

## *Dialogseminarium*

### *Utveckling av tvärvetenskapliga och kunskapsintegrerande behandlingsmiljöer inom den psykiska hälsovården*

Seminarium i matsalen, Vallentuna Gymnasium på initiativ av IFS-Vallentuna i samråd med IFS-Lidingö måndagen den 26 januari, 2009, kl 18.30

(Vallentuna Gymnasium ligger 50 m öster om Vallentuna station för Roslagsbanan från Östra Station i Stockholm)

*Bättre att provocera i vällovligt syfte än att aldrig ifrågasätta!*

#### *Seminariets syfte*

Är att i ”dialogform” diskutera möjligheterna att erbjuda människor med psykisk ohälsa en tvärvetenskaplig, kunskapsbaserad vård- och behandlingsmiljö med ett tydligt hälsoinriktat – salutogent – perspektiv där möjligheten till återhämtning och hälsa, får dominera över sjukdomsfokusering. Det är angeläget att få fram effektivare och humanare behandlingsmiljöer framförallt med tanke på de många drabbade av psykisk ohälsa där psykiatrin misslyckas att ge erforderliga förutsättningar för återhämtning.

*Målet* är att skapa vårdideologiska utgångspunkter och drivkrafter fokuserade på en tvärvetenskaplig och kunskapsintegrerande vård- och behandlingsmiljö som kan ta form av ett *pilotprojekt* i den psykiska hälsovården i samverkan med några kommuner, t ex Lidingö, Vallentuna och Täby. En effektiv och human vård och behandling reducerar mänskligt lidande och i samma grad samhällets kostnader för sjuk och hälsovården. Kommuner och landsting bör i samverkan skapa förutsättningar för bästa möjliga vård och behandling till de människor som drabbas av psykisk ohälsa.

#### *Anhörig- och brukarperspektivet*

Några inledande synpunkter från anhöriga och erfarna från den psykiska hälsovården.

Ami Rohnitz, RSMH, Barbara Holmberg, DP m fl

#### *Tvärvetenskapliga synsätt*

Erik Lövgren, förtydligar vikten av tvärvetenskaplig metodik vid analys av komplexa problem med exempel från sin forskning rörande SARS (fågelinfluensa)

#### *Utvecklingsprocessen*

##### Möjligheter

1. En god vårdfilosofi som genomsyrar en effektiv och medmänskligt präglad vård och behandling och samverkan mellan alla berörda i denna process - vårdtagare, vårdgivare, anhöriga osv
2. Ett vård- och behandlingsansvar som sätter patienten/vårdtagaren i centrum med tillämpning av försiktighetsprinciper inom ramen för den medicinska etiken
3. En tvärvetenskaplig kvalificerad vetenskaplig kunskapsbas som möjliggör tillgång till komplementära och/eller integrerade behandlingsalternativ
4. Det goda bemötandet, att vara en medmänniska, en samtalspartner som inger förtroende och stöd för patienten

## Problem

1. Brist på öppenhet och tro på möjligheter till återhämtning
2. En fokusering på själva vårdens verksamhetsfunktion där den primära uppgiften att hjälpa människor till hälsa inte kommer i centrum
3. Kunskapsbrist och bristande intresse för kvalitet i vården - utveckling av vård- och behandlingseffektivitet.
4. Bristande patientkunskap, dålig överblick av medicinsk status och medicinsk patienthistoria som gör diagnostisering och behandling osäker
5. Övermedicinering och bristande kontroll och kunskap om medicinska allvarliga biverkningar

## *Presentation av modeller och förebilder*

Ulla Sandklef, organisationsanalytiker, ordf. i nätverket Demokratisk Psykiatri

- *Earth House* i USA - en väl fungerande och inspirerande vårdmiljö
- *Kris- och traumacentrum* som omfattar för dem som så behöver även avmedicinering av psykofarmaka och med ny design där patienter inte blandas med varandra som i den sjukhusbaserade psykiatriska vården
- "*Sinnenas hus*" med inspiration från Earth House i USA som ett hälsoinriktat och tvärvetenskapligt grundat alternativ för människor där den gängse psykiatrin misslyckats

## *Diskussionsinlägg*

- Eve Mandre, Fil.Dr och universitetslektor vid Lunds Universitet/LTH . bl a författare till boken "Att skapa verkligheter", mest känd för sina mycket framgångsrika terapeutiska behandlingsinsatser i "fallet Elisabet": Rehabiliteringspedagogik, om goda exempel inom främst habilitering men ofta "murar" till psykiatrin präglad av olikheter i människosyn.
- Lena Flyckt, docent, FoU-ansvarig Psykiatri Nordöst, Stockholm: Om kropp och själ, orsakssamband mellan somatiska störningar och psykisk ohälsa.

## *Seminariedialog*

Några inbjudna har fått dessa frågor:

- Finns en potential av behandlingsalternativ i den psykiska hälsovården som inte utnyttjas ?
- Kan långvarigt bruk av neuroleptika ge kvarstående motoriska och mentala skador?
- Tillämpas försiktighetsprincipen, den medicinska etikens grundtes, läkare får inte skada sin patient?
- Kan ett utbrett kronikertänkande bli en negativ faktor i den psykiska hälsovården?
- Stöder ni förslaget att i ett pilotprojekt utveckla "den goda behandlingsmiljön" så som det diskuterats i detta dialogseminarium?

## *Avslutning/avtackning*

Monica Beckman, IFS-stockholmsdistriktet

Klas Cederwall, IFS-Vallentuna

Bernt Flodmark, IFS-Lidingö

***Eve Mandre och Erik Lövgren hade anmält förhinder att medverka i seminariet.***

# *Dialogseminarium*

## *Utveckling av tvärvetenskapliga och kunskapsintegrerande behandlingsmiljöer inom den psykiska hälsovården*

### INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Deltagarförteckning
2. Förord
3. Ami Rohnitz, RSMH – vad är viktigt i mitt perspektiv
4. Ulla Sandklef, kritisk analys av dagens psykiatri – hämtat från öppet brev till Socialministern 2007-02-12
5. Ragnar Nilsson, PO i Vallentuna – att vara ett stöd för psykiskt funktionshindrade
6. Lena Flyckt, docent, FoU-ansvarig Psykiatri Nordöst, Stockholm: Om kropp och själ, orsakssamband mellan somatiska störningar och psykisk ohälsa.
7. Tim Holmberg spelade och sjöng vid seminariet, här är hans bidrag till dialogen

#### **Efterdialog och bilagor**

8. Olle Brundin, IFS-Sollentuna, Synpunkter på Dialogseminariet
9. Monica Beckman, IFS Stockholmsdistriktet, Synpunkter på Dialogseminariet
10. Ove Danielsson, IVP-Västerås, Reflektioner om psykiatrin med anledning av Dialogseminariet
11. Efterdialog – samtal med Lena Flyckt

#### Bilagor

1. Ulla Sandklef, Demokratisering av psykiatrin, konstruktiva förslag
2. IFS-Vallentuna, Utdrag ur ”Remissvar Samverkansöverenskommelse Vallentuna Kommun Stockholms Läns Landsting rörande gemensamt ansvar för den psykiska hälsovården, 2008-09-18”

#### **1. Deltagarlista**

Dialogseminarium ”Utveckling av tvärvetenskaplig kunskapsinriktad vårdmiljö inom den psykiska hälsovården”, Vallentuna gymnasium, 26 januari 2009

Marianne Lindblom, [lindblom.marianne36@gmail.com](mailto:lindblom.marianne36@gmail.com)

Tim Jacques, [tmtomte@hotmail.com](mailto:tmtomte@hotmail.com)

Inger Kjellerby-Åberg, [inger.kjellerby-aberg@vallentuna.se](mailto:inger.kjellerby-aberg@vallentuna.se)

Carina Wanneborn

Ulf Karström, [ulf.karstrom@telia.com](mailto:ulf.karstrom@telia.com)

Emma Gisselqvist

Stig Holmgren, [lindblom.marianne36@gmail.com](mailto:lindblom.marianne36@gmail.com)

Magnus Trohlin, [magnus.trohlin@hotmail.com](mailto:magnus.trohlin@hotmail.com)

Ulla Sandklef, [ulla.sandklef@tele2.se](mailto:ulla.sandklef@tele2.se)

Anitha Meyerhoffer, [anitha.meyerhoffer@skb.se](mailto:anitha.meyerhoffer@skb.se)

Lena Flyckt, [www.viss.nu](http://www.viss.nu), [lena.flyckt@sll.se](mailto:lena.flyckt@sll.se)

Lars Siderstål, [lars.sidestl@telia.com](mailto:lars.sidestl@telia.com)

Anna Meyerhoffer, [anna.meyerhoffer@hotmail.com](mailto:anna.meyerhoffer@hotmail.com)

Ingegerd Axlid, Botkyrka, [ingegerd.axlid@glocalnet.net](mailto:ingegerd.axlid@glocalnet.net)

