funnit en tydlig skillnad mellan lagarnas mer allmänt hållna formuleringar om läkaransvaret och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnds explicita tydliggörande av specialistläkarens roll såväl i direkt patientarbete som i utformandet av rutiner som gör att patienten erbjuds en god och säker vård. Vid tillämpningen av lagarna framhåller dessa myndigheter att specialistläkaren skall vara delaktig i den initiala vårdplaneringen för alla patienter och att en stor del av våra patienter borde ha en patientansvarig läkare.

Lena Eidevall

Peter Engelsöy

Jan-Olov Larsson

Kerstin Malmberg

Christer Olsfelt

Anna Steen

Mia Törnqvist

Catharina Winge-Westholm

Styrelsen för Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

Referat Riksstämman "ADHD och autism: Nationell psykiatrisamordnings vägledningsdokument

Riksstämmosymposiet inledde med att moderatör själv, överläkare Björn Kadesjö, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, redogjorde för de två vägledningsdokument som utarbetats på uppdrag från psykiatrisamordnaren och som finns tillgängliga i sin helhet via <http://socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/NU-projektet/index.htm>

Dokumentet är på knappt 100 sidor vardera och syftar till att samla kunskap och erfarenhet om stöd till vuxna personer med autismspektrumtillstånd och ADHD. Det ska vara ett praktiskt användbart underlag för hur olika verksamheter, från sjukvård och socialtjänst till arbetsförmedling och försäkringskassa, kan ge insatser. Det ska också tjäna som ett stöd för samverkan dem emellan.

Efter denna inledande orientering berättade överläkare Susanne Bejerot, Norra Stockholms Psykiatri, om sina erfarenheter av den neuropsykiatriska verksamheten hon varit med om att driva sedan dess start 2001. Utredning och behandling av patienter har där varvats med utbildning och utveckling av en verksamhet som hon beskrev som både nödvändig och efterfrågad men möjliggjord inte av beställarna utan av en vänligt sinnad verksamhetschef. Under de första fem åren utreddes 325 individer av vilka drygt 200 efter fyra till sex besök på mottagningen erhöll en neuropsykiatrisk diagnos. Verksamheten har vuxit från initialt två till idag ca tio medarbetare varav tre läkare och tre psykologer.

Maria Råstam, Mölndal, berättade därefter engagerat om samsjuklighet mellan ätstörning och autism hos barn och ungdomar. Såväl typer av ätstörningar, deras relativa frekvens i olika sjukdomsgrupper samt interventioner diskuterades.

Slutligen redogjorde Lena Nylander, Lund, för en litteraturnomgång av likheter mellan autism och psykossjukdom. Som inom andra medicinska områden innebär de typiska fallen sällan diagnostiska problem, men exv autismliknande tillstånd eller PDD-NOS å ena sidan och Schizotypi å den andra kan båda ofta komma att övervägas hos samma patient. Sådan diagnostiska problem kan ha stor betydelse för den behandling och det stöd patienten kan komma att erbjudas framgent. Att PDD-NOS är det vanligaste av autismspektrumtillstånden visar hur frekventa dessa diagnostiska svårigheter är.

Johan Lundberg

SPF styrelse

Själv mord + massmedia = sant

Det är väl närmast befängt att hävda att det som visas på TV och som står i tidningarna inte påverkar oss. Fast det är förstås svårt att leda detta i oomkullrunkliga bevis.

Det finns en publiceringspolicy kring självmord som går ut på restriktivitet och sparsamhet med detaljer. Det tycks som om denna policy upphävs när det gäller publika personer. Varför allmänheten behöver veta mer om tragedier som drabbar kända personer är oklart. Fungerar de som förebilder som presenterar en "lösning" kanske deras beteende "smittar av sig" (Johansson, Lindqvist & Eriksson, 2007)?

Det finns ganska många studier som behandlar medias påverkan på självmordsbeteende och två av dem är klassiker som förtjänar att lyftas fram inte minst för läsare av Svensk Psykiatri. Det är två välgjorda och originella studier som har stått sig genom åren. Båda visar att "Werther effekten" finns och att media har en betydelsefull roll för om självmord inträffar eller inte.

Det första arbetet är en kvasi-experimentell studie från Tyskland som utgår från en TV-serie med sex episoder som visades en gång i veckan, på bästa kvällstid, under 1981 med repris året därpå ("Death of a student"). En 19-årig student slängde sig framför ett tåg vilket visades i början av varje avsnitt. Serien handlade sedan om de efterlevandes syn på händelsen. På ett utomordentligt grundligt sätt kontrollerade sedan forskarna alla järnvägsassocierade suicid före, under och efter det att serien sänds. Resultaten visade att suicidfrekvensen under och strax efter utsändningarna steg signifikant bland dem som var mest lika modellen avseende kön och ålder.

"En mycket närliggande fråga är om våld mot andra också skulle också skulle reduceras om media var mer återhållsamma"

Den andra studien gjordes i Wien och handlar om suicid genom hopp framför tunnelbanetåg (Etzersdorfer & Sonneck, 1998). Tunnelbanan byggdes redan 1978 och under 1980-talet blev suiciden vanliga och därtill mycket omskrivna i pressen. Skildringarna var detaljerade och bilder av den avlidne och platsen visades. Den österrikiska föreningen för suicidprevention (ÖVSKK) blev bekymrad och 1987 lanserades därför en presskampanj med syfte att tona ner mediabevakningen av suicid genom hopp i tunnelbanan. Det slog mycket väl ut och rapporteringen minskade och upphörde till och med i vissa fall. En senare analys kunde visa att antalet självmord i tunnelbanan förblev betydligt lägre i perioden



Per Lindqvist

1988-1996 än den föregående 8-års perioden. Man kunde också visa att det inte var troligt att förändringen kunde relateras till andra omständigheter än interventionen.

Slutsatserna av dessa båda studier har egentligen inte rubbats av senare ansträngningar att undersöka kopplingen mellan suicid och mediauppmärksamhet. Ingen har hävdats att suicid skulle upphöra om media slutade att rapportera om enskilda fall men antalet skulle nog hållas lägre.

En mycket närbesläktad fråga är om våld mot andra också skulle reduceras om media var mer återhållsamma. Min uppfattning är att all logik talar för att så är fallet och det har väl inte minst skolmassakrerna visat. Offentlig uppmärksamhet tycks ha drivit de flesta av dessa unga män och steget är inte långt till de självmordsbombningar som vi blir matade med dagligen. När media och Internet nu söker sig nya vägar finns en uppenbar risk att det bedöms kommersiellt viktigt att exploatera personlig tragik särskilt om det kan kopplas till eget eller andras blod. Å andra sidan är media i Sverige fortfarande mycket återhållsamma jämfört med andra icke-nordiska länder och just självmord kan vara en av de domäner där det finns en respekt på djupet för enskilda individer (om de inte är kändisar). Det kanske också beror på att journalister och redaktörer har egna erfarenheter av de livslånga och djupa sår som suicid skapar.

Per Lindqvist
Redaktionen SPF

Referenser

- Etzersdorfer E & Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. Archives of Suicide Research 4:67-74, 1998.
- Johansson L, Lindqvist P & Eriksson A. Teenage suicide cluster formation and contagion – implications for primary care. BMC Family Practice 7:32, 2006
- Schmidtke A & Häfner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. Psychological Medicine 18: 665-676, 1998.

Kognitiv förbättring



I samband med läkemedelsbehandling av schizofreni kan patientens redan försämrade kognition störas ytterligare.¹⁻⁴ Vid behandling med Serdolect® (sertindol)* förbättras däremot den kognitiva funktionen och patienten får hjälp att fungera.^{2, 5-9} Exempelvis visar ett antal reaktionstester att Serdolect ger bättre

informationsbearbetning, snabbhet och uppmärksamhet.² Kliniska studier med Serdolect uppvisar även EPS på placebonivå samt avsaknad av såväl antikolinerga som sedativa effekter.⁵⁻¹² För en förbättring av kognition och en fungerande vardag.

Serdolect® – först i andra hand

***INDIKATIONER:** Serdolect® Rx (F) (sertindol) SPC 2007-10-11, är indicerat för behandling av schizofreni. På grund av kardiovaskulära säkerhetsproblem bör Serdolect® endast ges till patienter som visat intolerans mot minst ett annat antipsykotiskt läkemedel. Serdolect® skall inte användas i akuta situationer för snabb symtomlindring till patienter med akuta symtom. **DOSERING:** Serdolect® administreras peroralt en gång dagligen, med eller utan föda. Till patienter med behov av sedation kan en bensodiazepin ges samtidigt. **OBSERVERA:** EKG-registrering krävs före och under behandling med Serdolect®. Kliniska prövningar har visat att Serdolect® förlänger QT-intervallet i större utsträckning än vissa andra antipsykotiska läkemedel. Serdolect® ska därför endast användas för patienter som visat intolerans mot minst ett annat antipsykotiskt läkemedel. Förskrivande läkare måste noggrant följa angivna säkerhetsåtgärder. **DOSTITRERING:** Alla patienter skall börja med 4 mg Serdolect®/dag. Dosen skall ökas i steg på 4 mg efter 4–5 dagar på respektive dosnivå tills den optimala underhållsdosen i området 12–20 mg har uppnåtts. **STYRKOR, FÖRPACKNINGAR OCH PRIS:** tabletter 4 mg 30 styck blister 330 kr. 100 styck burk 990,50 kr. 12 mg 100 styck burk 2877,50 kr. 16 mg 100 styck burk 3821 kr. 20 mg 100 styck burk 4764,50 kr.

För vidare information, se FASS.se.

Referenser:

1. Keefe et al. Arch Gen Psychiatry 2007, 64: 633-647. 2. Gallhofer B et al. Pharmacopsychiatry 2007; 40: 275-286. 3. Weiden PJ. Postgraduate Medicine 2006, Sep: 27-44. 4. Hawley CJ. Int Clin Psychopharmacol 2005, 20: 183-198. 5. Summary of product characteristics (SPC) 2007. 6. Lindström E & S Levander. Expert Opin Pharmacother 2006, 7 (13): 1825-1834. 7. Lublin et al. Int Clin Psychopharmacol 2005, 20: 183-198. 8. Hale et al. Int J Psych Pract 2000, 4: 55-62. 9. Zimbroff et al. Am J Psychiatry 1997, 154: 782-791. 10. Azorin et al. Int Clin Psychopharmacol 2006, 21: 49-56. 11. Tamminga et al. Int Clin Psychopharmacol 1997, 12 (Suppl 1): S29-S35. 12. Murdoch D & GM Keating. CNS Drugs 2006, 20 (3): 233-255.



Samband mellan genetisk suicidalitet och HPA-axeln

Suicidalitet och egentlig depression (MD) är två av de mest kostsamma folksjukdomarna i världen (1, 2). I den s.k. stress-sårbarhetsmodellen utgår man från att både arv och miljö inverkar på ens benägenhet för självmord, såväl som MD (2, 3). De huvudsakliga neurokemiska fynden inom självmordsforskningen har påvisat en minskad serotonerg (5HT) aktivitet, en utarmning av det noradrenerga (NA) systemet samt en avvikande aktivitet i hypothalamus-hypofys-binure (HPA) axeln (s.k. stressaxeln). Dock så befinner sig studierna om genernas inverkan på HPA-axeln endast i sin begynnelse (4, 5).

En överaktiv HPA-axel är en av de mest konsekventa neurobiologiska indikatorerna för MD (6-10), samt ofta även suicidalitet (11, 12). Denna överaktivitet tillskrivs i huvudsak den stimulerande verkan hos det kortikotropa frigörande hormonet (CRH), kombinerat med en minskad återkopplingsverkan av främst glukokortikoida receptorer (GR), vilket yttrar sig som en bristande förmåga till att normalisera halterna av stresshormonet kortisol. CRH har en nyckelroll i kroppens svar mot rädsla, psykisk eller fysisk stress, eller inflammation, och detta sker huvudsakligen genom en aktivering av CRH-receptor 1 (CRHR1). I HPA-axeln så binder CRH till CRHR1 i den främre delen av hypofysen. Detta stimulerar en produktion av olika sorters peptider från den s.k. POMC-genen, t.ex. adrenokortikotropiskt hormon (ACTH), vilket sedan stimulerar binjuren till produktion av diverse steroidhormoner, t.ex. stresshormonet kortisol. Kortisol återverkar på GR i delar av hjärnstammen samt det limbiska systemet. Ett fungerande svar i denna återkoppling, är kritiskt för kroppens återställande till en normal endokrin homeostas. Effekterna sprids till t.ex. 5HT-systemet, som kan minska i aktivitet (13). Parallella bieffekter av höga nivåer av CRH är en ökad pro-inflammatorisk aktivitet, vilket i sin tur får konsekvenser såsom ökad 5HT-förbrukning och glutamaterg hyperfunction (14, 15). Således tros störningar i HPA-axelns återkopplingsförmåga sammanfalla med utveckling av ED, likväl som självmordsbenägenhet.

Följaktligen så utvecklar man i skrivande stund antagonister mot CRHR1, som en ny typ av antidepressiva medel (16). Det är av vikt att bedömma den individuella variationen som kan finnas i CRHR1-genen och dess betydelse i dessa sammanhang. Överraskande lite är ännu känt om detta (17-21). Vi har varit först ut med att rapportera om genetisk variation i CRHR1-genen, sett i ett samband mellan stress och depression bland suicidala patienter (21). Studien påvisade en signifikant ökad nedärvning av vissa CRHR1-varianter till deprimerade, manliga självmordsförsökare, som har varit utsatta för endast låga nivåer av stressfulla livshän-

delser. Detta samband till låga nivåer av stressfulla livshändelser visade sig även stämma för kvinnliga självmordsförsökare, men då

utan ett samband med depression. Detta kan förklara den bakomliggande genetiken till varför en högre andel av deprimerade män är suicidala, i jämförelse med deprimerade kvinnor (2). Även om det behövs ytterliggare bekräftelser av våra fynd, så är vår arbetshypotes att individer kan ha ökad sårbarhet för felaktivering av HPA ax-

"Genetisk variation kan ha en viktig roll för CRH-förmedlad verkan på HPA-axeln i samband med suicidalitet"

eln redan vid låga tröskelnivåer av stressfulla livshändelser, p.g.a. vissa "defekter" i deras CRHR1-varianter, vilket orsakar en kronisk HPA-aktivering och/eller en defekt återkopplingsförmåga som ersätter verkan av höga nivåer av stressfulla livshändelser i den suicidala processen (21). Vi har vidare påvisat en signifikant nedärvning av genetiska varianter till suicidala individer med "ilska/fientlig"-personlighet, av en transkriptionsfaktor med central betydelse för aktivering av POMC-genen, den s.k. TBX19 (vilken i sin tur även regleras av CRH) (22). Sammanfattningsvis så har vi påvisat att genetisk variation kan ha en viktig roll för CRH-förmedlad verkan på HPA-axeln i samband med självmordbenägenhet, och som andra också har påvisat, i samband med MD. Dessa fynd ska sättas i samband med den genetiska varibiliteten i andra neuropatologiskt viktiga system som HPA-axeln bevisligen är sammankopplad med (t.ex. 5HT, NA och glutamat) (13-15).

**Danuta Wasserman,
Marcus Sokolowski
Jerzy Wasserman**

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP),
Karolinska Institutet

Referenser

Se www.svenskpsykiatri.se



TEMA

TIDIG INTERVENTION VID PSYKISK OHÄLSA / PSYKISK SJUKDOM HOS BARN & UNGA

Konferensen är förlagd till Scandic Star Hotel i Lund

Start onsdagen den 2/4 kl. 13.00
och avslutning fredagen den 4/4 kl. 13.00

Utförlig program- och anmälningssinformation kommer
att sändas ut i slutet av oktober

Årsmötet avhålls torsdagen den 3/4 kl. 16.45

Fullständig information om anmälan, program, seminarieförteckning
och föreläsare kommer att finnas på vår hemsida från och med den 10/11 -07.

www.skane.se/usil/bup

Hjärtligt Välkomna!
Styrelsen och BUP-Kliniken, USiL, Lund

**SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI
INBJUDER TILL VÅRMÖTE I LUND 2-4/4, 2008**

"Teamarbete ger effektiv psykiatri"

I senaste numret av Svensk Psykiatri uppfordrar David Eberhard i egenskap av huvudredaktör till fler debattinlägg från läsekretsen. Jag tar honom på orden genom att initiera en debatt utifrån ett inlägg av honom själv på annan plats i tidningen.

Eberhard är där kritisk över hur öppenvårdspsykiatri fungerar. Han har dåliga erfarenheter från sin AT-tjänstgöring, och tycker bl a att vi psykiatrer tvingas ägna stor del av arbetstiden till onödigt arbete. Han menar också att läkarna träffar alldeles för få patienter – minst sex och helst åtta patienter per dag bör det vara.

Måhända är Eberhard provokativ i överkant just för att väcka debatt. Och det är knappast fel. Det finns goda skäl att föra en seriös debatt om hur vi, som är psykiatrer i öppenvården, på bästa sätt genomför vårt uppdrag. Det finns säkert en stor spridning i uppfattningarna, men kan vi nå lite mer av konsensus och en yrkesroll som är lite tydligare definierad vore det kanske också till gagn för rekryteringen till vår specialitet.

Eberhard tycks mena att ju fler patientbesök vi "presterar", desto effektivare är vår insats. Men använder vi verkligen tiden optimalt om vi sitter bakom röd

lampa och tar in och ut patienter hela dagarna?

Åtminstone inom den offentliga öppenvårdspsykiatri är teamarbetsmodellen allmänt vedertagen och enligt min uppfattning också ändamålsenlig. Vi kan inte ensamma stå för all utredning och behandling, vi behöver medverkan av medarbetare av olika professioner och även för att hushålla med läkararbetstiden behöver vi delegera. Att optimalt utnyttja det samlade teamets potential och

resurser ser jag som mitt huvudansvar i rollen som teamansvarig psykiater. Då krävs det att teamet träffas regelbundet och, som jag ser det, utgör teamets möten själva navet i verksamheten. De är forum för bedömning och prioritering av nya ärenden, delegering till medarbetarna, återkoppling av nya och avstämning av pågående ärenden, utvärdering av pågående behandlingar, fortsatt behandlingsplanering samt en möjlighet för medarbetarna att påkalla behov av förnyad läkarbedömning, omprövning av med-

icinering, behov av intyg mm. Självklart krävs det ordning och struktur kring dessa möten, om de inte, som Eberhard uttrycker det skall urarta till tidsödande tjafs.

Att boka egna patienter tycker Eberhard också tar onödig tid. För egen del tycker jag det är nödvändigt att ha full kontroll över tidboken – inte minst för att tillse att jag kan hålla luckor för mer eller mindre akuta bedömningar.

Med den psykiaterbrist vi har, menar jag att vi, om vi ändå skall kunna upprätthålla en hög tillgänglighet, måste vara noggranna i vår prioritering när vi bokar besök. Vilken väntetid är acceptabel/rimlig i detta speciella ärende? Kan någon annan i teamet träffa patienten först, ta anamnes och göra en preliminär bedömning? Behöver fortsatt behandling av remitterad patient ske inom psykiatri eller kan besöket ses som en konsultbedömning med uppföljning av remitterande instans? Är det främst en medicinsk uppföljning som jag själv bör stå för eller kan den ske via medarbetare som har eller kommer att kopplas in för samtalskontakt? Kan jag sköta den farmakologiska uppföljningen genom telefonkontakter i första hand?

Att hantera en hel del av läkemedelsuppföljningar, receptförnyelser, sjukintygsförlängningar mm via telefonkontakter är med begränsade läkarresurser helt nödvändigt, men det kräver ju då väl tilltagna telefontider med tid också för efterarbete, inklusive dokumentation. Annat, som tar tid, men knappast kan bortprioriteras och inte heller delegeras till medarbetarna är ju de många intyg av olika slag, som följer av att ha behandlingsansvaret för ett stort antal patienter.

Med den utformning av psykiaterrollen som ovan skisserats reduceras utrymmet för besök och själv måste jag tillstå att jag inte når mer än ungefär halvvägs jämfört med vad Eberhard förespråkar, detta trots fullmatade arbetsdagar, där jag faktiskt inte tycker att jag ägnar tid åt något som är onödigt.

Jag tycker det är olyckligt om vi inom professionen okritiskt ställer upp på att "räkna pinnar" som allena rådande effektivitetsmått och styrmedel för tilldelade budgetmedel. Variabler som tillgänglighet, kontinuitet, behandlingsutbud, tillfredsställelse hos patienter, anhöriga och samarbetspartners, samt inte minst i vilken utsträckning öppenvårdsinsatserna reducerar slutenvårdsbehoven, borde tillmätas större betydelse än hur ofta patienten träffar doktorn.

Greger Ahnlund

Överläkare Psyk. klin, Landskrona



David Eberhard har fel när det kommer till teamarbete menar skribenten

"Eberhard tycks mena att ju mer patientbesök vi 'presterar' desto effektivare är vår insats"

Nyckelprojektet – genombrottsmetoden applicerad på psykiatrisk slutenvård

Fredagen den 23:e november bjöd Sveriges Kommuner och Landsting in till sk Expertgruppsmöte som en del i en kommande satsning på psykiatrisk slutenvård, ett projekt kallat Nyckelprojektet. Mötesordförande var Per-Olof Sjöblom, Stockholm, samt Carl-Gustav Olofsson, Västerbotten. Mötesledare var Mia Harty, Eva Westerling samt Ing-Marie Wieselgren, SKL. SPF:s styrelse fanns representerade av ordf Christina Spjut och facklig sekr Dan Gothefors.

Expertgruppsmötet samlade ett drygt fyrtiotal representanter från landets olika landsting, alla med kunskap och gedigen erfarenhet av psykiatrisk slutenvård. Syftet med mötet var att ringa in de

"Finns identifierbara brister inom psykiatrisk slutenvård där du arbetar? Skulle tro det, va?"

områden av psykiatrisk hetsygnsvård som är i störst behov av utveckling samt inom dessa områden ge exempel på mätbara, tydligt patientfokuserade mål. Ett par exempel på sådana områden som identifierades och diskuterades var tvångsåtgärder och informationsöverföring.

Genombrottsmetoden är ett angreppssätt för spridning av kunskap och praxis som är utarbetad vid The Institute for Health Care Improvements (IHI) i Boston. Metoden bygger på antagandet att det finns kunskap som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning i vardagsarbetet inom hälso- och sjukvården och syftar till att, enligt en strukturerad metod och med återkommande utvärderingar, sluta gapet mellan det några vet och det de flesta gör.

Hur går det till?

Genombrottsarbete innebär att förbättringsbehov i verksamheten identifieras, förändringsförslag formuleras, föreslagna förändringar testas i liten skala och utvärderas, resultaten analyseras och beslut fattas om hur man ska gå vidare. En hörnsten i Genombrottsarbete är att det finns eller skapas ett förändringstryck, dvs en vilja ibland personalgruppen att förändra sina rutiner - något som kan vara en uppgift för chefer i verksamheter med ett stort gap mellan kunskap och praxis att katalysera.

I Sverige har metoden med framgång tillämpats inom somatisk vård, bl a för ökad tillgänglighet, för att förbättra demensvården, vården i livets slutskede, diabetesvården, cancervården, intensivvården, hjärtkirurgin samt för att minska vårdrelaterade infektio-

ner. Mer om dessa genomförda projekt går att läsa på SKL:s hemsida (www.skl.se/genombrott).

Vad händer härnäst?

Vid tidpunkten för denna tidnings pressläggning har ansökningstiden för att delta i den första omgången av projektet hunnit löpa ut. De kliniker som deltar i projektet kommer att få påbörja projektet

genom att genomgå ett antal sk lärandeseminarier under våren 2008. För intresserade kliniker som inte deltar i den första omgången av projektet finns möjlighet att skicka representanter för att auskultera vid dessa lärandeseminarier, kontakta isåfall projektledare Mia Harty (mia.harty@skl.se) för mer information. Huruvida en andra omgång av projektet kommer att genomföras är i dagsläget inte bestämt.

Du, kära kollega, är viktig om detta ska bli verklighet!

Finns identifierbara brister inom psykiatrisk slutenvård där du arbetar? Skulle tro det, va? Tipsa relevanta chefer om att konkret projektstöd för denna typ av förändringsarbete eventuellt kan erbjudas från SKL. Även när projektet sedan är igång på din arbetsplats kommer ditt stöd till förändringsarbetet att betyda mycket. Det/de team som inom kliniken kommer att arbeta med projektet blir tvärprofessionella men läkarmedverkan anses som en nödvändig - om än inte tillräcklig - faktor för framgång.

Dan Gothefors

SPF:s styrelse



Claes Davidson svarar Nils-Olof Jacobson: "DSM-manualen förvandlar människor till sorgliga objekt"

DEBATT
MODERN
PSYKIATRI

Jag uppskattar det livliga intresse med vilket Nils-Olof Jacobson läser min artikel, Inte ett öre till den offentliga psykiatrin!, i Svensk Psykiatri #4. Men jag måste be att få korrigeras några i upphetsningen uppkomna missförstånd, göra vissa förtydliganden och återlämna de uppfattningar han i misshugg tillskriver mig.

Claes vill alltså lägga ner den offentliga psykiatrin.

– Nej, Nils-Olof, det har jag inte sagt, det har Du hittat på alldeles själv. Däremot har jag med min artikel ifrågasatt huruvida den offentliga psykiatrin, så som den fungerar idag, överhuvudtaget ger någon positiv nettoeffekt. Min bedömning är att dess destruktiva effekter är större än dess positiva. Men även om det skulle vara så att de positiva effekterna något överväger, så är den offentliga psykiatrins verkningsgrad hursomhelst utomordentligt låg. Att under sådana omständigheter öka anslagen, vilket Psykiatrisamordnaren förordat, förefaller inte välberättat: därav rubriken på min artikel, Inte ett öre till den offentliga psykiatrin!

Så undrar jag vad Claes vill ha istället.

– En psykiatri som är intresserad av och förmögen att förstå patientens problem, att urskilja de olösta konflikter som konstituerar dessa problem, och att lösa dessa konflikter. En psykiatri som inte knyter upp patienten och klienteliserar henne; inte medikaliserar och låter henne regrediera; inte stigmatiserar och stämplar ut henne och gör henne till en sjukpensionerad, utslagen och medicinknaprande kroniker.

"Den offentliga och privata psykiatrin finansieras med samma pengar så det är ju bara en fråga om vart vi ska skicka anslagna medel"

Finansierad hur?

– Men snälla Nils-Olof, Du vet ju att den offentliga och den privata psykiatrin finansieras med samma pengar, så det är ju bara en fråga om vart vi ska skicka anslagna medel för att få mest för dem. Idag går lejonparten till det minst effektiva alternativet. Det är knappast optimalt.

Det blir långa behandlingar och dyra mottagningar.

– Nej, inte alls. Den privata psykiatrin är klart kostnadseffektiva än den offentliga, i första hand beroende på högre produktivitet. Så om vi satsar på den får vi mer för pengarna, samtidigt som vi slipper den offentliga psykiatrins påtalade systemfel.

Tidsobegränsad en-till-en-relation.

– Det har undgått Dig, Nils-Olof, att tidsobegränsad i detta sammanhang betyder inte på förhand tidsbegränsad. Det psykoterapeutiska kontraktet innehåller istället en överenskommen om att hålla på till dess det som var problem inte längre är problem. – Du vet, med tidsbegränsning tenderar det svåraste att hamna utanför, att inte hinna med, det är nu en gång så vi är vi människor; det blir inte riktigt färdigt. Halvmesyrer har ett högst begränsat



Två frågor: Kan denna sorgliga vampyr klassificeras enligt DSM? Och om så är fallet; Kan man bota honom bättre om man ser honom som ett subjekt?

värde för patienten och kostar skjortan för både stat och landsting, eftersom patienterna förblir vård- och bidragskonsument, medan den fullbordade terapin som sätter punkt för vårdkarriären är en mycket bra affär för alla parter.

Jag blir inte klar över om verkliga psykiska sjukdomar finns i Claes' värld.

– Jo, jag känner mycket väl till de tillstånd som man kallar psykiska sjukdomar. Men jag är emot att man psykiatriserar och medicaliserar människors livsproblem. Det mystifierar, motverkar förståelse, passiviserar, uppmuntrar till regression, legitimerar sekundärvinster, stigmatiserar, stämplar och stöter ut. DSM-manualen förvandlar det mänskliga subjektet till ett sorgligt objekt. Där-

"Självklart ska patienten ha den medikamentella krycka han eller hon behöver"

tagning och är idag, nio månader senare, medicinfri och i full färd med att utbilda sig.

En 40-årig kvinna som i den offentliga psykiatrin gått sjukskriven i sju år för utmattningsdepression, utbrändhet och fibromyalgi gjorde likadant och även hon är idag, nio månader senare, medicinfri och i arbete.

- Jag nämner dessa exempel för att Du må förstå, att det känns meningsfullare att demontera diagnoser än att stämpla ut folk. Patienternas progressiva sida instämmer (deras regressiva sida knorrar förstås). Men det ställer doktorn inför en utmaning: han måste släppa sina patienter – och stå ut med att i slutändan bli helt

för undviker jag i möjligaste mån detta sjukdomsspråk. För mig är det meningsfullare att tänka och tala i termer av problem som skall förstås och konflikter som skall urskiljas och lösas.

Den i artikeln omnämnda 23-åriga flickan som fått diagnosen paranoid schizofreni avslutade sin relation till den offentliga psykiatrin, började på min mot-

överflödig.

Att det finns läkemedel som kan få den psykiska förlamningen att släppa förefaller Claes inte att erkänna.

– Men Nils-Olof, nu hittar Du på igen! Inte har jag sagt något sådant. Självklart ska patienten ha den medikamentella krycka han eller hon behöver. Men inte mer och inte längre än vad som är nödvändigt. Vi ska ju satsa på hennes progressiva tendenser och nog akta oss att uppmuntra hennes regressiva.

Skulle det inte kunna vara en kognitiv terapeut?

– Jo men visst, problemet är inte skoltillhörigheten. Problemet är de bristande förut-sättningarna i den offentliga psykiatrin. Den diagnostiska, medikalisering, objektifierande och allmänt positivistiska kulturen kan omöjligt erbjuda den hermeneutiskt inriktade hjälp människor behöver för sina livsproblem. Dessutom saknas de rent fysiska förutsättningarna för konfidentialitet, kontinuitet och en tidsobegränsad en-till-en-relation. Så man ska inte förvånas över att det inte fungerar. Och man ska inte inbilla sig att några fårska miljarder kan köpa vad som fattas.

Claes Davidson

Privatpraktiserande psykiater
Legitimerad psykoterapeut Lidingö

"Låt oss bli neuropsykofarmakologiskt briljanta!"

I förra numret av Svensk Psykiatri efterfrågar David Eberhard vetenskapligt logiskt stringent psykiatriker. Hehe, finns några sådana? Roller-na inom svensk psykiatri blir allt mer otydliga. Ta exempelvis psykologer kontra psykiatriker. Psykologerna vill sjukskriva, förskriva läkemedel och ställa diagnos medan läkarna verkar vara mer intresserade av att fungera som psykoterapeuter. Exempelvis uttalar sig Ordföranden i Psykologförbundet, Lars Ahlin, när det gäller att psykologer ska kunna sjukskriva, på dagensmedicin.se :"

Det blir alltid en eftersläpning när en ny yrkesgrupp knackar på dörren. Läkarna förde en gång samma kamp mot prästerskapet för att bli accepterade..." I förra numret av Svensk Psykiatri vidrör David Eberhard även ineffektivitetskulturen inom svensk psykiatri där exempelvis antalet läkarbesök per dag inte sällan uppgår till 2 patienter. En uppskattning är att ca 80% av psykiatrikerkåren arbetar deltid. Vidare väljer alltså en icke ringa del av kåren att ägna sig åt psykoterapi istället för det de ägnat dryga 12 år åt att utbilda sig till. Ovan beskriven flykt från psykiatryrket av oss psykiatriker avhjälpas knappast dagens psykiatrikerbrist.