Alf Axlid, Botkyrka, [ingegerd.axlid@globalnet.net](mailto:ingegerd.axlid@globalnet.net)  
Sverker Eriksson  
Birgitta Nedin, [birgitta.nedin@ownit.nu](mailto:birgitta.nedin@ownit.nu)  
Linnea Nyman, [linnea.nyman@delta.telenordia.se](mailto:linnea.nyman@delta.telenordia.se)  
Birgitta Jacobsson, [birgitta.jacobsson@lillebc.home.se](mailto:birgitta.jacobsson@lillebc.home.se)  
Lars Eriksson, [ifsh-by-v-by@telia.com](mailto:ifsh-by-v-by@telia.com)  
Birgit Sandgren, IFS Täby, [birgit@sandgren.eu](mailto:birgit@sandgren.eu)  
Anneli Westling, [anneli.westling@levnu.se](mailto:anneli.westling@levnu.se)  
Karin Johansson, IFS-Vallentuna, [karin.johansson@vallnet.se](mailto:karin.johansson@vallnet.se)  
Ulrika Cederwall, [ulrika.cederwall@sca.com](mailto:ulrika.cederwall@sca.com)  
Erik Cederwall, [erik.cederwall@hotmail.com](mailto:erik.cederwall@hotmail.com)  
Johanna Cederwall, [johanna.cederwall@hotmail.com](mailto:johanna.cederwall@hotmail.com)  
Stefan Oldgren, IFS-Täby, [sol@diosa.se](mailto:sol@diosa.se)  
Ami Rohnitz, RSMH, [rohnitz@spray.se](mailto:rohnitz@spray.se)  
Lars Henriksson  
Monica Beckman, Livsgivarna IFS, [mona.beckmam@telia.com](mailto:mona.beckmam@telia.com)  
Åke Smedlin, [ams0707@hotmail.com](mailto:ams0707@hotmail.com)  
Inga-Lisa Sigling, Vallentuna  
Alf Sigling, Vallentuna  
Gunilla Westman, Vallentuna kommun, [gunilla.westman@vallentuna.se](mailto:gunilla.westman@vallentuna.se)  
Lena Nilsson, Vallentuna kommun  
Ragnar Nilsson, Personligt ombud, Vallentuna, [ragnar.nilsson@vallentuna.se](mailto:ragnar.nilsson@vallentuna.se)  
Jan-Erik Forsberg, Diakon Vallentuna församling, [jan-erik.forsberg@vallentunaforsamling.se](mailto:jan-erik.forsberg@vallentunaforsamling.se)  
Ulla Pramborg, IFS-Lidingö, [ulla@ifslidingo.nu](mailto:ulla@ifslidingo.nu)  
Bengt Pramborg, IFS-Lidingö, [ulla@ifs-lidingo.nu](mailto:ulla@ifs-lidingo.nu)  
Maylie Flodmark, IFS-Lidingö, [bernt.flodmark@bredband.net](mailto:bernt.flodmark@bredband.net)  
Bernt Flodmark, IFS-Lidingö, [bernt.flodmark@bredband.net](mailto:bernt.flodmark@bredband.net)  
Antonio Paras, Vallentuna, [antonio@herrera.se](mailto:antonio@herrera.se)  
Pia-Margherite Inden, Gläntv 6A, 75756 Uppsala, [inden@minmail.net](mailto:inden@minmail.net)  
Per Eklöf, Danderyd  
Gunilla Eklöf, Danderyd  
Gisela Nycander, Täby  
Olle Brundin, Sollentuna, [olle.brundin@tele2.se](mailto:olle.brundin@tele2.se)  
Ragnhild Hillborg, Strandvägen 29 C, 191 35 Sollentuna  
Per-Olof Hillborg, Strandvägen 29 C, 191 35 Sollentuna  
Klas Cederwall, IFS-Vallentuna, [klasc@kth.se](mailto:klasc@kth.se)  
Eve Mandre, [eve.mandre@certec.lth.se](mailto:eve.mandre@certec.lth.se)  
Erik lövgren, [erikloe@kth.se](mailto:erikloe@kth.se)

**Totalt 50 seminariedeltagare**

## **2.Förord**

Dialogseminariet har haft en efterdialog som dels diskuterat själva seminariet den 26 januari i Vallentuna, det som var bra och det som inte kom fram. Till detta har lagts ytterligare kommentarer och reflektioner med ambitionen att seminarierapporten - dialog med efterdialog – skall bättre kunna fylla syftet att stimulera till en konstruktiv och kritisk analys av psykisk hälsa/ohälsa, ett tvärvetenskapligt kunskapsområde som rör en rad komplicerade samband mellan kropp och själ.

Vad är det då som är väsentligt att lyfta fram? Kanske kan några huvudfrågor anges på följande sätt.

- Vi har alla en viktig uppgift att *bidra till kunskapsutveckling och framtagning av effektiva behandlingsmetoder* i vård- och behandlingsmiljöer som präglas av medmänsklighet och god etik.
- Vård och behandling skall präglas av *tron på möjligheter till återhämtning*
- Olika *behandlingsstrategier skall komplettera varandra* och den integrerade kunskapsmassan skapa en viktig utgångspunkt för behandlingsmiljön
- *Rekrytering av personal* till vård- och behandlingsteam som skall ta fasta på vikten av medmänsklighet, gedigna kunskaper, kommunikationsförmåga och personligt engagemang
- *Patienterna bör aktivt medverka i sin återhämtning* och ses som "medarbetare" i vårdarbetet

Ett varmt tack till alla som medverkat i detta seminarium och som på olika sätt bidragit till dialog och efterdialog!

Klas Cederwall  
IFS-Vallentuna

### **3. Ami Rohnitz, RSMH – vad är viktigt i mitt perspektiv**

KC noterade.

Ami Rohnitz talade om vikten av att våra liv räknas som fullvärdiga - hur de än ser ut. Ofta ser man våra liv som misslyckade och tittar på hur det kunde ha blivit mer än att se på hur det blev och acceptera det som fullvärdigt.

Ami betonade att det ofta sätts en parentes runt våra sjuka perioder, men det är ju de som är våra liv - så ser de ut och de måste "räknas". Konstnärligt skapande och samtal i alla former hjälper oss att få bukt med svåra upplevelser och att gå vidare. Vi avgör själva vad som är bra för oss - det är ju olika för befolkningen i stort, och så även för oss.

Varje liv är värt att skildra - och genom att få berätta om och om igen så får vi ett "fågelperspektiv" i stället för att fastna i smärta och oförrätter -- terapi i all ära, men i avsaknad av det så fungerar även självhjälp bra - att få dela upplevelser med personer som varit med om liknande och som inte kräver så krångliga förklaringar på själva upplevelsen, utan kan acceptera känslan i sig

Det är ju upplevelser och känslor som gör oss till den vi är - i psykos behandling fokuseras det mest på att få bukt med symptomen, men vi måste absolut få prata av oss också - annars blir vi sittande med hemska upplevelser som till slut reduceras till något abstrakt ont som vi aldrig kommer åt -- det har ingen betydelse att ni (omgivningen) menar att "det är ju nonsens - det förstår du väl" - det vi har upplevt - det har vi upplevt - oavsett hur galet det än kan te sig för utomstående --jämför med en mardröm - man tröstar i första hand i stället för att komma med logiska resonemang - det vi ska ta hand om är ju känslan som infinner sig och inte hela tiden referera till vad som "verkligen" hänt --- först när vi hanterat känslan så kan vi börja återgå till fakta, för att försöka förstå allt vi varit med om

Det är ingen slump att vi hamnar i psykos - jag kallar det "time-out från verkligheten" --vi flyr

från en verklighet som för ögonblicket är alltför svårhanterad och återkommer när vi förhoppningsvis står bättre rustade för att hantera den - det behöver inte alls ha med omgivningen i sig att göra, det kan lika ofta röra sig om interna konflikter som vi inte lyckats "bolla " på rätt sätt.

Så säger Ami som med hela sin varma personlighet står för optimism sprungen ur hennes erfarenheter och insikter i återhämtningens svårigheter men också möjligheter.

#### *4. Ulla Sandklef, kritisk analys av dagens psykiatri – hämtat från öppet brev till Socialministern 2007-02-12*

Öppet brev till Socialminister Göran Hägglund, Socialdepartementet, Regeringskansliet

Bäste Göran!

Tack för svar på min vädjan om ekonomiskt stöd till konsumentorganisationen Kilen. Det är dock med stor besvikelse vi konstaterar att konsumenterna inte längre har ett eget forum. Överlåtelse av denna funktion till LäkeMedelsverket - gynnar snarare läkeMedelsindustrin, som betalar för verkets granskningar – än konsumenterna, som får en sämre säkerhet - särskilt med tanke på den ökade överförskrivningen av psykofarmaka, som skadar många användare.

Den korrupta läkeMedelsindustrin har dr. Peter Rost beskrivit i den nya boken "Sjuka pengar". I förordet till boken skriver professorn i klinisk farmakologi Arne Mellander, chef för NEPI (Nätverk för läkeMedelsEPIdemiologi):

**"Även landstingen får ta på sig ett ansvar eftersom de inte bidrar till att deras anställda läkare får en tillfredsställande producentoberoende utbildning rörande läkeMedel och läkeMedels korrekta användning. Sist men inte minst bör statsmakterna få en släng av slevan i det att man ser läkeMedelsföretag som inkomstbringande skatteobjekt vilka bör behandlas med silkesvantar".**

Vi hoppas att alliansen inte ställer sig bakom en sådan cynism. LäkeMedelsindustrins korrupta metoder har rönt stor internationell uppmärksamhet och kräver ett ställningstagande, varför vi vädjar till Socialdepartementet att på nytt seriöst överväga konsekvenserna av att Kilen läggs ner. I tillägg önskar vi att Kilen får medel att återupprätta den krismottagning, som tidigare fungerade som "avgiftningsklinik".

Det aviserade lagförslaget om utökad tvång med antipsykosmedicinering i öppenvården är dessutom tecken på att Sverige är på väg i farlig riktning. Förslaget innebär en tillbakagång till den rasbiologiska och psykiatriska tradition långt in på 1900-talet som visade sig i rent fascistoida tvångsmetoder med steriliseringar, lobotomier och svälteutanasi. Idag handlar det om "kemisk lobotomi" med psykofarmaka för ett stort antal patienter, som inte svarar positivt på medicineringen. Vad som behövs är avgiftningskliniker – inte utökad tvångsmedicinering.

De förslag, som hittills presenterats av regeringen och som tycks baseras på Anders Miltons utredning, tar inte fasta på grundproblemet - psykiatriens värderingar, innehåll och resultat. Miltons utredning bygger på tidigare formulerade förslag från Psykiatrireformen – som ju blev ett slag i luften - och som i själva verket innebär en förstärkning av den medicinskt orienterade psykiatrin med huvudsäte på sjukhuskliniker. Vad som saknas är en djupgående analys av själva innehållet i psykiatrin. Anders Milton är ju själv inte specialist på området - och är dessutom anlitad som rådgivare på läkeMedelsföretaget Pfizer, vilket kastar en skugga över hans förslag om utökning av tvångsmedicinering i öppenvården.

Vi har konstaterat att även alliansen tagit upp ökad tvångsmedicinering som lagförslag. Men - borde det inte vara en förutsättning att redovisa resultaten av psykiatrisk behandling innan man formulerar förslag? Socialstyrelsen kräver redovisning av behandlingsresultat, medan psykiatrins företrädare motsätter sig en sådan granskning. "Vetenskap och beprövad erfarenhet" har bytts ut mot "evidensbaserad vård". Men – vari består evidensen? Det lär förbli en hemlighet, då den vetenskapliga grunden bygger på läkemedelsindustrins postulat - och erfarenhet av psykiatrin är det få som ställer sig positiva till. När ska någon våga visa tillräckligt civilkurage och uttrycka det vi alla vet: "Kejsaren har inga kläder."