Varför har det blivit såhär? Här hoppas författarna på en debatt. Några tankar är: Vi utbildas vetenskapligt logiskt stringent men när vi kommer ut för att leda den medicinska arbetet på kliniken är kanske inte efterfrågan det vi utbildat oss till. Detta finner vi oss i. Vi finner oss i denna situation, vantrivs, går ner på deltid,

börjar syssla med annat som ex psykoterapi och överlåter allt ledarskap till paramedicinäre. Ingen annan medicinsk specialitet lider av ett sådant holistiskt komplex som psykiatrin. Omnipotenskraven är extrema såväl från omgivningen som från oss själva. Vi ska se till "hela människan" och utföra såväl läkarjobb, kuratorsjobb,

psykologjobb, terapeutjobb, sekreterarjobb som sjuksköterskejobb utan att vara chef. Kritiken från omgivningen kommer ofta när vi just gör det vi skulle kunna bäst nämligen belyser problematiken ur ett neuropsykofarmakologiskt perspektiv. Inte konstigt att vi flyr! Tänk om vi istället la krutet på att bli neuropsykofarmakologiskt briljanta, anför ett gediget diagnostiskt utredningsförfarande och leda den medicinska verksamheten. Då skulle nog betydligt fler börja jobba 100%, avsäga sig sådant som är medicinskt ovidkommande och få ett lyckligare och längre liv!

"Vi ska se till 'hela människan' och utföra såväl läkarjobb, kuratorsjobb, psykologjobb, terapeutjobb, sekreterarjobb som sjuksköterskejobb utan att vara chef"

Elenor Öster

ST-läkare i psykiatri

Samuel Lindholm

Säcialist i psykiatri

Replik till "Kliniken är gammal men vetenskapen ung"

DEBATT
MODERN PSYKIATRI

"Patienter behöver bli förstådda och sedda"

Det var med intresse jag läste Christoffer Rahms tal som hölls i samband med Natur och Kulturs tillställning med anledning av professor Johan Cullbergs nya bok. En ung blivande psykiater som modigt tar upp de tvivel och övertygelser som han upplever i psykiaterrollen. Jag använder ordet modig eftersom det i den officiella diskussionen inte är riskfritt att ifrågasätta den moderna psykiatrins värderingar.

Det är skönt att förstå att jag inte är ensam om att i mötet med patienten känna att det inte alltid räcker med Kloka Listan och den senaste SBU-rapporten. Jag reflekterar här kring sådant om hans text fick mig att fundera kring. Mitt budskap är att vi i vår iver att lämna "tyckiatrin" bakom oss inte får sluta reflektera utanför den evidensbaserade medicinens gränser samt att vi bör fundera på vad som tenderar att evidensbaseras.

Psykiatrin – medicinens svarta får?

Jag har ofta upplevt misstroende, fördomar och ibland en slags avståndstagande gentemot psykiatrin från kollegor i andra specialiteter. I studier 1 där man mätt läkarstudenters attityd till psykiatri som karriärval förekommer "mindre vetenskapligt" och "låg status" som uppfattningar om specialitetens karaktär.

Hur bemöter vi då andras, och kanske våra egna, fördomar om "den flummiga psykiatrin"? Enligt min mening så har den externa och interna hållningen de senaste åren präglats av ett stolt framhållande av kvalitetsregister och evidensbaserade metoder. Föreläsning efter föreläsning, lunchmöten och kongresser med spännande nya data som jämför SSRI x med SSRI y. Vi kan nu alltmer jämföra oss med "riktiga läkare". Vi har fMRI, PET, kvalitetsregister, Cochraneanalyser, checklistor, skattningsskalor och koncentrationsbestämningar av läkemedel i serum. Landvinningarna är faktiskt enorma och det är fantastiskt spännande forskning på gång inom vitt skilda fält inom psykiatrin.

Christoffer Rahm varnar dock för att det finns ett pris. Vad händer om vi alltför mycket tar efter våra kollegor i andra specialiteter? David Eberhardts text om hur han valde att bli psykiater känner jag väl igen mig själv i. Intermedicinen verkade så lovan-

de men på hjärtavdelningen fann jag, precis som David Eberhard, att jag förde min patient genom ett flödesschema eller en algoritm som utmynnade i handläggningen A,B,C eller i undantagsfall D. Jag tror att det på gott och ont finns en dimension i läkarrollen och vården som handlar om helt andra faktorer och att det blir extra tydligt och viktigt inom psykiatrin.

Nöjd patient = frisk patient?

I en färsk avhandling från Lund har en psykolog 2 låtit patienter som genomgått inläggande vård beskriva det som varit mest betydelsefullt under vårdtiden;

Faktorer som "vara förstådd", "sedd" och liknande kom högst på listan.

Hur behandlar vi frågor som "upplevelse" egentligen? Det är här som den psykiatriska vetenskapen, som den förs fram under utbildningsinsatser jag mött, inte räcker till. Behandlingsresultatet för en patient med depression beror mer på vilken psykiater man träffat än huruvida man fått placebo eller SSRI3. Hur förhåller vi oss till detta?

Hur ser det ut med evidensläget för sådana fenomen och för vilka metoder som i så fall skulle kunna användas för att skapa dessa upplevelser hos patienten? Jag vet inte, för det är inget som på ett strukturerat sätt presenterats för mig vare sig under utbildning eller i samband med psykiatriska kongresser.

Flera infallsvinklar

Jag misstänker att Christoffer Rahms text kan vara provocerande för många. Vill han slänga den seriösa medicinska vetenskapen över bord, för att återgå till den där avskydda "flumpsykiatrin" där patienter och läkare tillsammans städade toaletter på avdelningen och den som talade om farmakologi skyldes för att vara politruck?

Givetvis inte! Han forskar ju själv just på sambandet mellan biologi och beteende inom ett högaktuellt neuropsykologiskt fält. Jag uppfattar snarare att han vill att det ska finnas plats för de frågor han tar upp och att dessa har betydelse inte bara för professionens utveckling utan kanske även för den enskilde patienten. Vilken roll kan vi, ska vi, klarar vi att fylla i mötet med de som söker vård?

I vår iver att vetenskapligt komma ikapp kollegorna på kardiologen får vi inte glömma de fenomen som inte lika lätt låter sig beskrivas. Vi får inte heller se filosofiska frågeställningar kring

"Mitt budskap är att vi i vår iver att lämna 'tyckiatrin' bakom oss inte får sluta reflektera utanför den evidensbaserade medicinens gränser"

psykisk sjukdom och läkarroll som konkurrenter med ett naturvetenskapligt synsätt. Jag håller med Christoffer Rahm, om att vi har mycket att vinna på att ta in kunskap från andra vetenskapliga discipliner för att få en mer komplett bild av hur psykisk ohälsa uppstår och behandlas.

Dessutom får vi inte glömma att det går att evidensbasera samtalsteknik, mottagningsorganisation och annat som idag är för lite utforskat och implementerat.

Peder Björling

ST-läkare psykiatri

Referenser:

1. Attitudes Toward Psychiatry as a Prospective Career Among Students Entering Medical School. David Feifel, M.D., Ph.D., Christine Yu Moutier, M.D., and Neal R. Swerdlow, M.D., Ph.D. *Am J Psychiatry* 156:1397-1402, 1999
2. Terapeutisk allians i allmän psykiatrisk vård, Håkan Johansson, dissertation, psykologiska fakulteten Lund 2006
3. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression
Kevin M. McKay, Zac E. Imel and Bruce E. Wampold. *Journal of Affective Disorders*. Vol 92(2-3) Jun 2006, 287-290.

**Skriv en bok-
recension till
tidningen:**

**Vad finns det för
nya böcker?**

Maila till redakto-



– Och nu säger du efter mig:

Jag är glad och mitt liv är kul.

Välkommen till Psykotераpimässan 10 – 12 april 2008, Stockholmsmässan Älvsjö

Olika psykoterapimetoder, forskningsresultat och utbildningar kommer att presenteras av ca 70 utställare. I 180 föreläsningar kommer allt från psykoterapimetodernas evidens till rent kliniska frågeställningar att diskuteras och belysas.

Miss inte 2008 års viktigaste
psykoterapievenemang!

Gå in på hemsidan och ta del av
hela programmet. Där finns också
anmälningsformuläret.

**PSYKO
TERAPI
MÄSSAN 2008**

www.psykotераpimassan.se

"Vad är problemet med psykiatin?"

DEBATT
MODERN PSYKIATRI
Christina Spjut
svarar Christoffer
Rahm

ST-läkaren Christoffer Rahm skriver i senaste numret av Svensk Psykiatri om sin syn på psykiatris problem. Han skriver i en poetisk ton och uttrycker sig diffust, ambivalent och påfallande negativt om den specialitet han valt. Han förfaller längta bort från psykiatin och till filosofin och poesin. En stor del av det han tycker sig se hos psykiatin stämmer inte alls med det jag ser i mitt dagliga arbete.

Att jämföra psykiatri med röntgendiagnostik. Det är inte logiskt att jämföra röntgendiagnostik med psykiatri. Radiologi är en specialitet vars uppgift är att avbilda delar av kroppen. Psykiatri däremot är en specialitet som ansvarar för utredning och behandling av många av de sjukdomar människan allra oftast drabbas av. En specialitet som i mycket liknar psykiatin är reumatologin. Reumatologin ansvarar också för utredning och behandling av folksjukdomar som kan vara kroniska och svårbehandlade, som i många fall förlöper episodiskt och där ärftligheten spelar en stor roll. Under lång tid hade man inom reumatologin endast få läkemedel som hjälpligt minskade sjukdomsburden, men som inte förhindrade ett förlopp till betydande funktionsnedsättning (precis som vid schizofreni). I dag har den reumatologiska forskningen utvecklat nya läkemedel som i vissa fall kanske kan stoppa sjukdomens utveckling. Kanske kan vi i framtiden få samma positiva utveckling av behandlingen av även de svåraste psykiska sjukdomarna så, att vi genom tidig diagnos och tidigt insatt behandling t.o.m. kan stoppa sjukdomsutvecklingen helt.

"I själva verket är det största behovet för majoriteten av psykiatris patienter att få en noggrann utredning som leder till en korrekt diagnos och därefter till en evidensbaserad



Inte tillåts vara medicinsk specialitet

Är psykiatri sjukvård? Vår unga kollega menar att psykiatin har en medicinsk överbyggnad, men frågar sig om detta är tillräckligt. Många psykiatriker med mig menar, att psykiatris problem till stor del beror på just

att vår specialitet inte fullt ut har tillåtits vara en medicinsk specialitet. Tvärtom har det medicinska arbetssättet med höga krav på evidens och forskning t.o.m. har varit möjligt att negligera eller nedvärdera. Två brittiska psykiatriker Guy Goodwin och John Geddes har reflekterat över varför så har skett i en ledare i British Journal of Psychiatry med titeln "What is the Heartland of Psychiatry?". De menar att detta har varit möjligt bl.a. eftersom vår svåraste och mest svårbehandlade sjukdom schizofreni har uppfattats som den viktigaste sjukdomen vi arbetar med. Om i stället bipolär sjukdom hade fått den rollen – en ännu vanligare, lika handikappande sjukdom med lika komplexa, varierande och växlande symtom och lika komplex ärftlighet, men där ingen förnekar att sjukdomen finns och ingen förnekar att läkemedel utgör den primära behandlingen – så hade likheten med andra specialiteter varit tydlig och de psykiska sjukdomarna hade fått förbli just sjukdomar och inte filosofiska och litterära idéer. Schizofrenins roll som vår kärnsjukdom har också medverkat till att många tror, att personer med psykisk sjukdom f.f.a. behöver boende, sysselsättning och rehabilitering. I själva verket är det största behovet för majoriteten av psykiatris patienter att få en noggrann utredning som leder till en korrekt diagnos och därefter till en evidensbaserad behandling. Många som drabbats av t.ex. en handikappande ångestsjukdom kan tyvärr ha större chans att få tillgång till något slags odefinierad rehabilitering utanför sjukvården helt utan evidensstöd än att få det som skulle ge dem en chans att slippa sitt lidande och återfå full funktion.

För få forskare

Den psykiatriska forskningen är inte ung. Den utgjorde länge en del av neurologin och separerades från den för mindre än 100 år sedan. I dag närmar sig de två specialiteterna på nytt varandra genom att samma läkemedel allt oftare används av båda. Sannolikt kommer även nya tekniker för avbildning av hjärnan och dess funktioner allt mera att användas av båda specialiteterna. Flera av specialiteternas sjukdomar har också ökad risk för samsjuklighet.

Hjärnan har tills alldeles nyligen varit svåråtkomlig för studier, vilket har varit ett stort hinder för psykiatrisk forskning. Vi börjar i dag se allt flera anatomiska, fysiologiska och andra slag av typiska förändringar i hjärnan vid olika psykiska sjukdomar, vilket ger oss en möjlighet att förstå sjukdomarna och hitta rätt behandling

för dem. Utvecklingen av den psykiatriska diagnostiken och den epidemiologiska forskningen har däremot pågått länge. Många av de beskrivningar av symtom och sjukdomsförlopp som gjordes för över 100 år sedan håller fortfarande och återupptäcks nu. T.ex. beskrev Emil Kraepelin redan i början av 1900-talet bipolära blandepisoder av olika typ och gjorde stämningslägesdagböcker över sina patienters sjukdomsepisoder.

Tyvärr forskar alldeles för få psykiatriker i Sverige och särskilt eftersatt är behandlingsforskningen. I dag ställs allt högre krav på evidens för att patienter skall få tillgång till behandling. En eftersatt behandlingsforskning medför att våra patienter riskerar att inte få tillgång till ny och bättre behandling på samma villkor som patienter som utreds och behandlas inom den forskningsintensiva kroppssjukvården.

Diagnosfientlighet pga okunskap

Det förekommer inom psykiatin (sällan bland psykiatriker dock) en diagnosfientlighet som ibland kan vara monumental. Den diagnosfientligheten orsakas av en stor okunskap. Det enda sätt som finns att lära sig mera om vår värld och om psykisk sjukdom är just att klassificera och subklassificera. Däremot är det synd att många har kommit att tro att vår diagnostiska manual DSM är ett lättanvänt diagnostiskt stöd. I förkortningen DSM står S:et för Statistical, vilket beskriver att detta diagnostiska system lyfter fram de vanligaste, och de mest särskiljande dragen hos sjukdomarna. Ett exempel på riskerna med

DSM är att en postpartumepisod skall ha debuterat inom fyra veckor efter en förlossning. Detta stämmer inte i klinisk verksamhet och definitionen kan öka risken för att sjukdomen inte får rätt diagnos. Ett annat exempel är tidskravet på fyra dagars hypomani för diagnosen bipolär sjukdom typ II. Jules Angst har i epidemiologiska studier visat att sjukdomsförlopp och prognos är desamma för patienter med kortare hypomani än så. Dessa exempel förklarar inte betydelsen av att ha en manual för diagnostik. Lika väl som liknande diagnossystem inom kroppssjukvården ständigt behöver uppdateras och omformuleras, så är det angeläget att snart få fram en DSM-V. En viktig fråga är om det fortfarande är möjligt att bara bygga den på observerade symtom eller om hereditet, sjukdomsförlopp, behandlingssvar och kanske annat måste vägas in på det sätt vi gör i den kliniska verkligheten.

Patienterna vill få tillbaka sina liv, inte ha konstnärliga psykiatriker

Det finns en del psykiatriker som gärna lyfter fram krav på att vi psykiatriker skall vara bevandrade i filosofi, litteratur och konst och menar att detta på något sätt skulle tillföra våra patienter något särskilt gott. Mot den bilden vill jag lyfta fram patientens behov. Vad vill patienten ha av oss? De flesta av våra patienter med svår psykisk sjukdom vill ha tillbaka sitt liv. De vill kunna arbeta, bo själva och ha nära relationer till åtminstone några personer i sitt liv. En psykiatrikers förmåga att hjälpa dem till detta är inte

beroende av hans eller hennes kunskap i filosofi eller kultur. Däremot är god kunskap i och erfarenhet av modern diagnostik och behandling absolut nödvändig. Det är lika absolut nödvändigt att psykiatriker genom kontinuerlig fortbildning följer den vetenskapliga utvecklingen och tar till sig nya och effektivare metoder för att hjälpa sina patienter och utmönstrar gamla ineffektiva dito. Det är säkert lättare för en läkare att orka arbeta med svårt sjuka patienter om han eller hon har en rik fritid med tillgång till kultur i vid mening. Men det är inte sannolikt att läkarens tillgång till kultur på något annat sätt skulle kunna öka hans eller hennes förmåga att vare sig bota, lindra eller trösta den av svår psykisk sjukdom drabbade patienten.

Varför är jag psykiatriker?