Psykiatrins verktyg för diagnostik - diagnosmanualen DSM, saknar vetenskaplig grund, enligt forskning av Paula Caplan, professor i psykologi på Harvard. DSM fungerar över huvud taget inte på individnivå. Politiska partier har nämnt "rätten till en diagnos". Det är mer adekvat att kräva "rätten att slippa en diagnos" (utifrån DSM). DSM-manualerna bör ersättas med individinriktade bedömningstest (ex.vis ORT) och "problemformulering" (har använts på Kuppis sjukhus i Åbo, Torneå psykiatri och "Soteria" i Nacka), som utgör ett mer praktiskt verktyg för att kunna följa upp individens aktuella problem, process och utveckling.

De sista årens våldsdåd, speciellt efter mordet på Anna Lindh – har lett till en klappjakt på psykiatriska patienter. Ingen har nämnt att förövaren hade minst åtta olika preparat i sig – och kanske var toxiskt påverkad med en ökad våldsbänagenhet som följd. Den förvirrade man, som knivhög ett barn nyligen, var utsatt för våldtäkt som barn och har förmodligen handlat med "flash-backs" från obehandlade trauman av posttraumatisk stress. Han lär dessutom ha varit medicinerad med antipsykosmedlet Zyprexa, som uppenbart inte haft någon positiv effekt. Varje gång en psykiskt sjuk person begår våldsdåd, ropar man istället på mer tvångs-medicinering och förvaring bakom låsta dörrar. Läkemedelsindustrin får i alla fall luft under vingarna. Ja, nu ska man även kunna döma psykiskt sjuka till fängelse. Vart är vi på väg?

### **"Antipsykosmedel" eller neuroleptika botar inte psykoser, de bara dämpar symtomen. Tvärtemot kan de medföra förödande biverkningar – enligt följande rapporter:**

- Av rapporter från Socialstyrelsen framgår det att 30 % är resistent mot neuroleptika.
- Enligt professor Lars Farde, neuroleptikaforskare, ges neuroleptika ofta i för höga doser. De som är mest resistent och inte svarar på medicinen får ofta de högsta doserna.
- Professor Arvid Carlsson, Nobelpristagare 2000, har i en artikel anmärkt att neuroleptika, använt under lång tid, raderar ut belöningsystemet i hjärnan – och att det därför inte är konstigt att så många psykopatienter mår dåligt. Arvid Carlsson konstaterar att "när man blockerar dopaminfunktionen (vilket neuroleptika gör) kan man skada väldigt komplexa system". Symtom som känslomässig avtrubbning och personlighetsförändring framhålls. I boken "Hjärnans budbärare" av Arvid och Lena Carlsson sägs att "**tardiva dyskinesier ...orsakas av en hjärnskada**". Professor Leif Lindström, Lars Gunne m fl, bekräftar i forskningsrapporter kända samband mellan långvarig neuroleptikaanvändning och biverkningar som ex. vis **extrapyramidala symtom** (motorisk rastlöshet), **dyskinesi** (nedsatt motorik - stelhet), **depression**, **dysfori**, **tardiv dysmenti** (demensform) och andra mentala brist- och bortfallssymtom förutom det **maligna, livshotande neuroleptikasyndromet NMS**, som innebär att patienten får ökande stelhet i hela kroppen med kramper, sänkt vakenhet, coma och feber - som kan leda till döden.
- Professor Rolf Adolfsson har nyligen redovisat att vissa typer av neuroleptika, vilka framhållits som nyrevolutionerande, **i 10 % av fallen ger obecitas (fetma) och diabetes**.
- Socialberedningen uttalade 1984: "Vi vet att vissa former av behandling med neuroleptika kan ge **bestående hjärnskador** eller **väsentligen förändra personligheten hos den behandlade**"
- I en artikel om psykokirurgi påpekar överläkare Susanne Bejerot att "ingrepp i hjärnan kan

leda till **aggressiva tendenser, nedsatt impuls kontroll** och **avhämning** så att patienten t.ex. begår sexuella övergrepp. Behandling med neuroleptika kan troligen få liknande följder, men när det inträffar skyller psykiatrerna bara på patientens sjukdom eller på narkotikamissbruk”.

- **I en rapport från SBU framhålles att hos omkring 1/8-del av patienter, som behandlats med neuroleptika i fem års tid eller längre, blir biverkningarna bestående.**
- **Socialstyrelsen framhåller att tardiv dyskinesi kan bli permanent.**
- **De s.k. tardiva dyskinesierna (abnorma, ofrivilliga rörelser i främst tungan) som oftast bara beskrivs som en biverkning vid behandling med neuroleptika, betecknas av professor Göran Sedvall som ett symptom på organisk hjärnskada.**
- **Professor Sten Levander medger i en intervju att neuroleptika ger hjärnskador.**
- En rapport från Läkemedelsverket visar att **flera typer av psykofarmaka, som varit i bruk länge, befunnits vara livsfarliga och förbjudits.** Av dessa har antipsykosmedlet Mallorol, som använts av ca 2000 personer, medfört 13 dödsfall. Zoloft, antidepressiv medicin, har orsakat 40 dödsfall och 22 personer avlidit från sviterna av klozapin (beståndsdel i Leponex).
- En norsk forskare har bekräftat att självmorden bland psykospatienter ökade markant i de Nordiska länderna när neuroleptika infördes på 50-talet.
- **Den amerikanske psykiatern Peter Breggin konstaterar i en artikel från 1979 att "psykiatrin, den profession som medverkade till Förintelsen, har nu givit oss den värsta epidemin av hjärnskador i historisk tid".**
- Finsk forskning under prof. Viljo Rökkölänens ledning i Åbo, har i en 8-årig utvärdering visat att endast 8 % av psykospatienterna i psykiatrisk vård var beroende av medicinering.
- Andra internationella forskare menar att många patienter lider av **"tranquilizer psychoses" – eller toxisk psykos** – av neuroleptika framkallad psykos (Peter Breggin, Abram Hoffer m.fl.). Även om neuroleptika har en positiv effekt som symtomlindrande för ett begränsat antal individer – så botar inte neuroleptika psykos eller schizofreni – vilket många politiker tycks vara vilseförda att tro. Tvärtom medför neuroleptika hjärnskador och kronifiering!

Vad som inte framgår i media är att patienter, som begår våldsbrott, redan är medicinerade – redan har behandlats av psykiatrin – och redan har genomgått en psykiatrisk bedömning. Med facit i hand – är det inte dags att psykiatrin utsätts för farlighetsbedömning? Hur vore det om psykiatrer fick pröva sin egen medicin? Det vill nog ingen ställa upp på – eftersom alla vet att det kan ge akut psykos. Många patienter, som medicineras med neuroleptika, tar sina liv för att de inte hårdar ut med effekterna. Att de flesta självmorden sker inom psykiatrins väggar – utan att de anmälts till Lex Maria - har inte rönt samma spektakulära uppmärksamhet i media som våldsdåd.

Utan att ifrågasätta innehållet, ska psykiatrin tilldelas mer pengar för att kunna låsa in allt fler och jaga värnlösa patienter med blåslampa så att de säkert lobotomeras med en injektion var fjortonde dag.

**Problemet är psykiatrins innehåll – inte brist på medel, platser eller tvångsvård!**

Psykiatrer saknar som regel psykoterapeutisk kompetens och därmed också de psykologiska kunskaper, som krävs för att kunna göra en adekvat personbedömning och förutse patientens beteende och risk för destruktivitet. Psykologiska kunskaper krävs också när det gäller förhållningssätt, problemformulering, ledarskap och personalhandledning.

Det mest graverande är att den psykiatriska disciplinen inte utvecklats i takt med ny forskning. Det gäller bl.a. kunskap om kris- och traumarelaterade tillstånd som en del av orsakerna till psykos eller "schizofreni". På konferensen "Trauma och psykos" i Glasgow 2005, framgick det av kända forskare att ca 90 % av psykospatienterna har minst ett trauma

bakom sig - vilket inte kan medicineras bort. En traumatiserad patient måste få traumabearbetning av något slag.

Ännu ett område handlar om näringsbrister, allergier, genmutationer och toxiska skador som orsak till olika psykiska störningar. Vid näringsbristtillstånd kan det räcka med behandling av näringsämnen, antioxidanter och diet (ex.vis glutenfri kost). Forsknings av psykiatern Abram Hoffer, Canada, visar att niacin-B3 har bäst effekt vid schizofreni och botar mer än 50 %. Även homozygota genmutationer i MTHFR-genen, som gör att en patient inte kan ta upp B12 och folsyra, kan utmyнна i schizofreniliknande symtom om dessa ämnen inte tillförs dagligen. Genfelet är en polymorfism – d.v.s. ca 10 % av befolkningen är drabbade. Det är nästan en miljon människor i vårt land. Betänk att ca 40.000 individer har diagnosen ”schizofreni”.

Hur många av dessa individer som är bärare av en homozygot genmutation vet vi ännu inte. Psykiaterns uppgift som medicinare bör vara att administrera ett batteri av somatiska undersökningar på samtliga patienter innan en vårdplanering påbörjas - vilket inte görs idag. Beslut om medicinering, som stöd för annan behandling, bör ske i samråd med teamet och patienten - och helst på frivillig bas - efter att grundliga undersökningar är genomförda.

För att få en mer korrekt information om psykiatrisk forskning, borde Socialdepartementet konsultera vetenskapsteoretikern Hedi Bel Habib, som är fil.dr i medicinsk antropologi, Docteur d'Etat i psykologi och Docteur d'Etat i vetenskapsteori - och numera verksam på Näringsdepartementet. Hedi Bel Habib, som också medverkat till hälsoinriktning i Dalarna, har i det tänkvärda häftet ”från Diagnos till Dialog” beskrivit salutogenes i teori och praktik. I skriften ”Neuroleptic treatment: science or ideology?” har Bel Habib gjort en analys av neuroleptikanvändning. Han har också skrivit: ”Bio-fenomenologisk psykologi – Ett nytt paradigm för tvärvetenskap” (skrifterna är utgivna av Dalarnas forskningsråd).

**Det är just ett tvärvetenskapligt synsätt som saknas inom psykiatrin. Även SBU och Socialstyrelsen är ensidigt medicinskt utformade. Utan ett tvärvetenskapligt perspektiv kan inte psykiatrin godkännas som disciplin och specialitet – men det är framför allt psykiatrins beroende av läkemedelsindustrin som motverkar en sund och hälsoinriktad utveckling.**

Professor Jaakko Seikkula, psykolog och under 14 år chef för psykiatrin i Torneå, visade efter utvärdering att ca 90 % av psykospatienterna i Torneå återhämtades – genom ett dialogiskt förhållningssätt, tidig intervention, minimum av neuroleptika och sjukhusinläggning, involvering av familjen och psykoterapi (böcker: ”Öppna samtal” och ”Sociala nätverk i dialog”).