Många som inte själva är psykiatriker har försökt förklara varför vi har en psykiaterbrist. Det som är säkert är i alla fall att flykten inte orsakas av våra patienter eller deras sjukdomar. En ung ST-läkare berättade häromdagen för mig hur fantastiskt han tyckte det var att få vara med om att så många med svår, akut psykisk sjukdom så snabbt blev återställda och kunde gå ut från heldygnsvård i gott skick. Vi har goda resultat av våra behandlingar! Vår Number Needed to Treat är i de flesta fall betydligt lägre än inom kroppssjukvården. Och vår Number Needed to Harm är inte heller högre. Självklart har psykiatin lika väl som neurologin och onkologin svåra och kroniska fall som inte läker med den behandling vi i dag har tillgång till. Men den som tror att vi har dåliga resultat av våra behandlingar har nog dålig kännedom om resultaten i andra specialiteter.

Någon försökte säga att ansvaret för tvångsvård stöter bort en del läkare som kanske annars kunde bli psykiatriker. Då minns jag vad RSMH:s ordförande en gång sade om tvångsvård: "Tvångsvård är inte något problem för oss patienter. Inte tvångsmedicinering heller. Men att behöva utsättas för att få en för hög dos anti-psykotika när man är akut sjuk – det är det värsta." Vad han säger är kanske att det viktigaste ändå är att den läkare som tar beslut om och utför tvångsåtgärder är skicklig och erfaren så att behandlingen sköts professionellt. De psykiatriker som skyggar för att behöva ta beslut om tvångsvård gör nog inte det för patientens skull, utan snarare av andra och oklara skäl! Tvångsvård räddar liv och gör det i många fall möjligt för svårt sjuka patienter att fortfarande ha kvar ett fungerande boende och dito relationer och ekonomi när han eller hon är klar att gå ut från heldygnsvård tillbaka till sitt vanliga liv Och det är väl om någonting ett fantastiskt resultat av en åtgärd som vi har tillgång till.

Vem blir frisk av mystifierig?

Om den lilla flicka som Christoffer mötte i sjukhuskylverten och som han menar att inte hör hemma på sjukhus. Självklart måste suicidala patienter vårdas i heldygnsvård inom psykiatin eller inom barn- och ungdomspsykiatin oberoende av deras samtycke. Däremot är både noggrann diagnostik, behandling och kontinuerlig uppföljning liksom fortsatt behandlingsforskning mycket angelägen. T.ex. har dialektisk beteendeterapi visat på behandlingsframgångar i vissa fall. Men dessa patienter gagnas inte av att man försöker förklara eller mystifiera deras sjukdom på annat sätt än vi förklarar annan sjukdom.

Christina Spjut

"Patienterna är det minsta problemet i psykiatrin"

DEBATT
SVENSK PSYKIATRI

Sverige är ett märkligt land – inom den liberala teologin i skiftet mellan 18- och 1900-tal avskaffades helvetet och behölls himmelriket – Roland Bergs jultomtar fanns på den tiden också. 1962 avskaffades uppsåt och tillräknelighet av den svenska riksdagen – en "reform" som vi fortfarande är ensamma om i världen. Alla har ansvar, är rationella och vet vad de gör – har de inget begripligt direkt eller indirekt uppsåt har de ett eventuellt uppsåt – det kan inte uteslutas att de skulle ha handlat på samma sätt även om de inte varit bindgalna.

"Det finns inga farliga människor – bara farliga möten", är sammanfattningen i Socialstyrelsens råd om hantering av aggressivitet i den psykiatriska vården från 1984. Ja, just det, 1984. Gångare finns i det senaste numret av Svensk psykiatri. Birger

"De som inte ser aggression som den drift som idag genererar mest problem har också huvudet i sanden, men är fega"

Sjöberg gestaltade denna svenska hållning på ett kongenialt sätt, inkruken i en bodknodd från småstaden: Släpp fångarne loss, det är vår ... i djupet av sin själ vill alla väl. Blir det problem i Idyllien – då ställer Rådman strax allt tillrätta.

I ett sådant klimat blir intoleransen extra stor därför att de som vet inte bara har rätt (med Rådman's gillande) – de är också moraliskt överlägsna: i stort (Sverige som världssamvete) såväl som i smått (psykiatrins arbetsplatser). Hur länge skulle Gregory House kunna undgå avskyltning som arbetstagare i svensk psykiatri? – rätt i sak men fel attityd (trynefaktorn på norska).

Jag lämnade en lovande rättspsykiatrisk karriär 1980. Efter min disputation året innan fick jag av Socialstyrelsen (som var ansvarig för verksamheten) besked att nu var det slutforskat för min del inom ramen för arbetet – det skulle skrivas utlåtanden. Återkomsten till allmänpsykiatrin, som dubbelspecialist och disputerad, störde hackordningen på kliniken. Man upprättade en rankinglista över de 14 underläkare som arbetade där, och jag tilldelades rank 14. Det medförde jourarbete på storhelger, i strid med en annan regel, att småbarnsföräldrar skulle undantas. Jag uppkallades till den lokala SACO-representanten som meddelade att jag var önskad på kliniken och uppmanades att sluta. Ett år senare var jag docent, biträdande överläkare och klinisk lärare i psykiatri vid samma klinik och tre år senare tf professor. Hade jag inte legat på soffan samtidigt hade jag nog slutat – så, psykodynamisk psykote-

rapi hjälper ibland men kan få oönskade konsekvenser, det tyckte nog mina fiender.

Att komma till Norge var en befrielse – lika mycket konflikter men knivarna kom framifrån. Svenska skatteregler tvingade mig tillbaka. I retrospekt var detta dumt – den svenska nationalkaraktären hade inte ändrats under mina utlandsår och mitt sätt att hantera konfrontationer passar inte här. Av det skälet har jag lämnat Psykiatriska föreningen två gånger och tänker inte återinträda (såvida jag inte kallas som hedersmedlem – ett scenario som ter sig lika lite sannolikt som det exempel filosofen Wittgenstein använde när han ansåg något vara alldeles extra osannolikt – så sent som i mitten 1940-talet – att en man skulle promenera omkring på månen).

Inga aktiva forskare

På framsidan av min avhandling finns en teckning (av neurologen och vännen Charlotte Sachs): en struts och ett trafikvarningstecken (upp-och-ner). Strutsen har huvudet i sanden. Psykopater ser inte farosignaler, därför är de modiga. De som inte ser aggression som den drift som idag genererar mest problem, psykiatriska såväl som andra, har också huvudet i sanden men är fega. En opolitisk kommission har tillsatts av regeringen för att se över den ekonomiska politikens villkor och möjligheter – i den sitter landets främsta ekonomiska forskare/expert. En motsvarande haverikommission för psykiatrin leddes av en blivande urolog och omfattade inga aktiva kliniska forskare. Psykiaterna har sig själva att skylla – Rådman saknar respekt för oss därför att vi är för goda. När en islandshäst blir söndergullad blir den fräck. Den tror att den är flockledare. Vi har vänt andra kinden till alltför många gånger i förhållande till makthavare, massmedia, samarbetspartners och egna 5te-kolonnare.



En episod från min tid i allmänpsykiatri – besök av Curt Åmark och Irene Matthis från Långbro sjukhus där man öppnat en ny psykosavdelning. De förklarade med glosögt allvar att professionen deformationer dem, och att de därför bett en 19-årig vika-rie ”direkt från gatan” att på egen hand planera och utforma avdelningen och behandlingsarbetet. Tjusigt? Tror fan att jag blev arg och uttryckte vad jag ansåg om sådant hyckleri. Mötet avslutades i förtid, som om någon kört in en pinne i en myrstack och rört om.

”Psykiatriker ska inte kalla våldsbenägna utvecklingsstörda för ’dessa de mest fridsamma av alla’”

Konflikter med patienter har jag i stort sett aldrig. Två gånger har jag fått ”stryk”, vid bägge tillfällena av kvinnor inom allmänpsykiatri, en psykos- och en borderline-patient. Öväntat och svårförutsägbart, ej polisanmält förstås, jag anmäler ju inte andra symtom som hallucinationer och vanföreställningar heller. I övrigt har jag suttit på utagerande ungdom-jävlar på Lövsta skolhem (slutstationen för ungdomsvårdsskole-klientelet på 1970-talet), träffat något tusental psykopater i mitt

kliniska arbete, tjänstgjort ett antal år på slutstationen i Norge för särskilt farliga personer (Bröset, tidigare Reitgjerdet), och gjort massor av rättspsykiatriska undersökningar, inte minst av narcissister som inte gillade vad jag skrev. Jag borde vara död åtskilliga gånger vid det här laget, också därför att jag i privatlivet inte backar för våld och hot (åren på soffan betalar sig fortfarande). Tydli-gen kan jag hantera detta, främst genom vana vid aggression (blir inte rädd och därmed irrationell) och debriefing när aggressions-toppen gått över. No hard feelings efteråt och en god investering för den fortsatta kontakten. Allmänt sett stämmer detta väl med egna forskningsdata: de som råkade ut för patientvåld på Bröset var i huvudsak unga, lågutbildade och oerfarna.

Psykiatrer ska inte gå omkring i veloursparkdräkt, varken konkret eller mentalt. De ska inte kalla våldsbenägna utvecklingsstörda patienter för ”dessa de mest fridsamma av alla”. Inte heller ska tandläkare från Socialstyrelsen, efter inspektion, ge detaljerade anvisningar om hur en psykiatrisk akutmottagning skall arbeta. Den idiotiska kritik som vi utsattes för, från tidigt 1960-tal och framåt, borde ha bemötts på ett helt annat sätt, med bränsle från den drift på gott och ont som vi kallar aggressivitet, i kombination med argument utformade på kortikal nivå och med hänvisning till vetenskap så som den definieras av Russel, Popper och Bunge. Där står vi starkt – men vi har valt att föra matcherna med en hand bakbunden trots att våra kritiker saknar ridderlighet. Det är möjligt att vi måste göra upp inbördes först – låt oss då göra det en gång för alla. Jag tror dock inte att det behövs längre – krismedvetandet är stort inom professionen, uppslutningen kring evidensbaserad börjar bli tillräcklig, det som politikerna ställt till genom sitt förakt för psykiatri har drabbat både deras egna representanter och deras väljare hårt och kan inte döljas längre. Det är dags att gå på offensiven. Samt tack till Roland Berg. Jag gillar klartext.

Sten Levander
Pofessor psykiatri

Samtal med Ingvar Hedlund, nyhetsreporter på Expressen

DE: Hur upplever du samarbetet mellan psykiatri och media?

IH: Gott. I varje fall i mitt fall. Journalister måste förstå läka-rens villkor och läkaren måste förstå journalistens. Som läkare har man ju rigorös sekretess och kan inte säga allting. En del av läkar-kollegerna är onödigt rädda. Ibland tror jag dock att det finns ut-rymme att meddela något mer än vad man gör.



Ingvar Hedlund

Foto: Christian Örnberg, Expressen

DE: Hur skulle du vilja ha sam-arbetet? Finns det förbättrings-utrymme?

IH: Båda parterna måste få ökad förståelse för varandras roller. Det skulle vara bra med gemensamma möten. Dessut-om borde psykiatri delta mer i den offentliga debatten.

Samma typ av problem finns i samarbetet mellan journalis-ter och sociala myndigheter, som också har svårigheter att med-dela pga sekretess.

En farlig situation som kan uppstå är om det blir ”fiendskap” mellan läkarkåren och media. En del läkare är skeptiska mot jour-nalister, särskilt kvällstidningsjournalister. Men detta bygger på okunskap. Journalistkåren har egna etiska regler. Man borde kun-na prata med varandra.

”Båda parterna mås-te få ökad förståelse för varandras roller. Det skulle vara bra med gemensamma möten”

David Eberhard
Huvudredaktör SP

Möte med UEMS Section and Board i Geneve 11 – 13 oktober 2007

Som vanligt vid UEMS möten inleds första dagen, 11 oktober, med en presentation av psykiatri i vördlandet. Vi välkomnades av Dr Hans Kurt, ordförande i Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy, ute på det psykiatriska universitetssjukhuset Bell Ideas i Geneve. Sjukhuset ligger i utkanten av Geneve i en stor park och är ett traditionellt mentalsjukhus som efterhand dock har byggts ut med relativt moderna akutavdelningar. Vi fick en genomgång av psykiatris historia i Schweiz med välkända förgrundsfigurer inom psykiatri som Bleuler, Adolf Meyer, CG Jung, Binswanger m fl.

Vi fick också veta att Schweiz ligger på sjätte plats i Europa beträffande självmord, d v s man har ett relativt högt suicidtal. 32 % av sjukpensionerna beror på psykisk ohälsa.

Professor Tantelemon Giannopolous berättade om psykiatri i Geneve och kom in på förhållandet mellan psykoterapi och psykiatri, som är en viktig och inte helt okontroversiell fråga i Schweiz. Det är viktigt för psykiatern att också ha en lika omfattande psykoterapiutbildning som i Österrike. Slutligen berättade en nybliven specialist om specialistutbildningen i Schweiz, som består av ett år inom en medicinsk specialitet och fem års psykiatri och psykoterapi. I psykoterapidelen ingår 100 tim egenterapi, som den blivande specialisten själv får betala och 150 tim handledning.

Efter dessa genomgångar besökte vi en av akutavdelningarna på sjukhuset. Genève är uppdelat i fyra sektorer och följaktligen fanns det fyra akutavdelningar som var inhysta i en relativt



Lars Jacobsson

modern byggnad, som dock hade mycket karaktär av institution med långa korridorer, ganska sparsamt möblerat och lite konst på väggarna. Efter lunch besökte vi en öppenvårds mottagning i centrala Geneve och visades runt där. Av ett särskilt intresse var en enhet för tidig identifiering och behandling av särskilt psykospatienter i åldern 18-25 år. Denna enhet, som funnits i flera år, var gemensam för hela Geneve kantonen med ca 500 000 invånare. Programmet bestod av tre olika enheter; en öppenvårdsenhet, en slutenvårdsenhet med 16-19 sängar för behandling av akuta förstagångspsykosor och återfall under uppföljnings-

perioden i programmet och en tredje enhet var ett dagsjukhus, som arbetade med strukturerade grupper mellan kl 9 och 15 med huvudsakliga syftet att ge struktur åt dagen. Patienterna kunde vara kvar på den enheten upp till 1½ år och de kunde sedan behandlas ytterligare 1-2 år på öppenvårdsenheten.

Efter detta besök åkte vi till Röda Kors-museet som är nyetablerat och mycket intressant och annorlunda som museum. Dagen avslutades med ett besök på WHO:s huvudkvarter där professor Benedetto Saraceno introducerade oss i arbetet inom mental health enheten inom WHO.

UEMS sektion sammanträdde under fredagen den 12 oktober. Det kanske viktigaste som hände under dagen var val av ny president. Den nyvalde danske kollegan Torben Hansen hade av sagt sig uppdraget p g a sjukdom och från Skandinavisk sida hade vi föreslagit vice presidenten Kari Pykkänen som ny ordförande och efter en del korridor diskussioner blev hand också vald till ny ordförande i UEMS Section.

Biologins roll i psykiatri

Under eftermiddagen sammanträdde några arbetsgrupper. En behandlade tvångsvård ute i samhället och leddes av presidenten i UEMS Psykiatriboard, Dr James Strachan från Edinburgh. Undertecknad, L.J. deltog i denna arbetsgrupp som hade kommit tämligen långt i sitt arbete sedan tidigare och det fanns ett förslag till statement som vi gick igenom. I detta är alltså UEMS positiv till möjligheten till tvång i öppenvård, men under vissa tydligt preciserade villkor.

En annan arbetsgrupp diskuterar biologins roll inom psykiatri (Biology in Psychiatry) och leds av Nils Lindefors. Gruppen fick sitt uppdrag under oktobermötet 2006 och förmodas avge slutrapport i samband med mötet i april 2009. Följande är arbetsgruppens huvudsakliga syfte och mål:

- Discuss the changing perspective on psychiatry by current scientific improvements on the understanding of genetic and molecular mechanisms behind the etiology, pathophysiology and treatments of mental disorders.
- Discuss the implications of such lines of scientific development for the responsibilities of the clinical psychiatrist
- In a brief document outline the role of biology in psychiatry with focus on its relevance in training

UEMS Board sammanträdde på lördagen den 13 oktober och de frågor som där togs upp var framför allt frågor omkring Continuous Medical Education (CME) och hur det bäst kan genomföras.