Man måste vara medveten om att alla patienter, som frivilligt eller ofrivilligt hamnar inom psykiatrins låsta avdelningar, befinner sig i kris av något slag. Vad som är av största vikt för en människa i psykisk kris - är att bli lyssnad till - att få möjlighet till en tillitsfull relation - att bli tagen på allvar hur förvirrad man än är - och att denna process måste få ta tid.

Professor emerita Lisbeth Palmgren, psykiater och psykoanalytiker, uttryckte sin syn på psykiatrin i Läkartidningen nr 10, 2004: ”När vi nu äntligen har börjat en allvarlig diskussion om psykiatrins misslyckande, talar vi som vanligt bara om *psykiatrins former*. Dessa är naturligtvis viktiga, men jag skulle vilja tala om *psykiatrins innehåll*. Vad är viktigt i förhållandet mellan patienten och psykiatrin? -----

Kanske det mänskliga mötet? Hur gick det förlorat? Psykiatrins väsen är en sammansmältning av biologisk kunskap och djup humanism. Utan dessa två komponenter blir den antingen

kvacksalveri eller torr och ganska meningslös pseudovetenskap. Under senare år har jag gång på gång blivit vittne till häpnadsväckande felbedömningar som orsakats av en arrogant brist på samarbete med patienten om hans lidande, hans sorger och förhoppningar”.

Vänliga hälsningar

*Ulla Sandklef*

---

### **5. PO Ragnar Nilsson, Vallentuna**

Att vara psykiskt funktionshindrad innebär ofta att man önskar att man var i stånd att medverka i samhällslivet, men att man under rådande omständigheter inte ens vill försöka. Man klarar det helt enkelt inte.

Detta innebär inte att man har sämre fysiska förutsättningar.

Det innebär att man har problem som blockerar förmågan att leva ett normalt liv. Detta gör att man är sårbar. Om man är sårbar blir man också rädd för alla typer av utmaningar. Självkänsla och självförtroende sviktar.

Den som tar på sig ansvaret att hjälpa en person med psykiska funktionshinder måste därför vara beredd att lyssna i syfte att hjälpa personen att lösa problem. Man måste agera så att man stärker personens förmåga att ta eget ansvar. Man måste vidare bemöta vederbörande på ett sådant sätt att denne förstår att man respekterar deras förmåga att göra egna reflektioner och ta egna beslut. Man måste hjälpa personen att bearbeta rädsla. Man måste försöka hjälpa personen att hitta Tro, Hopp, Vilja, Mod, Lust, Tillit osv. Det är den här typen av injektioner som behövs för att stärka människan, så att hon orkar gå vidare i livet.

En annan, men inte mindre viktig, del av det ansvar man axlar består i att hjälpa den funktionshindrade med klok mathållning samt struktur i vardagen.

En stor del av mångas funktionshinder består i dålig ekonomi. Man lever antingen av en ruskigt dålig sjukpenning eller, om inte FK:s läkare accepterar ens sjukskrivning, av socialbidrag. I bägge fallen rör det sig om så knappa medel att inget utöver livets nödtröft är möjligt. Det är lätt att betrakta situationen som en samhällets bestraffning.

Slutligen något om skuldsanering.

En person som hamnar i skuldknipan tvingas att under lång tid leva på existensminimum innan skulderna avskrivs, dvs om man beviljas skuldsanering. Rimligt vore att de som lånar ut pengar eller ger kredit, långt tidigare än nu, får stå faran för sitt risktagande.

Inom näringslivet fungerar det så. Man genomför ett ackord. Sedan är saken utagerad.

### **6. Lena Flyckt, docent, FoU-ansvarig Psykiatri Nordöst, Stockholm: Om kropp och själ, orsakssamband mellan somatiska störningar och psykisk ohälsa.**

Resumé av föredraget.

Bakgrunden till sjukdomen schizofreni är inte känd. Man vet dock idag att en ökad sårbarhet av genetisk/biologisk karaktär kan resultera i manifest sjukdom om ogynnsamma miljöfaktorer (riskfaktorer) också finns. Sådana riskfaktorer är exempelvis Cannabis missbruk, migration, infektioner och boende i storstad.

Avhandlingen ”samband mellan centrala och perifera biologiska funktioner” beskrevs i korthet.

Syftet med avhandlingen var att kartlägga och undersöka samband mellan de biologiska faktorer som tidigare kunnat knytas till sjukdomen schizofreni. Ett antal biologiska avvikelser kartlades hos patienterna; subtila neurologiska avvikelser, atrofiska muskelfibrer, kognitiva avvikelser och en annorlunda retledning i perifera nerver. Dessa subtila fynd antyder en patologisk process som försiggår både centralt (i hjärnan) och perifert (i resten av kroppen). Huvudfyndet var att aminosyran tyrosin tas upp i otillräcklig mängd över cellmembranet in i hudceller hos patienter med schizofreni. Dessa celler hade odlats fram till 12:e generationen i laboratorium och jämfördes med celler från friska kontroller. Skillnaden i tyrosinupptag kunde därför inte förklaras av miljöfaktorer utan var sannolikt en genetisk egenskap som transmittades från cellgeneration till cellgeneration. Tyrosin är byggstenen för dopamin, en signalsubstans av central betydelse vid schizofreni. Ett annorlunda tyrosinupptag över cellmembran kan få större betydelse i hjärnan än i andra organ. Slutsatsen av avhandlingen var att en annorlunda membrankomposition kan vara en bakomliggande orsak till de biologiska avvikelser som påvisats vid schizofreni och egenskapen är troligen genetiskt betingad.

Avhandlingen; Schizophrenia as a systemic disorder – studies of central and peripheral biological functions ISBN 91-628-4482-2

Sannolikt finns den biologiska sårbarheten hos många individer men för att sjukdomen skall bryta ut behövs också någon eller några miljöfaktorer. Tvillingstudier visar att det bara är knappt hälften av enäggstvillingarna till den sjuke som utvecklar sjukdomen. Det tycks alltså vara av stor vikt hur vi inrättar miljön och behandlingen. Behandlingsforskning visar att tidig upptäckt; att vi minskar tiden av obehandlad psykos får gynnsamma effekter på sjukdomsförloppet. Andra behandlingsinsatser är sk. integrerad behandling där både stöd och behandling ges av samma team, s.k. ACT-team. I dessa team skall alla behandlare arbeta enligt modellen Case Management.

Vård, stöd och behandling som visat bästa effekt vid schizofreni finns beskrivna i det regionala vårdprogrammet ”Schizofreni och andra psykosjukdomar”. Vårdprogrammet trycktes i maj 2008 och är en uppdatering och omarbetning av det första vårdprogrammet av daterat 2003. Syftet med vårdprogrammet är att tydliggöra vilka insatser som bör erbjudas till patienter och deras närstående för att uppnå bästa resultat enligt tillgänglig forskning. Dessa insatser ser olika ut i sjukdomens olika faser. Vårdprogrammet innehåller också en kartläggning av psykosjukdomarnas förekomst i olika kommuner.

För att läsa mer vg se

<http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-vardprogram/Schizofreni-och-andra-psykosjukdomar/>

### ***7. Tim Holmberg spelade och sjöng vid seminariet, här är hans bidrag till efterdialogen***

Tim Holmberg spelade gitarr och sjöng för oss alla under seminariet men mest för sin lille bror. Det är inte svårt att förstå hans sorg över att se sin bror lida. Så här säger Tim en tid efter dialogseminariet.

Jag tycker seminariet var inspirerande och gav en lust att kämpa. Det är skönt att höra att fler tycker likadant om psykiatri, att man inte är ensam. Det som saknas bland all välvilja är en organisation som för samman alla till en bred front. Om vi ska kunna förändra måste vi bli mer organiserade. Den goda viljan kommer inte förändra mycket utan det är ett gemensamt omsättandet av våra idéer som behövs. Jag har nu gjort grunden till hemsidan för Demokratisk psykiatri där jag tycker att vi alla ska förenas och börja förändra "på riktigt". Vi har i Sverige idag ett system som misshandlar människor, vi måste börja agera nu! Det är bra med seminarier där vi samlar kraft, motiverar varandra och utbyter erfarenheter. Men vi behöver konkreta, realistiska vägar att gå så vi inte står stilla. Fler seminarier men även fler konkreta förslag behövs. Jag hälsar alla välkomna till Demokratisk psykiatri!

Det här sjöng och spelade Tim:

- Den lilla bäcken - Allan Edwall

- Valet - Björn Afzelius

- Den sista sången vet jag inte vad den heter men texten lyder så här:

Kan du höra fågeln som sjunger i ditt bröst,  
han vill ge dig kärlek och han vill ge dig tröst,  
mata den med frihet och broderskap min vän,  
några droppar kärlek så sjunger han igen

## **Bilagor och efterdialog**

### ***8. Olle Brundin, IFS-Sollentuna, Synpunkter på Dialogseminariet***

Måndagen den 26 januari 2009 gick ett Dialogseminarium av stapeln, i Vallentuna gymnasiums matsal, om utveckling av behandlingsmiljöer inom den psykiska hälsovården. Fylligare referat av de olika anförandena kommer att skickas ut till dem, som anmält intresse, varför här ges en starkt förkortad framställning.

Efter att först ha skakat ett nedfällt galler innanför huvudentrén, efter en vägbeskrivning från två ungdomar, hittade jag till sist matsalen, där ett antal personer redan samlats. Till slut blev vi ett femtiotal. Från Sollentuna IFS deltog Ragnhild och Pelle Hillborg och jag.

Första talare, efter Vallentuna-ordföranden Klas Cedervalls välkomstord, var Ami Rohnitz, med egna erfarenheter från brukarsidan i vården. Hennes uppmaning till vården var att ta den sjukas erfarenheter och förklaringar på allvar. Att inte lättvindigt avfärda t.ex. klagomål som en del av symtombilden. "Hoppet i andras ögon", ville hon gärna se; vården får gärna andas lite mer optimism. Den sjukas liv skall inte betraktas som förspillt liv, ty det är *hans* eller *hennes* liv. Hennes bostad, om än tillfällig, måste få vara, och kännas som, hennes hem. Att jämföra psykosen med "verkligheten" tyckte Ami var missriktat, ty psykosen är, när den pågår, *hennes* verklighet. Allt detta gick lätt att ta till sig. Sedan ville hon framhålla att psykosens *inhåll* var ett försummat fält, som hade mycket att säga om dess *orsak*. (Säkert kan psykosens innehåll säga mycket om personen själv och hennes problematik, men kanske ändå inte om dess orsak, såvida man inte tror starkt på psykologiska uppkomstmekanismer. Kanske har jag missuppfattat Ami.)

Efter henne talade Ragnar Nilsson, som är personligt ombud sedan 5 år, fristående från alla myndigheter och vars lojalitet sålunda helt riktas till den hjälpsökande. Lyssna, stärka, respektera var nyckelord för honom. Hjälpa med struktur i tillvaron och

handfasta saker som ekonomi och mathållning. Långivares lättsinne har ibland bidragit till ekonomiska kollapsar; Ragnar ville gärna se en uppstramning där. Han presenterade slutligen sin föregångare i tjänsten i Vallentuna, Lasse Sidelstål. Flera kommuner har naturligtvis personliga ombud, men på flera håll, som på Lidingö, är de kommunalt anställda, vilket ibland kan placera dem på två stolar, vid intressekonflikter mellan brukaren och myndigheten.

Nu berättade Klas den sedelärande historien om dr Semmelweiss, den bakteriella smittspridningens upptäckare, som genom förnuftig tillämpning av sina enkla iakttagelser kunde lösa ett allvarligt problem. Ordföranden hoppades nog att en Semmelweiss snart skulle dyka upp inom psykiatrin.

En välkommen omväxling erbjöds av vissångaren Tim, som till eget gitarrackompanjemang framförde tre visor med tankvärda texter om livet och dess skiften, samt filosoferade lite över "makten över psykena", den största makten man kan ha, egentligen.

Nu intogs talarstolen av Ulla Sandklef, som engagerad i nätverket "Demokratisk Psykiatri" samt moder till en sjuk dotter. Dottern var i sin tidiga ungdom en lovande dansös, men ådrog sig en skada, som tvingade henne till ett årslångt uppehåll i dansen, ett avbräck som ej gick att inhämta. Hon tappade då lite av sin upplevda självbild och blev, till att börja med, anorektiker. Under den medicinska utredningen upptäcktes att hon hade en homozygot, d.v.s. från båda föräldrarna ärvd, genmutation, som 10% av befolkningen har, som hindrar upptaget av folsyra samt bildningen av vitamin B12. Här fick vi lära oss ett nytt ord: ortomolekylärmedicin, den underdisciplin inom medicinen, som handlar om sådana saker. En ortomolekylärmedicinsk undersökning av den psykiskt sjuke skall inte försummas, tycker Ulla, eftersom ett samband tycks finnas mellan denna mutation och psykisk sjukdom; "många" skall ha blivit hjälpta av en enkel folsyratillförsel. Alltnog hade dotterns läkare "av någon anledning" skickat henne till en psykiatrisk mottagning, där hon fått neuroleptika. *Därefter* hade hon blivit psykotisk, vilket hon alltsedan dess varit. Detta hade blivit en vändpunkt för Ulla, som ägnat resten av sitt liv hittills åt - man kan säga - alternativ psykiatri. En annan händelse som påverkat Ullas synsätt ägde rum när hon arbetade på Sahlgrenska hos Tore Broman, en broder till musikkännaren Sten Broman. Där gick hon i 4½ år "för 8 kr i timmen", och tvingades sålunda jobba extra som fotomodell, vilket fick arbetskamraterna att betrakta henne på ett särskilt sätt, säger Ulla. Bland dessa fanns en rysk neurokirurg som var musikintresserad och spelade själv, balalajka förstås. En gång gick de båda på konsert, Sjostakovitjs C-dur-konsert med Rostropovitj, men Ulla blev dålig och bad sin kollega hämta lite av hennes flytande antihistaminmedicin, som hon brukade ta i sådana fall. Arbetskamraten hade då, för att droga ner henne i något syfte, blandat in lite Hibernol, vilket han senare själv skall ha erkänt. Ulla fick då en stark psykotisk upplevelse, en verklig "personlighetsklyvning". Detta befäste hennes tidigare grundlagda skepsis mot allt vad neuroleptika heter. Alltsedan dess, d.v.s. för 15 år sedan, har hon, som tidigare varit verksam i 20 år som organisations- analytiker - dock med en utbildning i neuropsykologi och psykoterapi i botten - ägnat sig åt konceptet "Demokratisk Psykiatri".

Inspirationen har kommit från ett liknande projekt i Trieste samt en verksamhet i Torneå, med rötter i Åbo. Ideologin innefattar att i det längsta undvika inläggning och neuroleptika (endast 10% i Åbo krävde medicinering), och satsa på team och nätverk, där de anhöriga ingår som en resurs, liksom den sjukes övriga vänner och sociala nät. Earth House i New Jersey är en annan inspirationskälla. Verksamheten där går ut på att undersöka patienterna, som de inte kallas, utan "studenter", ortomolekylärmedicinskt, stimulera dem till regelbunden fysisk träning och först därefter överväga medicinering. "Sinnenas Hus" och "Kris- och Traumacentrum" är svenska motsvarigheter under uppbyggnad, den senare strukturerad som små avskilda asyler för de hjälpsökande kring en kärna med "hjälparna".

En ortomolekylärmedicinsk förening finns i Traneberg med BoJonsson som ordförande. Man vill kartlägga genmutationer, toleransnivå för läkemedel, ev. näringsbrist,

toxiska skador, allergier, exponering för posttraumatisk stress och aggressivitet. 90% av de sjuka har minst ett trauma. (Vad är normalt?)

Den vetenskapligt kritiskt skolade åhöraren kanske ville ha lite närmare upplysningar kring den händelse som mest har orsakat Ullas negativa hållning till neuroleptika, nämligen dotterns insjuknande. Finns det utrymme för en alternativ tolkning av orsaksförhållandet mellan sjukdomens utbrott och medicineringen? Beträffande Ullas egen erfarenhet är det ju ingen hemlighet att psykosmediciner kan orsaka psykotiska symtom vid olämplig dosering, liksom värktabletter själva kan orsaka s.k. tablettvärk; allt detta står t.o.m. i FASS.

Efter Ullas intressanta framställning var det dags för den, om man får säga så, strikt vetenskapliga delen, med psykiater Lena Flyckt. Under sjukdomen finns alltid ett "biologiskt substrat", vilket jag tolkar som en ärftlig disposition, som sedan kan potentieras av miljö- mässiga stimuli. Dessa kan vara migration, kön (hur framgick inte; Lena fick tyvärr bara kort tid på sig), cannabisbruk, förlossningskomplikationer, folsyrabrist, infektioner, förändringar i cellmembran som påverkar metabolismen, d.v.s. cellernas ämnesomsättning. I sistnämnda fallet kan möjligen omegafettsyror vara till nytta. Andra nyttiga saker: att minska tiden under obehandlad psykos samt etablera samarbete med närstående.

Upptaget av enzymet tyrosin i cellmembran kan ha med sjukdomen att göra; tyrosinet har en roll i bildningen av dopamin.

Till slut överlämnade ordföranden Klas en ros till varje talare. Mörkröd.

Olle Brundin, Sollentuna den 5 febr. 2009

### ***9. Monica Beckman, IFS-Stockholmsdistriktet, Synpunkter på Dialogseminariet***

Allmänt: All heder är initiativtagare och arrangörer.

Modigt initiativ, genomfördes trots tidsnöd, bra uppslutning, lämplig lokal med runda bord för att ge samtalskontakt, trevligt med fruktpaus

Organisation:

Alltför omfångsrikt program (man måste alltid räkna med fördröjning och behov av "luft" mellan inläggen), oklarhet vad gällde tidsindelning och struktur av innehåll och inlägg, (ingen uttalad moderator-roll), Dialog uteblev p.g. av tidsnöd (beklagligt, eftersom seminariet utlysts som dialogd:o)

Föreläsarinsatser:

Ami R gav, som alltid, en balanserad, genomtänkt och insiktsfull belysning av hur insatser /och brist på sådana/, vardagslösningar och bemötande ter sig från konsumentperspektivet. (Behoven i centrum) Föredömligt koncist och lagom tidsmässigt i detta sammanhang.

Personliga Ombudens information var något mager men korrekt. Bra med betoning av deras viktiga roll.

Klas betoning av vikten av tvärvetenskaplig forskning var bra. Vid ett annat tillfälle borde en konkretisering göras av HUR en sådan kunde bedrivas och redovisas inom "vårt" intresseområde ( allt i enkla termer så att intresseorg:s medlemmar begriper).

Ulla S kom alltför sent "till skott ", d.v.s. inledningen med alla personliga kontakter och " turer i karriären" tog tid från huvudbudskapet. Utlovade overhead visades aldrig.

Framställningen uppfattades därför som rörig med slagsida, även om tankegångarna är riktiga ur vårt perspektiv. En annan uppläggning av presentationen hade varit att föredra, när nu tiden var så knapp. ( En tydlig tidsram borde givits varje talare att hålla sig till för att inte dra över på någon annans tid.)

Lena F redogjorde föredömligt och begripligt för biologiska spår, benägenheten att utveckla psykos och betonade genetikens stora roll samt ett flertal medverkande faktorer för brister i tyrosinupptaget (kan ge dopaminbrist ) Det korta, koncisa föredraget gav mersmak. Ett kvällsföredrag i ämnet aviserades till d.4 feb på Danderyds sjukhus. Lena F:s avhandling om anhörigas-närståendes bördor nämndes.

Undertecknad, som fungerade som en slags deltidsmoderator för den avslutande frågestunden, nämnde boken Smärtekraft som belyser anhörigas upplevelser och behov. Den finns numera bara på bibliotek. Många säger sig ha blivit hjälpta och stärkta av den.

Artisterna gav fin stämning genom bra musikval och inkännande sång.

Sammanfattning:

Någon dialog kom aldrig till stånd. De tre frågor som ställdes av lyssnare till sist gav inte mycket till mötesdeltagarna. En bättre modell hade varit att, efter korta inledande anföranden i de olika ämnesdelarna, ge samtalssteman utifrån dessa att diskutera kring det bord man satt vid. Därefter kunde en samtalsledare vid varje grupp summera för auditoriet vad man kommit fram till och koncensus fastslås. Ev. resulterar ett sådant förfarande också i någon/ några/ skriven artikel. Med glada hälsningar och tack från Monica Beckman, ordf.i IFS  
Stockholmsdistrikt

## ***10. Ove Danielsson, IFS-Västerås, Reflektioner om psykiatrin med anledning av Dialogseminariet***

Hej Klas!