"I detta är alltså UEMS positiva till möjlighet till tvång i öppenvård, men under tydligt preciserade villkor"

Framför allt gäller det ackrediteringen av kurser som anordnades med stöd av läkemedelsindustrin. Svårigheterna ligger i att kunna värdera hur industrins eventuella påverkan ser ut. Det hade också uppkommit en fråga om att någon skulle kunna ställas inför domstol om man inte beviljar credits för en kurs eller konferens och den frågan diskuterades och hänfördes till UEMS centralt.

En återkommande diskussion gäller EACCME (UEMS organ för ackreditering av utbildning och fortbildning). EACCME har övergripande ansvar för europeisk ackreditering av kongresser och internationella kurser och överläter åt UEMS Section of Psychiatry att på remiss fullfölja utvärdering av sakinnehåll. Efterfrågan på ackreditering för värdering av CME-poäng är i ökande, vilket kommer att ställa tilltagande krav på effektivare procedurer inom EACCME och UEMS för att möta dessa behov. Fortbildning förväntas få en allt större roll inom europeisk psykiatri i samband högre krav på evidensbaserad vård. CPD och CME är de system som vanligen tillämpas och har en viktig roll för planering och administration av professionell fortbildning (<http://www.uemspsiatry.org/section/reports/CME.pdf>).

Det finns en europeisk grupp för kollegor under specialistutbildning, European Federation of Psychiatric trainees (EFPT) som f n har en svensk ordförande, Kajsa Norström. Kajsa berättade om verksamheten inom EFPT och att dess nästa stora konferens, fo-

rum, ska äga rum i Stockholm våren 2008. Inte alla länder inom EU är ännu representerade, men man har förhoppningar om att så ska bli.

En annan fråga som diskuterades var arbetstidsfrågan. Det visar sig att det inte är så många länder som följer de nya EU-reglerna ännu.

Mötet avslutades med att deltagarna gav en kort beskrivning av situationen i sina respektive hemländer. Det var väl egentligen inte så mycket nytt som kom fram. En återkommande fråga i Tyskland, Österrike och Schweiz är psykotera pins ställning. I Tyskland finns tydligen en uppenbar risk att psykotera pi blir något som psykologerna får ägna sig åt medan psykiatrer na utestängs och det har ju naturligtvis konsekvenser. Psykotera pi har en starkare ställning på kontinenten än i Sverige, även om många länder saknar den tydlighet som psykotera piträning har inom svensk specialistutbildning.

Det är svårt att värja sig mot tanken att den svenska specialistutbildningen i sin relativa brist på systematisk utbildning och kunskapskontroll har ett utmanande förbättringsutrymme i jämförelse med flera specialistutbildningsprogram i övriga Europa. Glädjande i sammanhanget är därför det engagemang som våra ST-läkare visar och som Kajsa Nordström är en god representant för.

Lars Jacobsson
Nils Lindefors



Nils Lindefors

Välkommen till

Neurobiologi vid Autism – från molekyl till människa

13-14 mars 2008 i Uppsala

**Den neurobiologiska bakgrunden till autism
utgör temat för 2008 års utbildningsdagar för
Barnneuropsykiatriska sektionen.**

För mer information och anmälan besök hemsidan
<http://www.akademikonferens.uu.se/autism08>

E-mail: autism08@akademikonferens.uu.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri
i samarbete med Uppsala universitet



Program

Torsdag 13/3

- 09.00 Registrering och kaffe
- 10.00 Hjärnans plasticitet. Torkel Klingberg
- 11.00 The impact of the X-chromosome and testosterone on the development of the brain in Autism. David Skuse
- 12.00 Lunch
- 13.30 Forts.
- 14.30 Genetik vid Autism. Mai-Britt Giacobini
- 15.30 Paus
- 16.00 Årsmöte
- 19.00 Middag på V-dala nation

Fredag 14/3

- 8.30 Teratologi och Autism. Kerstin Strömblad
- 9.30 Prenatala faktorer vid Autism. Kristina Hultman
- 10.30 Kaffe
- 11.00 När är neuroradiologisk utredning av värde vid funktionshinder hos barn? Olof Flodmark
- 12.00 Lunch
- 13.30 Medicinsk utredning vid Autism. Viviann Nordin
- 14.30 Paus med frukt
- 14.45 Vad kan vi uppnå med läkemedel vid Autism. Anne-Liis von Knorring
- 15.15 Autism. Where are we today, and where are we going? David Skuse
- 15.45 Slut

Vad gör alla psykiatriker?

Hjälp till att besvara frågan i enkät.

Svårigheten att få tag på specialistläkare i psykiatri är ett stort problem och ett dagligt bekymmer för många verksamhetschefer. Ofta talar vi om psykiaterbristen vilket kan ge sken av att det finns ovanligt få just nu. I verkligheten är det precis tvärt om.

Vi har aldrig haft så många läkare med specialistbevis i psykiatri som just nu. Däremot är det brist på doktorer ute i den kliniska verkligheten och många landsting har svårt att fylla sina vakanta tjänster. Frågan är alltså: var är de, doktorerna med specialistbevis i psykiatri, och vad gör de? Vi måste få fram mera fakta. För att få ett bättre underlag och förståelse har Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med läkarförbundet tagit fram en enkät som nu i februari kommer att skickas ut till alla med specialistbevis i psykiatri som är under 70 år. Jag vill nu uppmana er alla som får enkäten att ta er tid och svara. Vi måste ta krafttag och för att få en bättre bemanningssituation. För detta måste vi veta mer om dagens situation. Självklart blir ingen ting bättre av en enkät men den kan bli ett redskap för att beskriva dagens situation.



F.d. psykiater?!

Det kommer att krävas flera olika strategier för att få fler psykiatrer ute i klinisk tjänst. En del av de åtgärderna är mycket långsiktiga men dess då större anledning att de kommer igång snabbt. På minst fem olika nivåer behövs insatser:

1. Det behövs fler platser på läkarutbildningen.

2. Sedan gäller det att vi får fler unga doktorer att välja specialiteten. Glädjande nog är det ett stort intresse för psykiatri bland unga

doktorer. Antalet ST-läkare i psykiatri har ökat de senaste åren men det behövs fler för att motsvara aktuella brister, kommande pensionsavgångar och en ökad efterfrågan på psykiatrisk expertkunskap. Metis – projektet med uppgift att ta fram teoretiska kur-

ser som ska motsvara behoven i nya målbeskrivningen i psykiatri är förhoppningsvis ett bidrag. Flera landsting har eller är på väg att erbjuda extra AT-månader i psykiatri. Många kliniker arbetar aktivt med att skapa riktigt bra och attraktiva utbildningsplatser. 3. Nästa steg är att vi måste se till att arbetssituationen och uppbackningen är tillräckligt bra för att alla nyblivna specialister ska bli kvar inom psykiatrin.

4. Arbetet måste också vara så utformat att vi orkar vara kvar i specialiteten helst på heltid ända till pensionen. Det är troligen delvis samma arbetsmiljöfaktorer som för nyblivna specialister men också andra saker som är viktiga i det långa loppet.

5. Vi måste använda de doktorer som finns på bästa sätt. Avlasta doktorerna uppgifter som andra kan göra. Genom tillräckligt administrativt stöd och service som underlätta arbetet kan doktors tid utnyttjas bättre.

Intressant område

Psykiatri är oerhört intressant och ett område där det kommer att ske en fortsatt snabb utveckling av kunskap på bred front. Det kommer att krävas en intensiv forskning och metodutveckling för att möta samhällets ökade efterfrågan på insatser för psykiska sjukdomar men också för att främja psykisk hälsa. Självklart behövs alla yrkeskategorier för detta och det räcker inte med enbart bra läkarbemanning men utan doktorer blir det svårt.

Psykiatri måste vara en riktigt attraktiv specialitet och vi måste alla hjälpas åt för att åstadkomma detta. Möjligheterna och inte bara negativa bilder måste bli tydliga. All kunskap som finns och alla goda medarbetare måste få komma fram. Klagan och eländesbeskrivningar leder sällan till konstruktiv utveckling och gör oss inte attraktiva i blivande doktorers ögon.

Vi måste snabbt få försöka få tillbaka så många doktorer som möjligt till psykiatrin men då måste vi veta vad det är som krävs för att åstadkomma detta. Ett av dina bidrag till en gemensam kraftsamling är att besvara den enkät som kommer. I nästa steg hoppas jag att många vill vara med och diskutera resultaten och åtgärder.

Ing-Marie Wieselgren

Psykiater, öl Uppsala
nu med utvecklingstjänst på Sveriges Kommuner och Landsting
www.psyksam.se



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

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

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot perifer neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.^{2,3} Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.²

LYRICA™
PREGABALIN

Lyrica gjuter olja på vågorna

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

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10 191 90 Sollentuna Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se



Referenser: 1. Richard Kavoussi, Pregabalin: From molecule to medicine, European Neuropsychopharmacology (2006) 16, s128-133 2. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg G, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:151-158. **Indikationer:** *Epilepsi:* Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. *Neuropatisk smärta:* Lyrica är indicerat för behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. *Generaliserat ångestsyndrom:* Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrättas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 21, 56 eller 84 st. Samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att tillhandahållas. Lyrica kan tas med eller utan föda. **För vidare information:** Se www.fass.se.

Referat Riksstämman Sektionssymposiet Riksät/ Bipolär/ Nya register:

Nya register stöd för enskilda vid långtidssjukskrivning

Intresset för kvalitetsregister inom vården motiveras av att de är en förutsättning för en systematisk utvärdering av vilka behandlingar som ges och vilka resultat dessa har. För att de ska fungera så krävs att en stor del av de behandlingsinsatser som ges verkligen registreras. De sista åren har utöver exempelvis Riksät och Bipolär flera andra register och moduler till existerande register föreslagits. Vid detta symposium presenterades Riksät och Bipolär som ju redan existerar, samt sju blivande register eller moduler som befinner sig olika långt komna i sin utveckling.

"Som exempel på information som registret redan nu kan ge nämndes att sjukdomsdurationen vid tiden för diagnos tycks påverka prognosen negativt"

nu kan ge nämndes att sjukdomsdurationen vid tiden för diagnos tycks påverka prognosen negativt.

Bo Runesson är registerhållare för Bipolär. Han berättade att man sedan starten 2004 har fått ett 50-tal enheter registrerade och att registreringen ökat påtagligt sista året. Detta beror troligen dels på att man nu har en kortare enkät med enklare layout, dels på att vissa kliniker har gjort punktinsatser under sommaren och att andra har ett ekonomiskt incitament för att registrera patienter i Bipolär. Stämningsstabiliserande medicinering ges till 80% av patienterna och 10-50% (det varierar mellan enheterna) har också fått någon form av patientutbildning. Att registret hanterar behandlingen av allvarligt sjuka patienter belyses av att över en tredjedel av patienterna har genomfört minst ett suicidförsök och var tionde patient har genomfört minst tre suicidförsök.

Flera nya register presenterades. Kaj Forslund, Rättspsykiatriska föreningen, beskrev det långt komna arbetet med ett register för rättspsykiatrisk vård. Man har sedan 2003 flera aktiva arbetsgrupper och långt framskridna planer på ett webbaserat register för alla LRV-patienter med information om diagnos och behandling. En

provomgång har genomförts där 60 patienter från tio enheter registrerades och synpunkter från denna bearbetas för närvarande.

Bengt Söderström presenterade arbetet med ett register för barn och ungdomar utsatta för sexuella övergrepp. Man hoppas under 2008 ha ett fungerande webbaserat register för enheter i det nationella nätverk som finns för denna patientgrupp. En vision är att ha ett register öppet inte bara för vården utan även för socialtjänst och rättsväsende.

Gunnel Ihrstedt redogjorde för arbetet med Svenska Beroenderegistret, SBR, som enligt visionen kommer att samordna andra beroendorelaterade register som LAROS, läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende. Socialstyrelsen har tagit initiativ till ett register för ångest- och depressionssjukdomar. Mårten Gerle och socialstyrelsen kommer i början av 2008 inleda öppna samtal kring detta med specialistföreningarna för allmänmedicin och psykiatri, SFAM och SPF. Den storslagna förhoppningen från socialstyrelsens sida är ett register omfattande allt från befolkningsinriktade interventioner till stöd till enskilda vid långvarig sjukdom.

Håkan Odeberg, överläkare vid psykiatri sydväst och ansvarig för ECT-verksamheten där, berättade om det pågående arbetet med ett behandlingsregister för ECT. Christina Spjut, affektiva mottagningen, Norra Stockholms Psykiatri, och Rolf Adolfson, verksamhetschef för psykiatri i Sunderbyn, föreslog moduler för existerande register för att bättre fånga upp graviditet vid psykisk sjukdom respektive metabola komplikationer till i första hand behandling med antipsykotiska läkemedel. Vilka av dessa nya register och moduler som blir verklighet får vi se tids nog. Kanske får vi redan nästa år höra om fler idéer på hur vi effektivt kan registrera informationen i dessa. De existerande registren finns samlade på www.kpvcentrum.se

Moderator: Kristina Lange Carlsson

Johan Lundberg
SPFs styrelse

Välkommen till **det femte**

LÄKARNätverket för kunskap om ”Neurologiska utvecklingsavvikelser hos vuxna”

När? Fredagen den 22 februari 2008, kl. 09.00-17.00
Var? Föreläsningssalen, plan -1, Norra Stockholms psykiatri, Vårdvägen 1, invid St Görans sjukhus, T-bana: Stadshagen
Pris? 400:- (inkl. kaffe och lunch)

09.00-12.30

Komplex psykofarmakologisk behandling för patienter (med eller utan missbruksproblematik) **med autismspektrumtillstånd, ADHD/DAMP och/eller utvecklingsstörning. Vad fungerar, vad kan vi seponera?** Fallbeskrivningar och diskussioner

Mats Humble, Malmö
Per-Axel Karlsson, Piteå
Olof Blix och Peter Nilsson, Jönköping
Gunnel Ersson, Västerås

Lunch 12.30-13.30

13.30-17.00

**Diagnostiska instrument för autismspektrumtillstånd:
ADOS intervju & självskattningsskalan Ritvo Autism-Asperger Scale**
Susanne Bejerot, Stockholm

DM-ID och DC-LD – psykiatriska diagnoser vid utvecklingsstörning
Lena Nylander, Lund

Vad vet vi om kriminalitet vid autismspektrumtillstånd?
Daniel Stråth, Stockholm

Anmälan mailas till: yvonne.ostergard@sll.se senast 19 februari.

Hur gör man?

Spara först filen på din hårddisk, i en lämplig mapp och ge den namnet ”Läkarnätverk neuro”. Öppna filen och skriv in namn och adressuppgifter (se nedan). Spara ändringarna och stäng sedan filen igen. Skicka ett returmail till yvonne.ostergard@sll.se och glöm inte att bifoga filen. Namnge mailet: ”Läkarnätverk” så ser vi direkt vad det gäller.

I nödfall faxas anmälan till:
08-672 49 10
eller skickas till:

Neuropsykiatriska enheten,
Norra Stockholms psykiatri
St Görans sjukhus
112 81 Stockholm.

Namn

Adress

Fakturaadress

e-postadress

Tel.nr

Utmattningssyndrom – fortfarande likt en elefant i ett mörkt rum

Det finns en hel del tyckande kring utmattningssyndrom. Vanligtvis kunniga och sansade läkare kan påstå att tillståndet inte finns. Kolleger som arbetar på specialmottagningar och som endast ser patienter på remiss kan tro sig ha en klar bild av psykiatrisk och annan epidemiologi i vårt samhälle, vilket de sannolikt inte kan ha. Opinionsbildare i massmedia och forskare inom humaniora raljerar över att nya diagnoser kommer och går inom sjukvården. Det är tydligt att det finns en utbredd och farlig brist på kunskap om vad en diagnos är, om diagnosernas historia och om epidemiologi.

Jag minns en SK-kurs i min tidiga läkarkarriär, när jag fortfarande tänkte mig en bana som reumatolog. Det var tydligt att den som arbetade mot en liten befolkning på kanske 100 000 innevånare såg ett helt annat sjukdomspanorama än den som arbetade mot en tvåmiljoners befolkning som vi gjorde i Stockholms län plus Gotland. En ST-läkare i reumatologi i glesbygd hade knappast sett en riktigt malign reumatoid artrit. Samtidigt såg vi på dåvarande Karolinska sjukhusets reumatologklinik unga patienter som var döende i svår vaskulitjukdom. Det är av samma skäl ingenting konstigt i att en distriktsläkare med befolkningsansvar för 1500 innevånare eller en psykiater som arbetar mot en befolkning på 50 000 innevånare inte ser lika allvarliga och svårbehandlade tillstånd som den som får patienter med samma diagnos på remiss från ett område med två miljoner innevånare.