Tack för dina vänliga ord. Du har mitt helhjärtade stöd.

Det är viktigt att hålla liv i debatten och jag tycker att programmet tar upp viktiga saker som måste rättas till.

Jag skulle gärna delta aktivt men kvällskörning i mörker är inte min starka sida.

Dessutom är jag en usel debattör. Jag har synpunkter, och viss erfarenhet efter snart 28 års bekantskap med psykiatrin, men har lättare att formulera mig skriftligt.

Frågor som ofta kommer för mig:

- När börjar och när slutar psykiatris ansvar.  
Slutenvården står till tjänst med mediciner och en säng på en avdelning där blandningen av patienter ger en stökig och otrygg miljö.  
Någon behandling i verklig mening ges inte.  
Man lär inte känna patienten vilket resulterar i utskrivning alldeles för tidigt.  
Vi har sett många fall där detta skett och där patienten begått självmord.  
I Västerås har detta skett två gånger inom loppet av en månad.  
I ett tidigare fall kunde man läsa i Socialstyrelsens utredning kritik enbart mot journalföringen. Tyvärr tappar man förtroendet för den myndighet som skall svara för tillsynen av psykiatrin.  
Tanken är att när någon skrivs ut skall öppenvården ta över patienten. Detta fungerar inte heller, överlämningen är bristfällig eller fungerar inte alls.  
Behandlingsplaner saknas regelmässigt.
- När skall psykiatrin börja använda dom kunskaper som finns och som visat sig fungera. SBU visade i sin stora undersökning som kom redan 1997, "Behandling med neuroleptika", att en kombination av läkemedel och psykosociala insatser mot patienten men också hela hans familj ger bästa effekten.  
Det som krävs är att man behandlar hela människan, både kropp och själ.  
Psykiatri betyder bota själen, piller botar inte själen.
- Vid anställning av personal som skall arbeta inom psykiatrin har kraven för att arbeta där varit alldeles för låga.  
Vid ett av dom självmord som skedde i Västerås yttrade ansvarig psykiater "Vi skall utreda om det finns något i våra rutiner som behöver ses över"  
Det är möjligt att dessa måste ses över men det är mycket allvarigare än så, det är kompetens som saknas hos dom flesta inom denna verksamhet, doktorn inte undantagen.
- Vi ser fortfarande stora svårigheter i samarbetet mellan kommuner och landstinget. Detta syns särskilt när det gäller utskrivningsklara patienter. Psykiatrikerns uppfattning om vilken som är färdig för utskrivning kan inte ifrågasättas. Han/hon anses ha en alldeles särskild kompetens att avgöra denna fråga.  
Vi har sett alltför många misstag från detta håll för att vi skall instämma i det påståendet.
- När skall personal inom psykiatrin lära sig att skapa ett verkligt möte med patienten. Ett möte där man från båda håll når fram till och förstår varandra.  
Detta är första förutsättningen för att lyckas i sin uppgift att hjälpa.

Med den organisation psykiatrin har med skötare närmast patienten är det självklart att det är denna grupp som skall ansvara för att detta möte kommer tillstånd.

Jag har länge efterlyst en analys över varför så få läkare vill bli psykiatriker. I oktober kom en enkätstudie beställd av Sveriges läkarförbund och Sveriges kommuner och landsting. I den ser man en del av de orsaker som ger brist på psykiatriker. Det finns anledning till djupanalys för att få mer kunskaper om de verkliga orsakerna. Den kan beställas hos: Sveriges kommuner och landsting eller Sveriges läkarförbund.

Detta var mest ris viken är befogat men det skall tilläggas att det finns personal inom psykiatrin som verkligen vill göra ett gott jobb men som på grund av kulturen och grupptricket motarbetas. Det behövs många positiva opinionsbildare som kan hjälpa till att ändra på gamla tänkesätt och attityder. När jag kommer igång är det som att öppna portarna på vid gavel. Jag kan fortsätta på temat men jag har redan kommit in på dom frågor som kommer att avhandlas under seminariet. Vi fick frågan av psykiatrin om vad vi anser vara god vård. Den besvarade vi i ett dokument som vi kallade "Bra vård" som jag bifogar.

Jag önskar er all lycka till med seminariet och att det kommer många som vill delta i debatten!

### **3. Efterdialog – samtal med Lena Flyckt**

Dialogseminariet hade som utgångspunkt ett krav; att människor som drabbas av psykisk ohälsa skall kunna erbjudas tvärvetenskapligt baserade vård- och behandlingsalternativ. Möjligheten till återhämtning och hälsa skall i en sådan humanistiskt präglad vårdfilosofi sätta patienten i centrum, det salutogena perspektivet skall dominera över sjukdomsfokusering. Eftersom detta knappast kan sägas vara förhanden är det mycket angeläget att utveckla effektivare och mänskligare behandlingsmiljöer med tanke på de många drabbade av psykisk ohälsa där psykiatrin misslyckas att skapa förutsättningar för återhämtning.

Lena Flyckts inlägg vid seminariet var mycket uppskattat. I sin medicinska forskning studerar Lena Flyckt grundläggande biokemiska/fysiologiska processer ända ner på cellnivå som är involverade i uppkomsten av funktionella störningar i olika mänskliga organ och system med koppling även till det mänskliga psyket. Det faktum att somatiska problem av olika slag kan ge psykisk ohälsa ger möjligheter att utveckla effektiva behandlingsmetoder om kunskap om sådana kausala samband kan klarläggas. Man kan fråga sig varför psykiatrin verkar så obenägen att ta till sig ny kunskap – det understryker hur som helst vikten av en stark påverkan från inte minst engagerade patient- och anhöriggrupper i denna kunskapsutveckling.

Följande efterdialog till seminariet är en ansats att ytterligare belysa betydelsen av kunskapsutveckling inom psykiatrin och värdet av kvalificerad klinisk erfarenhet eftersom den mänskliga biokemiska individualiteten är en så väsentlig faktor i det terapeutiska arbetet – varje patient är unik.

*Lena F, 3 februari 2009:*

Bäste Klas

Det var ett trevligt och gemytligt möte med mycket tankar och känslor. Vi inom psykiatrin har nog mycket att lära av er i medmänsklighet och värme. Här kommer ett sammandrag av vad jag förmedlade. Det kanske är lite svår text men det är svårt att uttrycka forskning enkelt, det kan bli missvisande eftersom det inte är enkla samband vi ser. Återkom om något behöver förtydligas

Hälsningar  
Lena Flyckt  
Doc/programområdesansvarig  
Psykosjukdomar  
Centrum för Psykiatriforskning  
Psykiatri Nordöst

*Klas C 5 februari 2009:*

Hej Lena!

Tack för dina synpunkter och för sammanfattningen av ditt anförande. Visst är det komplicerat men samtidigt så viktigt att söka kunskap som leder till bättre möjligheter i både prevention och behandling. Det går att återhämta sig från psykisk ohälsa och all forskning och klinisk erfarenhet som visar detta är mycket viktigt att lyfta fram. Det som kallas biokemisk individualitet, att varje patient är unik, är en insikt som skall styra vård och behandling. En erfaren läkare som arbetar nära och engagerat tillsammans med sina patienter och övrig kompetens i vårdteamet, kan på basis av sina erfarenheter och medicinska intuition åstadkomma mycket.

Klas

*Klas C 10 februari 2009:*

Hej Lena!

Din avhandling är imponerande med ett strategiskt fokus och baserad på ett omfattande vetenskapligt samarbete/nätverk. Här är några reflektioner i mitt outsider-perspektiv efter att ha börjat läsa din avhandling.

- Du betonar Schizofreni som en systemsjukdom, ett samlingsbegrepp.
- Den viktiga ansatsen att se helhet/sammanhang vid prevention och behandling utgående från specialistförståelse av sjukdomsorsak, sjukdomsförlopp, behandlingsalternativ och möjlighet att förutsäga effekter av, positiva men också eventuella negativa, medicinska insatser.
- Problemet är att uppnå detta inom den psykiska sjuk/hälsovården. Den biologiska inriktningen som kopplar själ och kropp är fundamental men det finns inga bra biologiska "markörer" och diagnosförfarandet baseras i stället på tolkning av symptom.
- Målet är att hitta relevanta sådana indikatorer som då kan förväntas vara inbördes kopplade i en komplicerad orsak-och-verkan kedja.
- Störningar i membranfunktionen i tyrosintransportens kinetik ger en intressant indikator som din forskning utgår från.
- Du anger i dina studier att påverkan av psykofarmaka i primärgruppen av patienter där bl a "kroniker" ingår inte föreligger. Psykofarmaka anses dock kunna ge psykosliknande symptom och annan påverkan på hjärnans biokemi och t ex dopaminbrist.
- Andra möjliga indikatorer är genetiska störningar och mutagena effekter, mitrokondriella sjukdomar, miljöstörningar t ex toxisk exponering, metabola rubbningar/bristande näringsbalans, hormonella störningar t ex i sköldkörtelfunktionen (sköldkörtelhormon T3 och T4 är involverade i ett stort antal processer) men många andra hormonella funktionsrubbningar också och de biokemiska processer som t ex post-traumatisk stress kan utlösa. Och neurologiska problem och skador ger också neuropsykiatriska effekter.
- Adrenochrome hypotesen är en intressant och viktig ansats - att det hallicunogena ämnet adrenochrome är en möjlig oxidationsprodukt (oxidativ stress) av noradrenalin/adrenalin.
- En viktig antioxidant är Niacin/nikotinsyra/B3 som användes först vid behandling av

bristsjukdomen Pellagra men sedan framgångsrikt vid behandling av psykostillstånd. Det har nyligen redovisats studier som visar att det förekommer en signifikant nedgradering av niacinreceptorer hos personer med schizofreni. Det skulle vara mycket spännande om vi kunde få ha fortsatt kontakt med dig. Som anhöriga vill vi öka vår egen kunskap för att kunna vara pådrivande i etablering av behandlingsalternativ inom psykiatrin och på det sättet öka möjligheterna till återhämtning för drabbade närstående. Den kronikersyn som präglar mycket inom psykiatrin är kontraproduktiv, lägger en kall hand över vård och behandling.

Bifogar ett par artiklar som belyser det jag nämnt.  
Klas

### 1. Mitochondrial Disorders in the Nervous System

Salvatore DiMauro<sup>1</sup> and Eric A. Schon<sup>1,2</sup>

Departments of Neurology<sup>1</sup> and Genetics and Development,<sup>2</sup> Columbia University Medical Center, New York, NY 10032; email: sd12@columbia.edu, eas3@columbia.edu

*Lena F, 11 februari 2009:*

Tack så mycket för ditt intresse.

Jag tycker själv att det ligger mycket i hypotesen om mitokondriella störningar vid schizofreni. Vi har ett fynd som innebär att transporten av aminosyran tyrosin är annorlunda över cellmembranet hos våra patienter och samma mönster finns hos deras mödrar. Detta tyder på att egenskapen nedärvs på modernet vilket kan vara liktydigt med mitokondriell nedärvning. (Mitokondrier, som innehåller DNA, går över från modercellen eller äggcellen till det blivande fostret men inga mitokondrier kommer från spermien) Vi går nu vidare och tittar närmare på mitokondriellt DNA för att se om vi hittar avvikelser

Berättar mer när vi vet mer

Lena Flyckt

*Klas C 17 februari 2009:*

Hej Lena!

Får jag komma med några reflektioner till?

Du vet att mitt engagemang i psykisk problematik är kopplat till det förhållandet att jag är anhörig. Neurologiska problem kan manifesteras på många sätt t ex som en arachnoidal cysta till följd av en svår förlossning. I mitt aktuella fall opererades cystan av prof Knut Wester vid Haukelandssjukhuset i Bergen, varvid de neurologiska problemen försvann. Cystan hade utövat ett starkt tryck och förskjutit hjärnhalvorna påtagligt i temporalloben. Knut Wester har lämnat ett 40-tal vetenskapliga referenser där sambandet mellan arachnoidala cystor som sitter i främre vänstra temporalloben och som utövar ett aktivt tryck kan ge besvärande psykiska och kognitiva störningar (för högerhänta i detta fall).

Jag har kämpat i motvind, sökte bl a förgäves stöd av David Ingvar. Arvid Carlsson visade intresse och det ledde till en CT-skalle där cystan upptäcktes. MRI hjälpte mig sedan Göran Sedvall med. Det tog flera diskussioner med KI för att få remiss för operation och det gick inte att få genomfört en neuropsykiatrisk utredning efter operationen i Bergen. Men lika starkt har jag också blivit engagerad på grund av den brist på intresse från psykiatrins sida att samverka med anhöriga och att förutsättningslöst söka möjligheter att uppnå återhämtning/recovery för dem som har "psykiska funktionshinder". Ser tyvärr hur konservativ vetenskapen kan vara i stället för att nyfiket söka sig fram till ny kunskap. Det

finns tusentals patienter med psykisk ohälsa i den slutna vården, i öppenpsykiatri och på alla dessa behandlingshem runt om i Sverige, som inte ges den möjlighet till återhämtning som finns och som de har rätt till.

Lena, det skulle vara värdefullt om du som engagerad forskare hade möjlighet att ta del av den medicinska kunskap vad gäller prevention och behandling som utgår från det faktum att genetiska, somatiska och metaboliska störningar av olika slag och som påverkar kroppens interaktiva biologiska processer på ett komplext sätt, inte alltid behandlas bäst med syntetiska läkemedel. Det kan kanske vara så att skolmedicinen och vår läkekonst skulle gynnas av att bredda perspektivet och integrera annan relevant, kvalificerad ny medicinsk kunskap. Har varit på ett antal internationella medicinska konferenser de senaste åren och fascinerats av de medicinska framsteg så många forskare redovisat och som så få inom skolmedicinen är intresserad av.

Klas

*Klas C 5 mars 2009*

Hej Lena!

Det vore värdefullt om vi kunde få fortsätta med kontakten med dig och forskningsenheten vid DS, på era villkor naturligtvis, ni har angelägen forskning att bedriva och skall inte störas i onödan!

Det finns frågor vi anhöriga ställer oss som känns angelägna att få ventilera. Vi bär på sorger och dåligt samvete av olika anledningar, tillkortakommanden och misstag vi gjort i kampen för närstående som drabbats av psykisk ohälsa eller ännu värre kanske, närstående som blivit feldiagnostiserade och därigenom inte fått möjlighet till återhämtning. Att ifrågasätta, konstruktivt kritiskt arbeta för möjligheter till återhämtning, att tillgång till effektiva behandlingsalternativ utnyttjas, att second opinion som tar utgångspunkt i tillgänglig vetenskapligt kvalificerad kunskap, att allt detta, kommer till användning!

Bland mina filer hittar jag något jag tidigare saxat, ett stycke från diskussioner med Lars Farde mitt uppe i sin forskning på 90-talet, som visar hans kritiska förhållningssätt. Det förefaller mig självklart att all medicinering som påverkar det centrala nervsystemet bör studeras/beforskas med avseende på biverkningar och möjligheter till utsättning i en samlad väl koordinerad forskningssatsning som uttrycker för en existerande medicinskt etiskt problematik. Ett exempel, prof Finn Bengtsson vid Linköpings universitet har arbetat farmakologiskt med kvalificerad metodikutveckling för dosoptimering med koppling bl a till den biokemiska individualitetens betydelse, en viktig aspekt i detta komplex av frågeställningar, men vad jag förstår av honom har intresset för hans forskningsgrupp varit begränsad.

Bifogar en uppsats som Ann Gardner publicerat relativt nyligen tillsammans med en kollega, som ytterligare belyser den intressanta och viktiga frågan om störningar i mitokondriefunktionen på cellnivå.

Klas

Bilagor "Lars Farde(1).doc"

"BioPsychoSoc\_Gardner\_2008[1].pdf"

*Lena F 5 mars 2009*

Jag håller gärna kontakt. Här dock varit mitt uppe i en intensiv period och helt enkelt inte hunnit. Det kommer nog att lugna ner sig längre fram

Lena Flyckt

*Klas C 28 mars 2009:*

Hej Lena!

I den verksamhetsplan vi antagit i IFS-Vallentuna markerar vi vårt intresse att ha kontakt med dig och den psykiatriska forskningsenheten vid DS.

Störd mitokondriell funktion som vi talat om kan också vara ett resultat av läkemedelsbiverkningar och det finns tydligen särskilt känsliga patientgrupper t ex med Kroniskt trötthetssyndrom och Aspergers syndrom. Beatrice Golomb vid University of California, San Diego har skrivit en artikel tillsammans med en kollega om Statinbiverkningar och mitokondrier. Är inte det ytterligare ett exempel på de många samband som gör förståelsen för orsakssamband inom psykiatri/neuropsykiatri både komplicerat och spännande och viktigt!.

Bifogar artikeln plus vår verksamhetsplan!

Klas

bilagor "verksamhetsplanIFS09.doc"

"statins\_Golomb\_sideeffects2008[1].pdf"

*Lena F 1 april 2009:*

Tack för en mycket intressant och ambitiös verksamhetsplan

Jag känner mig hedrad av att ni önskar fortsatt kontakt. Precis som ni antyder är det en svår fråga om orsak och verkan när det gäller mitokondriella störningar. Något som stöder att de mitokondriella förändringar vi ser hos patienter inte är en effekt av medicin är att vi har sett liknande förändringar hos mödrar till patienterna vilka inte har tagit antipsykosläkemedel. Det är dessutom så att man bara ärver mitokondrier bara från mödrar (maternal inheritance) vilket ytterligare kan ge belägg för en genetik som transmitteras den vägen. Detta är dock ett väldigt osäkert fynd som behöver replikeras. Fyndet gäller nog också en undergrupp av sjukdomen. Nyttan med fyndet kan också diskuteras men, det är ju alltid så att, tar man ett steg mot ökad kunskap om ett problem så kommer man en bit närmare dess lösning.

Just nu håller vi dock på att bygga en forskningsplattform för att gå vidare på fynd om en möjlig infektionsorsak bakom en del av vulnerabiliteten för schizofreni. Tanken är att vi skall överbrygga den barriär som vanligtvis finns mellan grundforskning och klinisk forskning. Det ingår ett antal forskargrupper i denna satsning (Lars Farde, Göran Engberg, Torgny Svensson, min egen grupp, Christina Dalman). Vi får hålla tummarna för att vi får anslag för det skulle möjliggöra nya farmakologiska strategier som är mera riktade mot en möjlig orsak snarare än att bara blockera dopamin.

Hälsningar

Lena Flyckt

*Klas C 2 april 2009:*

Lena, vi är verkligen mycket glada att få diskutera med dig, kanske kan det resultera i ett seminarium till hösten i Vallentuna.

Du understryker att det finns primära och sekundära effekter och att orsakssamband vad gäller både somatiska och mentala störningar kan interagera och inte minst därför vara

svåranalyserade. Det gör det viktigt och utmanande att söka kunskap genom forskning och klinisk erfarenhet. Och så är det så förunderligt att människan som biologiskt system liksom organiskt liv överhuvudtaget, har en sådan kraft och kapacitet att hålla balans och kontroll över alla metabola processer som i olika interaktioner säkerställer livsbetingelser.

Det sägs att munhålan är hjärnans närmsta granne! Kan det vara ett tema där du och någon från den odontologiska sidan (relevans - problem från munhålan med svamp och bakterier infekterade tandrötter och kanske också kvicksilver från fyllningar) har ett gemensamt seminarium?

Klas

*Lena F 2 april 2009:*

Hej igen

Vad skulle i så fall var mitt ämne, hjärnan? Jag får lite svårt att få ihop det. Munhåla och tänder är inte mitt område men svara gärna hur du tänker

Lena

Lena Flyckt

*Klas C, 4 april 2009*

Hej Lena!

Min tanke var att i seminarieform medverka till att belysa hur komplicerat samspelet mellan kropp och psyke är eftersom insikter, kunskap och erfarenhet rörande orsakssamband till psykisk ohälsa också är grunden till utveckling av effektivare behandlingsstrategier. Psykisk ohälsa går att behandla mer framgångsrikt med sådan kunskap som utgångspunkt. En ensidig fokusering på symtomlindrande medicinering genom användning av neuroleptika utan tillämpning av försiktighetsprincipen med tanke på allvarliga biverkningar är oförsvarlig. Allt det ni gör i forskningsgruppen på DS är väl ett uttryck för denna strävan efter kunskap. Välinformerade patienter och anhöriga kan också bli drivkraft i en positiv utveckling.