Nya diagnoser

En del utanför sjukvården raljerar över psykiatriens nya diagnoser. Då glömmer man att sjukvårdens framsteg bygger just på noggrann definiering av subgrupper av sjukdomar med olika karakteristika och som svarar eller inte svarar på viss behandling. Förföras seklets bleksot har delats upp ett antal helt olika sjukdomar med olika genes och helt olika behandling och prognos. Det är inte mera än 30 år sedan unga män i USA insjuknade i infektioner de inte borde ha drabbats av. Så småningom diagnostiserades en immunbristsjukdom som visade sig vara orsakad av ett virus och vi fick diagnosen AIDS och slutligen orsaken till den – HIV. Det är inte så länge sedan det fanns en kronisk hudsjukdom vid namn akrodermatit och en ledsjukdom som heter lymfartit. I dag vet vi att båda tillstånden orsakas av bakterien *Borrelia* och är möjliga att behandla. Andra exempel på detta är bröstcancer och prostata-

takancer där subgruppering enligt hormonreceptorer har stor betydelse för både val av behandling och prognos.

Samsjuklighet

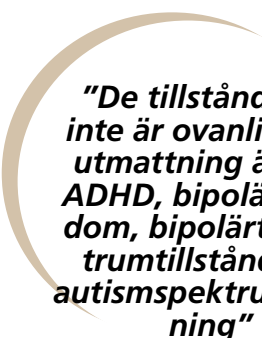
De patienter som kommer till specialistpsykiatri med symtom på utmattning har ofta en samsjuklighet. Ibland uppträcks utmattningen först när den andra sjukdomen behandlats och gått i remission. I andra fall dominerar utmattningen och samsjukligheten blir uppenbar först vid en noggrann psykiatrisk diagnostik. De tillstånd som inte är ovanliga vid utmattning är t.ex. ADHD, bipolär sjukdom, bipolärt spektrumtillstånd och autismspektrumstörning. Det förefaller som att dessa sjukdomar och funktionsstörningar medger att en person arbetar omåttligt utan att kunna eller vilja sätta stopp för sig själv.

Några patientfall

Jag har själv träffat på endast några enstaka patienter med utmattningssyndrom, eftersom jag arbetar på en subspecialiserad mottagning dit patienter med bipolär sjukdom remitteras från övrig psykiatri.

Patient A

En 50-årig invandrad kvinna med akademisk utbildning anställd i ett litet privat företag under stor ekonomisk press. Hon har länge arbetat mycket övertid utan ersättning vare sig i tid eller pengar. Hon känner sig inte trygg i sin anställning, utan oroar sig ofta för att få sluta. Privat är hon pressad ekonomiskt av att hon köpt en ny bostad, ännu inte sålt den tidigare lägenheten och renoveringen brådskar. Hon är helt frisk tidigare och använder inga läkemedel. Hon söker för tilltagande nedstämdhet som pågått någon månad. Vid nybesöket är hon uttalat nedstämd, agiterad, irriterad, uppgiven, avvisande och har en uttalad sömnstörning. Psykomotoriken är livlig. Hon skattas med maximala poäng i depressionsskattning. Maken informerar om att hon varit överaktiv och betydligt mera högpresterande än annars under någon månad tidigare. Hon har en syster som växelvis är deprimerad och uppvarvad. Diagnosen blir Bipolär II blandepisod. Hon blir helt återställd avseende sin blandepisod inom några veckor av medicinering med ett stämningsstabiliserande läkemedel och sömnmedel. Då visar sig en påtaglig utmattning som uppfyller flera (inte samtliga) kriterier på utmattningssyndrom. Kliniskt ter sig bilden inte som resttillstånd efter bipolär II blandepisod. Patienten får möjlighet att gå en kortare kurs med fokus på att avgränsa sig, att klara av att säga nej, att bevaka sin sömnhygien mm och återgår successivt i heltidsarbete inom några månader.



“De tillstånd som inte är ovanliga vid utmattning är t ex ADHD, bipolär sjukdom, bipolärt spektrumtillstånd och autismspektrumstörning”

Patient B

En man i 60-årsåldern som arbetat i en liten privatägd tillverkningsindustri med pressad ekonomi. Under lång tid arbetade han både som chef, arbetsledare och arbetare med mycket övertid och ett tungt ansvar för verksamheten. Så uppkommer andnöd, bröstsmärtor och sömnstörning. Noggrann hjärt- och lungutredning ger inga fynd. Han avslutar sin anställning på eget initiativ, eftersom han ser sambandet mellan arbetsbelastningen och sin funktionsnivå och symtomen. (Företaget går därefter omkull.) När jag ser honom ter han sig inte deprimerad, men påfallande snabb i psykomotorik och tal och nästan agiterad. Han får fortfarande andnöd och känsla av tryck över bröstet redan vid banal tidspress i vardagen. Tyvärr träffade jag inte honom senare och vet inte hur det gick för honom. Han har sannolikt en hypertym personlighet som gränsar till kronisk hypomani och ett utmattningssyndrom.

Jag känner personligen flera kolleger som drabbats av utmattning. Någon arbetar inom kirurgisk specialitet, andra som distriktsläkare eller psykiatriker. Det som är gemensamt för dem alla är att de är gladlynta, sociala, positiva, ansvars- tagande och patientfo- kuserade och att de alltid ställer upp för andra och hjälper till - både i arbe- tet och privat. Det gemen- samma för deras arbets- situation är att de alla har haft flera uppdrag samti- digt och inte enbart varit kliniskt verksamma. Nå- gon hade tungt kliniskt ansvar samtidigt med an- svaret för en viktig kongress. En annan kollega hade både en tung klinisk verksamhet och ett om- fattande fackligt uppdrag som tillsammans krävde betydligt mera än heltid och som utfördes även på kvällar och veckoslut utan att motsvarande ledighet togs ut. En tredje kollega uppfyllde samtliga diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom och hade en ovanligt tung klinisk arbetsbörda på flera arbetsställen samtidigt med ansvar för forskarhandledning.

Är detta bara känt i Sverige och bara inom psykiatrin?

Stressutlöst somatisk sjukdom är väl känd både i Sverige och i övriga världen. I Japan känner man sedan länge till utmattningssyndrom, och där förekommer även plötslig död efter långvarig och extrem arbetsbelastning - karoshi. Där finns också en term för suicid efter överarbete - karojisatsu.. Man har i Japan också beskrivit ett tillstånd takotsubo-kardiomyopati som är en stress- utlöst, reversibel vänsterkammardysfunktion och som f.f.a. drab- bar postmenopausala kvinnor. Sjukdomen har beskrivits i Läkar- tidningen nyligen.

Neurologerna känner till tillståndet "trött i hjärnan" som upp-

kommer vid olika sårbar- hetstillstånd kopplade till neurologisk sjukdom. (Även det beskrivet i Lä- kartidningen.) Kanske har majoriteten av de pa- tienter med utmattning som även har en psykia- trisk diagnos en kombi- nation av biologisk sår- barhet, en personlighet som medverkar till att de arbetar omåttligt och en olämplig arbetssituation med "möjlighet" till hög och långvarig stress och övertidsarbete.

Och elefanten då? Fabeln om elefanten som befinner sig i ett mörkt rum och som "diagnostiseras" av olika personer som var och en bara beskriver just det han känner - svansen, snabeln, öro- nen, lukten, storleken - passar precis in på hur vi i dag beskriver

"De sjuka blir inte friska vare sig av att deras sjukdom förnekas eller av att vi menar att de får skylla sig själva"

utmattningssyndrom i sjuk- vården och utanför den. Di- striktsläkarna ser de flesta patienterna och de flesta av de lättare fallen, där sömn- reglering, regelbunden mo- tion och sunda matvanor ger relativt snabb läkning. Psy- kiatriken ser andra grupper där samsjuklighet försvårar di- agnostiken och behandling- en. Ytterligare andra patien- ter finns hos företagsläkarna och hos den subspecialisera- de psykiatrin.

Diverse okunniga opini- onsbildare menar, att ett sjukdomspanorama inte kan förändras över tid på det sätt som utmattningssyndrom har gjort. Detta stämmer nat- urligtvis inte. Vi har sedan

flera år en pågående ökning av många andra sjukdomar - t.ex. al- lergier, fetma, diabetes och depressioner. Nya infektionssjukdo- mar tillkommer också. De sjuka blir inte friska vare sig av att deras sjukdom förnekas eller av att vi menar att de får skylla sig själva. I stället behövs en kombination av åtgärder. T.ex. kan flex- tid vara olämplig för en del personer. Kanske behöver vi mera av arbetstidsdisciplin i meningen att man faktiskt skall gå hem när arbetsdagen är slut. Och kanske måste vi börja inse att Arbetstids- lagen gäller även läkare och att vår tendens att som Alfons Åberg säga: "jag ska bara..." inte håller över ett helt arbetsliv.

Sjukvårdens olika syn på utmattningssyndromet betyder inte att vi alla har fel eller att endast någon har rätt. Det betyder sanno- likt att vi ser olika grupper av patienter med olika svårighetsgrad av tillståndet och med olika samsjuklighet.

Christina Spjut

Ordförande SPF



Vilken del av elefanten gör en elefant?

En anonym kollega berättar: "När jag blev utmattad"

Som ett fall ner i en djup brunn . . . ja, så vill jag beskriva det som slutligen hände mig. Men vägen dit var lång.

Jag är en kvinnlig distriktsläkare, gift och har tre vuxna barn samt gamla föräldrar som jag känner stort ansvar för. Som person är jag plikttrogen, ansvarskännande, vårdande och lätt att entusiasmera. Min uppfostran har präglat mig att aldrig ge upp och att arbete är viktigt.

Min hälsa har genom åren varit god och jag har aldrig varit sjukskriven. Jag har känt mig frisk och stark, har ingen missbruksproblematik och ingen hereditet för psykisk sjuklighet.

Under mina tjugo år som distriktsläkare har jag fått erfara hur arbetsbelastningen inom primärvården ständigt ökat och sett den ena omorganisationen avlösa den andra. Trots detta ser jag distriktsläkaryrket som mycket stimulerande och tacksamt.

När barnen blev äldre kom jag för cirka tio år sedan under ett par år att kombinera mitt distriktsläkararbete med klinisk forskning och deltog i ett flertal läkemedelsstudier. Jag började också få alltmer administrativa uppdrag utanför vårdcentralen men för samma huvudarbetsgivare. Dessa tog så småningom 20 tim/vecka i anspråk. Min heltidstjänst på vårdcentralen fanns hela tiden kvar och endast periodvis fick jag avlastning. Min arbetssituation blev mer och mer orimlig. Kvällar och helger togs i anspråk. Mitt sociala liv krympte, jag slutade motionera och såväl familj som vänner och arbetskamrater signalerade att situationen var ohållbar. Vid upprepade tillfällen under de sista åren försökte jag få en ändring till stånd på arbetsplatsen men fick inget varaktigt gehör från min verksamhetschef.

Sömnsvårigheter

Några månader före mitt insjuknande började jag få sömnsvårigheter. I slutet blev det som mest någon timmes sömn fram på efternatten. Låg i sängen, läste böcker men sömnen ville inte infinna sig. Successivt tillkom koncentrationssvårigheter och ökad irritabilitet. De sista tre veckorna tog arbetsuppgifterna allt längre

tid att utföra och tidspress försämrade förmågan. Jag kände mig fysiskt trött och var allt lättare uttröttbar. En dag fick jag plötsligt bara inte ihop en multisjuk patients olika problem och klarade inte att komma till någon konklusion. Mitt fall ner i brunnen var fullbordat. Kroppen kändes tung och trött och tankarna löpte

långsamt liksom talet. Jag kände mig som efter en kraftig commotio (vilket jag faktiskt haft i min ungdom). Varken nedstämdhet eller ångest fanns med i bilden.

Efter en veckas sjukskrivning prövade jag patientfritt arbete på deltid. Sömnrubbing och övriga symtom kvarstod och yrsel tillkom. En känsla av demens infann sig då jag upprepat gick fel i mina kända kvarter. Efter psykiatrisk bedömning fastslogs att jag inte uppfyllde kriterierna för depression men väl för utmattningssyndrom. Först efter en längre tids heltidssjukskrivning började symtomen minska. Efter fyra månader började jag arbeta deltid och först tio månader efter insjuknandet var jag tillbaka i heltidstjänst.

Via psykiatri fick jag ett fåtal samtal samt hjälp med sjukskrivning. Från arbetsgivaren har jag känt mig tämligen övergiven. Försäkringskassan har hört av sig te-

lefonledes med glada tillrop. Min rehabplan har jag gjort helt på egen hand. Med stöd av familj och goda vänner kom jag så sakteliga tillbaka till ett normalt liv och vägen dit gick via positiv sysselsättning och daglig motion.

Det känns väldigt positivt att åter vara tillbaka på spelplanen. En viss befogad oro finns dock då jag inser att min arbetssituation inte förändrats. Jag inser också att det hänger på mig själv att förhindra återfall genom att bättre sätta gränser. Lätt sagt, svårt gjort, men jag jobbar på det!



"Låg i sängen, läste böcker men sömnen ville inte infinna sig. Successivt tillkom koncentrationssvårigheter och ökad irritabilitet"

Psykiatriker!

Sugen på nya uppdrag?

Vi har ett mycket stort behov av psykiatriker. Doc Partner erbjuder både kortare och längre uppdrag i Sverige och Norge. Kontakta oss så berättar vi mer!

Ring 0455-30 28 10 eller maila
linda.backius@docpartner.se

Är du läkare och intresserad av kortare eller längre uppdrag inom Norden? Hos Doc Partner är det enkelt att vara en extra resurs. Vi sköter allt det praktiska kring boende och resa, erbjuder 24-timmarsservice och komplett försäkringsskydd. Du behöver inte heller vänta till månadens slut: lönen är din inom fyra dagar.

*Doc Partner ingår i Nurse Partner Gruppen
– ett av Nordens ledande bemanningsföretag
vad gäller vårdpersonal*

www.docpartner.se

NURSEPARTNER®

DOCPARTNER®

Alltid där

Samhälls- och Socialpsykiatri – tid för nytänkande

Socialpsykiatri och psykiska hälsostrategier har på sistone kommit i skymundan, blivit ifrågasatt eller ansetts obsolet. Psykiatrins roll och ansvar i samhällsutveckling och – diskussionen har förnekats, och psykiatrins har definierats framförallt som en neuropsykiatrisk biologiskt vetenskap i behov av neuropsykiatrisk förfinande farmakologisk och behavioristisk spetskompetens. Kritik har då riktats mot strategier emanerande ur sociologiskt eller psykodynamisk teoribildning, speciellt dessa med fokus på hälsans socioekonomiska och psykosociala determinanter .

Det känns som om nattståndna konflikter mellan kvalitativ och kvantitativ evidens, mellan biologisk positivistisk och humanistisk hermeneutisk vetenskapsteori återigen har aktiverats och som om en ny biologisk - oftast genetisk - reduktionism återigen fått dominans inom psykiatrin och i kunskapsområdet psykisk hälsa.

”Medicin är en social vetenskap..., och politik är ingenting annat än medicinsk kunskap tillämpad i det stora” – detta hävdades 1848 av den eminente patologen, kirurgen, politikern och sozialreformern Rudolf Virchow i hans tidskrift under den programmatiska titeln ”Die medizinische Reform”.

Vehement argumenterade Virchow för sin övertygelse, att läkaren borde vara advokat för de eftersatta och sjukdomsbenägna och hans thes – långt innan den idag internationellt allmänt omfattade ”bio – psyko – sociala sjukdomsmodellen” postulerades av Engel 1982 - besitter i det moderna samhällets marginalisering – och förändringsprocesser högsta aktualitet.

Detta gäller framförallt psykiatrin, som inom den medicinska professionen är den specialitet som borde vara ledande med sin förmåga att integrera en både naturvetenskaplig och humanistisk, interaktiv och holistisk människosyn i ett konkret, komplext, preventivt och terapeutiskt handlande.

Psykiatri och samhället – en ny vinkling

Utifrån modern neuro - psykiatrisk och - psykologisk kunskap och evidens kan det vara dags att återigen påtala psykiatrins ansvar även som katalysator i en tidsenlig och human samhällsutveckling.

Detta nya vetande omfattar t.ex växelverkan mellan miljö och arv, biologi, psykologi och existentiella villkor; neuroplasticitet och uppbyggnad av neuronal funktionell och strukturell patologi eller styrka; sambanden mellan attachment, v.s. tidiga bindningsmekanismer och strukturell stabilitet,. Det omfattar också vetande om serotoninets, men även dopaminets och noradrenalinets

samband med individuell socialiserings - och stresstacklingsförmåga, hjälplöshet, kontrollförlust, aggression, depression, för tidig död och våldsam regression samt endorfinrelaterade mekanismer relaterade till belöningssystem och missbruksutveckling.

Samhällens problempanorama i förändringskriser

I vårt Europa som idag inkluderar även forna Sovjetunionen och räcker från Irland till Vladivostok, från Grönland till Malta, ser vi idag konsekvenserna av genomgripande dramatisk och snabb samhällelig förändring. Dessa blir speciellt synliga i de östeuropeiska stater som nyligen har blivit oberoende, men också i Centraleuropa där påtagliga samhällsomdaningar har ägt rum under de senaste årtiondena.

Dessa psykiska hälsoproblem finns dock även hos oss, i våra västeuropeiska samhällen, där delar av befolkningen har varit utsatta för ingripande förändringar och stress.

Exemplen är unga kvinnor i Skandinavien, unga män i Finland och England, bönder i Wales och Irland, tonåringar i Frankrike, äldre bönder i Portugal och Litauen men också ursprungsbefolkningen på Grönland, invandrare i Danmark och asylsökande i Sverige.

Som en yttersta konsekvens uppträder ett samhällssyndrom sammansatt av morbiditet och mortalitet relaterat till stress och psykisk dålig hälsa. Det består av depression och aggression, alkoholism och annat missbruk, våld och självmord, risktagande, farliga levnadssätt och destruktiva beteenden, cerebro – och cardio- vaskulär sjukdom, men även

olycksfall såväl på arbetsplatserna som i trafiken. Dessa individuella stresskonsekvenser blir kännbara på aggregerad samhällsnivå och leder i vissa länder till allt större psykiska folkhälsoproblem, minskningar i livstidsförväntan, och ibland nationella nödsituationer i form av depopulationsfenomen, som t.ex. i Ryssland, där befolkningen under en tid har minskat med ca. en miljon per år.

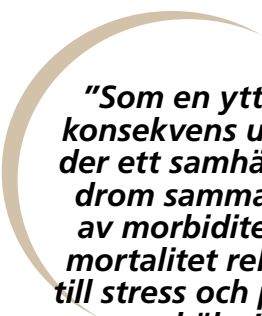
Till detta kommer psykiska regressionsfenomen som blir tydliga i länder utsatta för fruktan och terrorism, inbördeskrig och konflikter, som Israel, Spanien, Ryssland, Nordirland och Balkanländerna:

Intolerans, fundamentalism, ortodoxi, paranoid isolationism, svart- och vitt tänkande och samhällelig syndabocksfokusering.

Hälsans determinanter - enskild och i samhället:

Världshälsoorganisationen har sammanfattat den samhällspsykiatriska och psykosociala forskningsevidensen som idag har identifierat hälsans mest grundläggande bestämmelsefaktorer och determinanter.

Konsensus råder att hälsa motverkas och sjukdom befrämmas,



”Som en yttersta konsekvens uppträder ett samhällssyndrom sammansatt av morbiditet och mortalitet relaterat till stress och psykisk ohälsa”

både individuellt och aggregerad på samhällsnivå, av en rad hälsobestämmande faktorer. Dessa uppträder ofta som konsekvens av samhällsförändring och - stress, men också i individuella livskriser mer eller mindre kopplade till dessa:

Förlusten av identitet och värdighet, integritet och status samt hjälplösheten och förlusten av förmågan att vara "in charge" i sitt eget liv med möjlighet att påkalla men också tackla förändring. Därtill kommer en ökad anomi och värdeosäkerhet i samhället, förlusten av sociala nätverk och signifikans men också avsaknaden av existentiell samhörighet, känslan av samband och mening i livet.

I många samhällen idag ser sig människorna tvungna att omorganisera och nyorganisera sina liv, att utveckla och acceptera nya värdesystem och att svära sig fri från de åtaganden och trosföreställningar man tidigare haft och låtit sig ledas av. Speciellt männen tycks vara oförmögna att acceptera arbetslöshet och den förlusten av stolthet, värdighet och identitet som är förknippad med att inte längre kunna försörja sin familj, något som tidigare var av avgörande viktighet för deras självrespekt och samhällsrespekten i mera traditionella samhällen.

Därutöver är många människor konfronterade idag med kravet att leva med och tackla en oförutsägbarhet och meningslöshet som de inte har behövt kännas vid förut.

Kvinnor synes i stressfulla förändringssituationer har en större förmåga att behåller hälsan - bättre skickade att upprätthålla sociala nätverk, att upprätthålla social signifikans, behålla kontrollen och finna mening i tillvaron



Wolfgang Rutz

Ett psykosocialt betingat samhällsyndrom av sjukdom och död

En yttersta konsekvens blir att ekonomiska problem och såväl samhälls- som individuell stress påverka samhällets och den mänskliga tillvarons grundpelare:

I några av de länder som är inbegripna i dramatisk förändring har prevalensen av mord och dråp även riktade mot barn ökat till nivåer som ligger 9 gånger högre än genomsnittssiffrorna i Europeiska Unionen - efter att i början på 90 - talet har befunnit sig på en nivå något över EU-genomsnittet. Russlands befolkning har under slutet av 90-talet minskats med ca. en million invånare per år, framför allt pga. en alltför tidig dödlighet som klart kan relateras till stressutlöst sjukdom och lidande.

Från ett europeiskt makroperspektiv kan man således konstatera vad också har visats i djurförsök - nämligen att individer efter alltför lång och svår stress, hopplöshet och hjälplöshet inte bara bryter ihop, inkapabla att tackla och anpassa sig till livets krav, utan också vänder sig mot varandra och ibland deras egna avkommor.

Frågan är om den ökade våldsamheten som har rapporterats även bland psykiskt sjuka i Sverige inte bara är en följd av en försämring av den psykiatriska vårdens kvalitet och tillgänglighet utan också ha sin bakgrund i en ökad spänning, splittring och stress i samhäl-

let. Men det finns också goda nyheter:

Några av de baltiska länder som har beskrivits visar efter en maximal försämring i mitten på 90-talet idag positiva förändringar. Så minskar där till exempel mortalitetssiffrorna relaterat till olycksfall, suicid, kardiovaskulär sjukdom och riskfyllda levnads-sätt igen, uppenbarligen som följd av att optimism, förhoppningar och känslan av kontroll, delaktighet och förutsägbarhet har återvänt till många människor i dessa samhällen.

Internationella aktiviteter:

Det var en analys av denna problembild men också möjligheterna till samhällets återhämtning, som ledde till en intensifiering av WHO: s internationella europeiska psykiska folkhälsoarbete under det senast decenniet, som har framförallt haft följande fokus:

- Stress- och depressions relaterad för tidig dödlighet, inkluderande kardiovaskulär sjukdom, olycksfall, aggression och suicid
- ungdomarnas psykiska ohälsa

- behovet av situations -, problem - och resursinventering in Europas olika länder och riskbefolkningar.

- stigmatiseringen, diskrimineringen och marginaliseringen av psykisk utsatta.

Kompletterande aktiviteter inriktades på att väcka ett politiskt medvetande om den psykiska ohälsans omfattning och behovet av att föra människovänlig och "humanekologisk" politik.

Internationella expertgrupper har etablerats. , internationell forskning och "centers of excellence" är sysselsatta med dessa problem, en mängd

vetenskaplig evidens och informativ material har genererats och viktiga internationella politiska genombrott har nådds.

Världshälsoreporten 2001 – centrala budskap

Världshälsoorganisationens "World Health Report" som utkom i "United Nations Year for Mental Health" 2001 samt flera europeiska och globala regeringskonferenser med den psykiska folkhälsan som fokus har härvid klart understrukit några centrala budskap:

- Folkhälsobelastningen relaterad till psykisk dålig hälsa är enorm, från 15 % relaterad till strikta psykiatriska diagnoser upp till hälften av sjukvårdsbelastningen om tillstånd inkluderas som är mer eller mindre direkt relaterade till stress och psykisk ohälsa.

- Nya möjligheter är tillgängliga idag när det gäller hälsofrämjande, primärprevention, behandling och stödjande uppföljning. Dessa är inte enbart relaterade till enstaka nya framsteg inom psykoterapi eller farmakoterapi, utan nås framförallt genom att kombinera olika terapier till holistiska komplexa terapeutiska program som återspeglar människans villkor att vara både kropp och själ.

På detta sätt understryks igen viktigheten av att undvika en splittring mellan socio- och psykoterapeutiska, "humanistiska", terapisätt å ena sidan och biologiska positivistiska terapier å andra sidan, mellan kvalitativ och kvantitativ evidens, mellan miljö och

biologi. Här framhävs ny vetenskaplig evidens som oerhört viktig, t ex gällande hjärnans neuroplasticitet i den ömsesidiga växelverkan mellan positiv miljö och cerebral strukturell styrka å ena och mellan negativa miljöinflytanden, cerebral dysfunktion och strukturell patologi å andra sidan

Hinderanalys.

Världshälsoreporten 2001 och de aktiviteter som emanerar ifrån den beskriver också de största hindren som idag existerar för att använda nya tillgängliga metoder för hälsofrämjande behandling och för prevention:

Bristen på medvetande och kunskap bland beslutsfattare och även den medicinska professionen, stigmata och tabun som fortfarande omger tillstånd rörande psykiatri och psykisk ohälsa, skammen att be om hjälp, ofta som följd av självstigmatisering bland brukarna, orealistiska självideal eller t ex männens alexitymiska oförmåga att verbalisera känslor och lidande, att ha styrkan att visa svaghet och ber om hjälp i tid, att vara "compliant" och terapeutisk följsam.

Rapporten ger också förslag hur situationen skulle kunna förbättras. Allmänheten behöver utbildas och göras medveten om problemens storlek, stigma och tabu bör bekämpas. Även självstigmatiseringen som den psykiatriska professionen fortfarande lider av kan underlättas av den psykiatriska vårdens humanisering och normalisering. Det är inte bara spetskompetens och ytterligare neuropsykiatrisk specialisering som gör psykiatri attraktiv som profession, det är likaväl en respektfull psykiatri "for the person", erbjuden på patienterna och subjektets villkor, intresserad av såväl patologi och behandling som salutogenes och primärprevention med både samhällelig och individuell fokus, som tilldrar sig unga människors intresse när de vill basera sin professionella kvalitet på grundläggande humanistiska värderingar.

Enligt flera FN:s policydokument bör det betraktas som en mänsklig rättighet att befolkningen kan få sitt psykiska stöd i kommundäna och decentraliserade verksamheter där de har sitt dagliga liv och känner sig existentiellt och socialt hemma. Detta budskap tydliggjordes också i Världshälsoorganisationens och Europeiska Unionens senaste ministerkonferens i Helsingfors i 2005, uttryckt i dess slutdokument och undertecknad av svenska regeringen.

Ministerkonferensen utmynnade i en aktivitetsplan som Europas regeringar, förpliktigade sig att realisera inom en 10 års period. Den har under de senaste biennium följts upp av intensiva EU aktiviteter, dokumenterade i en "Grönbok" men konkreta anvisningar till EU:s hälsoministerråd och allmänt accepterad som riktlinjer för deras agerande. Även den Svenska Folkhälsopolitiken ner till landstings- och lokal nivå har börjad präglats av dessa direktiv.

Ett stressat samhälle

Betraktar man samhällsyndromet bestående av depression och aggression, missbruk och våld, självdestruktiva och suicidala beteendesätt, kardio- och cerebrovaskulär sjukdom, olycksfall, risktagande levnadssätt och samhällelig "moral insanity", så ser vi hur dessa tillstånd är förknippade med faktorerna som vi idag kan identifiera som den psykiska hälsans mest viktiga bestämmelsefaktorer:

- existentiell sambandskänsla
- nödvändigheten av etiska och moraliska föreställningar integrerade i en etisk värdehierarki
- social signifikans och social kapacitet,
- hjälplöshet och kontroll,
- identitet, integritet och värdighet.

Det har sagts förut och samhällelig förändring bekräftar idag:

Om vi skall hålla oss friska så måste livet ha en mening, är det viktigt att kunna älska och älskas, bör man kunna bestämma i sitt liv.

Praktiska konsekvenser

Här finns ett starkt behov av professionellt, politiskt och mänskligt stöd, såväl i samhället som individuellt i hälso- och sjukvården.

Psykisk hälsa som en av samhällets viktigaste tillgångar måste befrämmas. För detta behövs engagemanget av samhällets alla sektorer, såväl på nationell som på regional och kommunal nivå.

Till de få institutionerna, som vi enligt WHO i ett balanserat system av psykisk hälsa- och sjukvård behöver, bör idag samhällsbaserade stödjande och rådgivande verksamheter tillskapas.

Tyngdpunkten bör då läggas på att befrämja människornas förmåga att tackla stress och livsproblem. Detta sker genom att öka deras autonomi och psykiska självläkning, genom att utveckla social kompetens, underlätta social förbundenhet och förmågan att behålla den. Realistiska jag-ideal bör befrämmas och adekvat hjälp-sökande möjliggöras - det senare framförallt gällande ungdomar och män, som idag orealistisk och (själv) stigmatiserad undviker den hjälp som erbjuds, oförmögna att signalisera hjälpbehov i tid.

I ett europeiskt perspektiv bör de regressiva fenomenen uppmärksammas som vi hittar i samhällen i stress, kris och interna konflikter, som syndabockstänkande, intolerans, fundamentalistiska tendenser och social marginalisering av minoriteter.

Program och aktiviteter riktade mot dessa fenomen och inriktade på att återställa det civila samhällets vardagsmakt, tolerans, demokrati och därmed psykisk hälsa har utvecklats i baltiska länderna eller t ex Nordirland och kan här vara en modell.

Psykiatrien likväl som alla andra professioner involverade i psykisk hälsa- och sjukvård har här ett samhälleligt ansvar som den knappast längre kan svära sig fria ifrån.

Det är dags för ett innovativt och professionellt psykosocialt motiverat hälsovårdskoncept i vilken psykiatri har sin självklara del. Det gäller att öka medvetenhet och kunskap om dynamiska och regressiva mekanismer som finns bakom den psykopatologi vi kan finna både individuellt, i grupper och hela samhällen. Vi behöver professionellt understryka och sprida kunskap om människans behov av självkontroll och delaktighet, social signifikans och kompetens, realistiska jag-ideal och existentiella samband. Modern

"Om vi ska hålla oss friska så måste livet ha en mening, är det viktigt att kunna älska och älskas, bör man kunna bestämma i sitt liv"

forskning visar vikten av grundläggande värden och moraliska hierarkier - anomi behöver motverkas och en demokratisk värdepluralism befrämjas som möjliggör etiska, moraliska och spirituella val.

Lite provokativt förenklande uttryckt, så bör ett samhälle befrämjas som är vänligt till människans serotonin-, dopamin-, endorfin- och andra basala system, som tar hänsyn till hennes mest grundläggande förutsättningar för biologisk och psykisk funktion och som är respektfull gentemot människans villkor att vara både kropp och själ i en oskiljbar enhet.

Psykosocial psykiatri har här en avgörande roll att spela. Professionen kan inte längre fransäger sig sitt sociala samhällsansvar genom att enbart prioritera fashionabel psykoterapeutisk behandling eller neuropsykiatrisk högstatus forskning, följande de existerande ekonomiska och vetenskapliga belöningsystem som idag är etablerade. Resultaten riskerar att blir rätt så reduktionistiska och simplicistiska forsknings- och terapistrategier som emellanåt påminner om gamla tidens frenologi, även om den har fått en intracerebral lokalisering och en genetisk täckmantel.

Ett humanekologiskt samhälle

Vetenskapliga och andra meriteringsmöjligheter behövs som motiverar läkare, psykologer, sociologer och övriga relevanta professioner att engagera sig i en nydefinierad socialpsykiatri och psykisk folkhälsovetenskap - med syftet att bygga upp bättre, mera integrerade och individualiserade stödsystem och ett mera mentalt fysio-logiskt och humanekologiskt samhälle.

Bönder i den nya Europeiska unionens lantbruksområden, som ofta genomgår en intensiv strukturförändring och effektivisering, har sitt ofta konservativa värdesystem, sin etik, sin yrkes- och könsroll, sin professionella identitet och stolthet, och åtnjuter respekt givet av samhället och familjen omkring dem.

Tre fjärdedelar av dessa bönder kommer troligen under de närmaste åren att behöva byta yrket och i och med denna livsstil, levnadssätt och värdigheten som hittills har legat i att vara kapabla att ansvarar för familjen, sitt jordbruk och sig själva i ett lantbrukssamhälle och dess traditionella värdesystem.

Även om det hittills har kunnat tackla livets upp- och nedgångar, är av dålig skörd, hård arbetsbelastning och ekonomiska problem, så kommer de troligen inom de närmaste åren att uppleva depression och suicidalitet, alkoholism eller annat missbruk, isolation, social kontaktlöshet, hypertoni, stressrelaterad diabetes eller allt detta tillsammans. De kommer att behöva hjälpberedanden inte bara tillgängliga utan också acceptabla för dem. Hjälpberedanden som är respektfull gentemot en bondes individuella behov, hans integritet och hans traditionella maskulinitet. De behöver politiker som är medvetna om att samhällets ekonomiska stöd och erbjudande om materialistiska lösningar inte kan vara de enda svaret till de problemen som dessa bönder kommer att möta, utan att pro-aktiva och omfattande strategier behöver utvecklas som kan hjälpa människorna i ett samhälle i förändring.

Detta betyder att innovativ, multidisciplinär och multisek-toriell socialpsykiatrisk strategi behövs, som tillgodoser och tillämpar modern psykiatrisk kunskap om sam- och växelverkan mellan

människans existentiella och spirituella, psykosociala och biologiska förutsättningar för hälsa.

Detta betyder också att professionen måste ta sitt ansvar och medverka till att etablera struktur och rutiner för stöd, hälsofrämjande, behandling, rådgivning och analys. För detta behöver inte bara de professionerna som är involverade i psykiatri och psykisk hälso-tjänst utbildas, upplysas och medvetandegöras, utan också politikerna och beslutsfattarna, på arbetsplatserna, i skolorna och i samhället generellt.

Investera i psykisk folkhälsa

Psykisk hälsa är det mest värdefulla kapitalet i ett samhälle. Psykiska hälsoaspekter måste beaktas när vi diskuterar hälsa och miljö, och hur man investerar i befolkningens hälsa. Politiska och andra beslutsfattare måste veta vilken effekt deras beslut kommer att ha på den psykiska hälsa av den befolkning som kommer att påverkas av dessa beslut och policys. Redan idag finns ett politiskt medvetande om politiska beslutens fysiska och ekologiska miljökonsekvenser och rutinmässiga analyser görs för att förbättra politiska beslut i detta hänseende.

Politiska beslutens påverkan på en befolknings psykiska hälsa är dock åtminstone lika relevanta när det gäller kostnader men också lidanden och behöver tas minst lika stor hänsyn till. Inte bara ekonomiska utan också hälso – och psykiska hälsobokslut behövs. Strategier för återkommande psykiska miljö - o konsekvensanalyser behöver etableras. Humanekologi beträffar ej enbart människans utsatthet för klimatförändring och fysisk miljö – att etablera en humanekologisk medvetenhet om människans mentala miljöutsatthet är minst lika viktigt och avgörande för vår framtid.

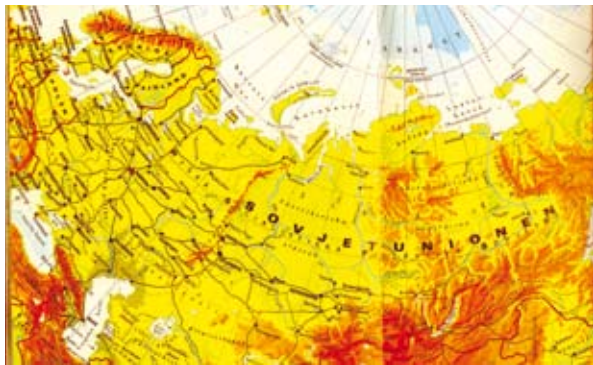
Inget land, varken fattigt eller rikt som Sverige, kan kosta på sig i längden att inte befrämja, restituera och investera i befolkningens psykiska hälsa. Problemen i Sverige är inte så drastiskt utpräglade som i Östeuropas samhällen än. Men även här finns befolkningar i riskzonen, där psykiska ohälsotecken redan idag alarmerande:

Ungdomssuicidaliteten, äldres psykiska ohälsa, immigranternas och asylsökarnas psykiska status, marginaliseringsfenomen i samhället, missbruksproblem och missbrukarnas dödlighet, arbetslösheten och dess konsekvenser speciellt bland ungdomen samt en långtidsarbetsfrånvaro som till största del är relaterad till psykisk ohälsa och stress ger tydliga signaler..

För att tackla även våra problem behöver vi professionella, involverade i ett psykiskt hälsoarbete, blir medvetna om människans grundläggande psykosociala, existentiella och biologiska villkor, fördjupa vår kunskap om växelverkan mellan miljö och psykisk hälsa och tillämpa den i en nydefinierad social och samhällspsykiatri.

”The healthy choice” – det fysisk och psykisk hälsosamma valet, är inte enbart något som individen har möjlighet till och sitt ansvar för, det omfattar också en ständig valmöjlighet som vi professionella befattningshavare inom samhällets stöd - och vårdssystem står inför, när vi kan bemöta våra hjälpsökande till oss hänvisade klienter och medmänniskor på ett sätt som antingen befrämja deras autonomi, meningskänsla, sociala värdighet och betydelse – eller som lägger ytterligare sten på en redan befintlig börda av van-

”Detta betyder att innovativ, multidisciplinär och multisek-toriell socialpsykiatrisk strategi behövs, som tillgodoser och tillämpar modern psykiatrisk kunskap”



I öststaterna är den psykiska ohälsan utpräglad

makt, hjälplöshet, förnedring och insignifikans.

Behövliga utbildning och medvetandegörande, professionell självinsikt, nytänkande och nya hälsostrategier bör här utgå från den nya evidensen som uppdaterad psykiatrisk forskning och politologiska och sociologiska erfarenheter ifrån i Östeuropas samhällen i stressfull förändring har givit oss.

Såväl inom förenade nationerna, den europeiska unionen och även nationellt har insikten i den psykiska ohälsans påtagliga viktighet resulterat i tilltagande aktivitet.

I WHO:s rapport 2001 uppmanar beslutsfattarna att notera problemens omfattning och att realisera gapet mellan lidandet och kostnaden relaterat till psykisk ohälsa och det som investeras i psykisk hälsofrämjande arbete. Lösningssmodeller bör arbetas fram. WHO:s prognos sätter för 2020 depressioner på det första eller andra stället efter hjärtsjukdom när det gäller den globala sjukdomsburden. Utmaningen är att identifiera och påverka sambanden mellan kultur, omvärldsfaktorer och psykisk ohälsa med samhälls- och lokalt anpassade strategier.

”Det finns ingen hälsa utan psykisk hälsa”

Detta var mottot för den europeiska ministeriella konferensen om psykisk folkhälsa - ”Public Mental Health” - i Helsingfors som år 2005 avhölls av WHO, EU, Europarådet och Europas alla regeringar. Resultatet blev en förpliktelse att engagera psykiatrisk expertis också i analysen av de konsekvenser som politiska beslut på befolkningens psykiska hälsa - ett ansvar som psykiatrin hittills i många länder har undandragit sig. Skälen kan vara avsaknaden av akademiska belöningssystem, men också rädslan av att bli politiskt utnyttjad.

Därutöver, menar konferensen, bör ett evidensbaserad psykosocialt och samhällspolitiskt orienterat vetenskapligt engagemang honoreras mycket mer än vad hittills varit fallet. Inom en sådan samhällspsykiatri bör möjligheter till utbildning och karriär skapas som är jämförbara med de som redan idag existerar inom den biologiska psykiatrin.

Psykiskt hälsofrämjande och prevention likväl som behandling, uppföljning och rehabilitering är således högsta prioritet för länderna inom WHO och EU. Helsingfors - konferensen följdes upp av ett intensivt politiskt och expertarbete som emanerade i EU:s ministeriella ”Gröna bok” om ”Mental Health Promotion” och ”Public Mental Health” med konkreta förslag för psykisk hälsofrämjande aktiviteter.

Där konstaterar EU - hälsokommissarien Markus Kyprianou: ”Psykisk ohälsa kan vara lika dödlig som kroppslig sådan, t ex cancer... Varje år dör flera européer i suicid än genom olycksfall

och mord.... Samhällen vi har skapat genererar psykisk ohälsa, ändå ägnas den psykiska ohälsan förvånansvärt lite uppmärksamhet” och ”Psykisk ohälsa är Europas osynliga mördare och jag är fast besluten att ändra på detta.”

Även i vårt land finns - som tidigare beskrivits - problem i riskpopulationer. Folkhälsoinstitutet har beskrivit den psykiska ohälsan som ett av våra största ohälsoproblem och landstingsplanering som t ex i Uppsala län identifierar ett primärpreventivt och hälsofrämjande multisektoriellt arbete som en lika stor prioritet som det direkta behandlingsarbetet.

Vid Akademiska Sjukhusets Psykiatridivision har en enhet för hälsofrämjande psykiatri etablerats, andra hälsofrämjande aktiviteter är planerade och Sverige är inte bara ledande aktiv i ett internationellt WHO - nätverk av hälsofrämjande sjukhus utan också i ett nätverk av hälsofrämjande psykiatriska vårdverksamheter.

Även svensk självmordprevention presenterar sig idag som ett arbete med stark folkhälsoprofil och ligger internationellt forskningsmässigt och strategiskt i täten. Dess nationella och internationella samarbete är omfattande och ömsesidigt fruktbart, och Karolinska Institutets Nationella Centrum för Folkhälsa och Suicideprevention (NASP) har nyligen utgivit en nationell plan för självmordsprevention och är WHO:s ledande europeiska samsamarbetsorgan i dessa frågor.

I en Editorial i Lancet 1997 - ”The crisis in psychiatry” - konstateras framsynt:

”Så länge vi behöver dras med en splittring mellan ett snävt neurovetenskapligt och ett mera omfattande sociokulturellt synsätt så kommer psykiatrins framtid inte att vara biologisk utan att vara tröstlös...”

Man menar att reduktionism bör undvikas vare sig den är sociologisk, psykoterapeutisk eller biologisk. Ingen av dessa tre dimensioner kan ensam omfatta mänskliga processers komplexitet och påverka dem positivt.

Också i WHO:s slutdokument bekräftas av Europas regeringar att psykisk hälsa och välmående är grundläggande för medborgarnas, familjers, samhällens och nationers livskvalitet och att det är först psykisk hälsa som möjliggör de för människor att uppleva sitt liv som meningsfullt och att ta sitt ansvar som kreativa och aktiva medborgare

Det som återstår således för vår kliniska och vetenskapliga psykiatriska profession är att ge psykiatriskt primärpreventivt och salutogent arbete den rang och plats den förtjänar och med tanke på vår samhällsutveckling så trängande behov.

”Varje år dör fler européer i suicid än genom olycksfall och mord. . . Samhällen vi skapat genererar psykisk ohälsa.”

Wolfgang Rutz MD, PhD

Enhetschef Enhet för Hälsofrämjande Psykiatri
Psykiatridivisionen Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Professor i Socialpsykiatri
Universitetet Coburg, Tyskland

Referenser hos författaren

Blå himmel över Berlin

KRÖNIKA
Mikael Tiger

Utanför internetkafét MacBeam har natten smugit sig på och jag befinner mig i ett hav bland tillbakalutade cybersurfare till toner av natt-suddsjazz. Berlin är på något sätt som allra mest magiskt på natten och minst lika aktivt då som på dagen. Många av stans kreativa element har gjort en hederssak av att vända på dygnet och dryckesaffärerna fyllda med ölbackar är packade med ungdomar likaledes under dygnets sena timmar. Nattens ljus är värdigt stålblå kring stadens upplysta byggnader och observatoriet här utanför ser ut som Globen, 2004 - ett rymdäventyr. Nästan var man än går på östsidan har man Alexanderplatz rymdboll till TV-torn flirtande emot sig.

Under dagen har jag strosat runt i Mitte, som liksom namnet antyder är stadens centrum, och gått sicksack mellan turistbussar och guidade turer. Varje liten sten där har en historia och 1900-talet har snurrat kring axeln här. Enastående pampiga byggnader med antika motiv samsas med miljonprogramskåkar och en värdig Schillerstaty på Gendarmenmarkt minner om att romantiken till själ och hjärta var en tysk rörelse. Någon dåtida sa något i stil med: Fransmännen behärskar landet, briter styr över haven, men i drömmarna är tyskarna kungar. Här finns dock många som förverkligar sina drömmar och gatorna är fyllda av happenings.

Folk är nästan lite blasé och när man stöter på en festival tycks reaktionen vara: No big deal, jag provar nästa istället. Den stora folkrörelsen i antågande är oktoberfest och redan nu finns väldiga partytält med Löwenbräu-loggor där man kan se japaner serveras av fryntliga och väl tilltagna öl-madamer i klassisk bayersk utstyrsel.

Igår var jag i Kreuzberg och när jag rullade upp ur Berlins schweizerost till tunnelbanenät såg jag mig oroligt omkring - hur kunde jag missa passkontrollen?

Äppeldoftande rök från vattenpipor på trottoarerna, vaggande gummor i själ och yvigt gestikulerande män som drog turkiska historier gav en onekligen känslan av att ha hamnat mitt i smeten i Istanbul.

"Äppeldoftande rök från vattenpipor på trottoarerna, vaggande gummor i själ och yvigt gestikulerande män"

Jag tänkte att detta nog var platsen för den ideala kebabben, så jag såg mig omkring och hittade ett ångande ställe med många med mellanösternutseende. Det fullpackade stället var glatt och var jag än stod var jag i vägen, i sann sardin-anda.



Kebabkocken, som såg ut att vara misstänkt lik Usama bin Ladin, småpratade med gästerna på turkiska samtidigt som han serverade mig en rykande måltid som nog mycket riktigt måste ha varit urkebabben. Köttet smälte som smör i munnen till frasandet av det nygräddade vita brödet - utsökt!

Berlin lär vara världens tredje största turkiska samhälle och ingensans är detta så tydligt som här. Kreuzberg har genomgått samma utveckling som Södermalm i Stockholm, från arbetarbefolkad periferi till trendig centralort. Skillnaden är att det här skedde över en natt när stadsdelen, som varit en östlig utpost av Västberlin, i och med murens fall helt plötsligt hamnade mitt på kartan av det "nya" Berlin. Nu samsas unga äventyrare, kulturella guldgrävar och trendsetters med ättlingar till 60-talets turkiska gästarbetare. Kaféer inramar gatubilden som både är livlig och avspänd på samma gång. Humorn frodas och sushi-hak med namn som Cat food lockar fram ett leende. Man märker att man har kommit till ett annorlunda Tyskland när det inte finns öl på kafémenyn. Däremot går det utan vidare att få sig en Bloody Mary.

Återigen, ett Berlin med kreativitet och tolerans. Jag säger som den kände amerikanske politikern Arnold Schwarzenegger:

I'll be back!

Mikael Tiger
ST-läkare psykiatri



Kalendarium

12 - 14 mars 2008

Svenska Psykiatrikongressen 2008 (f d Vårmötet)
Stockholm, Sverige

2 - 4 april 2008

Vårmöte BUP-föreningen
Lund, Sverige

2 - 4 april 2008

1 st Swedish Sleep Medicine congress
Skövde, Sverige

2 - 4 april 2008

49th Annual Meeting of the Scandinavian College of NeuroPsychopharmacology
Juan les Pins, Frankrike

5 - 9 april 2008

16th Congress of Psychiatry
Nice, Frankrike

1 - 3 maj 2008

Society of Biological Psychiatry 63d Annual Convention & Meeting
Washington DC, USA

3 - 8 maj 2008

American Psychiatric Association Annual Meeting
Washington DC, USA

13 -17 juli 2008

26 th CINP Congress (Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum
München, Tyskland

30 aug - 3 sep 2008

European College of Neuropsychopharmacology 21st Congress
Barcelona, Spanien