Ett exempel på komplicerade orsakssamband vad gäller psykisk ohälsa är infektioner och kvicksilverproblem i munhålan och den starka kopplingen det finns till somatiska störningar, även neurologiska/psykiska. Det vore intressant att få en bredare medicinsk överblick av det stora fältet av psykisk ohälsa - på område efter område finns indikationer att somatiska störningar och t ex miljögifter ger effekter även på hjärnans biokemi.

Jag hoppas att jag inte tröttar dig med mina synpunkter, mitt intresse som anhörig och min vetenskapliga nyfikenhet har ofta betraktats med skepsis inom psykiatrin.

Har bifogat en fil som belyser de komplikationer som bl a infektioner i munhålan kan ha för all slags ohälsa. Forskare måste vara besjälade av sitt sökande efter sanning även i kontroversiella frågor.

Klas

*Klas C, 20 april 2009*

Hej Lena!

Om det inte ger något skall vi inte fortsätta vår dialog. Hoppas ändå att det kan ha något värde även för dig.

Jag är övertygad att forskning av den karaktär du bedriver kan ge utgångspunkter för bättre behandling och bättre återhämtningsmöjligheter för personer som drabbas av psykisk ohälsa. Störningar i metaboliska processer, allergier, genetisk belastning, immunologiska och kanske framförallt hormonella störningar ger också negativ påverkan på hjärnans biokemi. I en post-mortem studie kunde man visa att alla patienter med diagnostiserad schizofreni hade funktionella störningar och/eller cancer i sköldkörteln - kan vara en sekundär effekt men också primär. Hjärnan har t ex fler T3 receptorer än någon annat organ och det finns också RT3 som blockerar sådana receptorer. Binjurebarken och kortisolproduktion hör väl med i bilden i samverkan med sköldkörteln. Det finns som en intressant iakttagelse belagt - också i en post-mortem studie - att i en grupp schizofrenipatienter en dominerande andel av dessa hade signifikant nedreglerade niacinreceptorer!

Vore det inte av värde att få orsakssamband av denna typ belyst av någon med överblick särskilt om det kan visa på forskningens möjligheter att skapa effektivare och fler behandlingsalternativ inom psykiatrin?

Klas

*Klas C, 25 juli, 2009*

Hej Lena!

Bifogar resultatet av vår mailkontakt. Hoppas att du har överseende med mitt sätt att resonera som frustrerad anhörig.

Igen tack för att du velat diskutera med mig i kölvattnet av vårt dialogseminarium i Vallentuna. Om du har någon synpunkt eller slutkommentar så är det viktigt att få ta del av detta.

Hälsningar

Klas

*Klas C, 1 november 2009*

Hej Lena!

Hoppas att vi kan hitta ett sätt att avsluta den dialog vi hade. Bifogar en som jag tycker mycket intressant och inspirerande skriven artikel av Bitanhirwe och Cunningham - "Zinc: The brain's dark horse".

Författarna säger bl a följande:

This article provides an overview of zinc neurobiology and reviews the experimental evidence that implicates zinc signals in the pathophysiology of neuropsychiatric diseases. A greater understanding of zinc's role in the central nervous system may therefore allow for the development of therapeutic approaches where aberrant metal homeostasis is implicated in disease pathogenesis. Zinc is implicated directly or indirectly in the pathogenesis of numerous neurological diseases including Alzheimer's disease, amyotrophic lateral sclerosis, depression, epilepsy, ischemia, and schizophrenia. In this section, we provide an overview of current knowledge about the effect of zinc deficiency and excess on the brain and neural tissues in the context of these disorders.

Klas

## Zinc: The Brain's Dark Horse

BYRON K.Y. BITANHIRWE1

AND MILES G. CUNNINGHAM2,3\*

1Laboratory of Behavioral Neurobiology, Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, Switzerland

2Laboratory for Neural Reconstruction, McLean Hospital, Belmont, Massachusetts

3Program in Neuroscience and Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

SYNAPSE 63:1029–1049 (2009) Published online in Wiley InterScience

([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

### *Bilaga 1. Ulla Sandklef. Demokratisering av psykiatrin - konstruktiva förslag:*

För att uppnå en konstruktiv utveckling av psykiatrin, måste den reformerats i demokratisk riktning – baserad på:

- HUMANISTISK människosyn,
- DIALOGISKT förhållningssätt,
- PATIENT- och ANHÖRIGINFLYTANDE,
- HÄLSOINRIKTNING - SALUTOGEN VÅRD,
- SAMHÄLLSBASERAD (icke-sjukhusbaserad)  
VÅRDINRIKTNING,
- HELHETSPERSPEKTIV och
- TVÄRVETENSKAPLIG kunskapsbas.

Vi refererar till den italienska reformen 1978 i Trieste, där man införde en samhällsbaserad, DEMOKRATISK psykiatri – och den norska reformen, som ändrat nomenklaturen från psykiatri till benämningen PSYKISK HÄLSOVÅRD. – vilket kräver följande förändringar:

1. Etablering av RÅDET FÖR PSYKISK HÄLSA och VÅRD – i form av en fristående och politiskt obunden ekonomisk stiftelse - byggt på tvärvetenskaplig grund - med målsättningen att utforma NATIONELLA RIKTLINJER.
  - Representanter för fackförbund och intresseorganisationer med inriktning på psykisk hälsa väljs in av rådets styrelse.
  - Insamling av medel ska göras kontinuerligt av en PR-grupp på rådet.
  - Ett tvärvetenskapligt forskningsråd är verkställande organ - med uppgift att uppdatera, granska och informera om internationell forskning på området psykisk hälsovård.
  - Forskningsrådet beslutar även om insamlade medel till forskningsprojekt på området. (Granskningsinstanser på Socialstyrelsen och HSN omformas i tvärvetenskaplig riktning).
2. En ny SAMORDNAD och TVÄRDISCIPLINÄR organisation för PSYKISK HÄLSOVÅRD - under EN HUVUDMAN. En förändring i demokratisk riktning måste övergripande ske på olika organisationsnivåer för att få en rättmätig förankring och acceptans.

Uppdelningen mellan två huvudmän – kommun och landsting - har visat sig vara ineffektiv – och måste omorganiseras i samhällsbaserad riktning till integrerad PSYKISK HÄLSOVÅRD.

  - Ledare för verksamheter på området psykisk hälsa och övrig personal måste tillsättas utifrån psykologisk lämplighetsprövning – enligt Tavistock clinic:s och svenska AGSLO:s riktlinjer.

3. Instiftning av funktionen OMBUDSMAN för psykiskt funktionshindrade, som idag saknar mänskliga rättigheter. Ombudsmannen väljs av ”Rådet för psykisk hälsa och vård”.
4. HÄLSOPERSPEKTIV ersätter sjukdomsfokusering – baserad på somatiskt status och analys av näringsbrister, allergier och toxiska skador/ORTOMOLEKULÄR medicin, neuro/psykologiska test, individens historia, karaktäristika och önskemål. Hälsoinriktningen bör omfatta fysisk träning, avslappning, kostvanor, utbildningsmöjligheter, arbetsträning och kreativ utveckling.
5. De psykiatriska diagnosystemen DSM-IV och ICD 10 saknar vetenskaplig grund och är inte användbart på individnivå. De bör ersättas med PROBLEMFÖRMULERING - för att bättre kunna informera om individens aktuella bio-psyko-sociala status med kontinuerlig uppdatering som rutin (infört på Kuppis sjukhus, Åbo och ”Soteria” behandlingshem, Nacka). Psykologiska testinstrument som ex. vis ORT, ger dessutom en bättre bild av individuella egenskaper än de deskriptiva diagnoserna i DSM, som beskriver symtom för en hel grupp. OBS! Bedömning av patientens psykiska status bör utföras av kliniska psykologer och/eller utövare med psyko-terapeutisk kompetens - medan läkarens uppgift är att undersöka patientens somatiska status.
6. PERSONLIGT OMBUD – PO - som väljs av och är helt underställd patienten – vid behov.
7. LPT – LAGEN OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD måste reformeras för att öka patientens rättsäkerhet. PAL-systemet, som innebär medicinsk maktfullkomlighet, måste avskaffas.
8. Vård- och behandlingshem – utan lokal anknytning avskaffas. En nämnd med kunskap på området anlitas på konsultbasis för besiktning av boendeformer och hälsoakademier\*.
9. Utformningen av MILJÖN för psykisk hälsovård bör vara trygg och harmonisk – och innehålla så få stressmoment som möjligt. Psykisk kris innebär i sig ett stresstillstånd och det första mottagandet och bemötandet är därför av stor betydelse. Om möjligt ska möten ske i hemmet med hjälp av ett tvärdisciplinärt team (ex: Åbo, Torneå och ”Fallskärmsprojektet”).
10. KRIS- OCH TRAUMACENTRUM \* - en ny utformning av miljön för kris- och trauma-relaterade tillstånd - i form av specialdesignade modulsystem med avskilda rum runt om ett. nav i mitten. Det viktiga är att skapa trygga ”asylor” med låg stresströskel för varje patient, där patienterna inte blandas med varandra i korridorsystem och där tvärdisciplinära team för kris- och traumahantering är lättillgängliga. Kriscentret kopplas till kommunernas öppenvård.
11. LÄTTILLGÄNGLIGHETEN, som förutsätter en minskad byråkrati och minskat politiskt inflytande, måste förbättras. LOKALA NÄTVERK underlättar kontinuiteten.
  - a) ÖPPENMOTTAGNING dygnet runt i varje kommunområde, dit man kan vända sig, bli direkt mottagen och få de insatser man behöver för sina problem – utan byråkratiska hinder.
  - b) KRIS- OCH TRAUMACENTER \* – använt som ASYL för kris- och traumabearbetning.
  - c) ÖPPET HUS \*\* (öppet 12 timmar dagligen) bör etableras i varje kommun/närområde – dit målgrupperna är välkomna för att få råd, äta, skapa sociala kontakter och erhålla service .

12. ORTOMOLEKULÄR behandling med kroppsegna ämnen och DIET – baserat på testning av

genmutationer, allergier, näringsbrister och toxiska skador, är en förutsättning för psykisk hälsovård (enligt internationell forskning om näringsbristers effekt på hjärna och psyke).

13. Ett DIALOGISKT förhållningssätt är en förutsättning för återhämtning av psykostillstånd. Det betyder att individen blir RESPEKTERAD, LYSSNAD TILL och får möjlighet att ETABLERERA RELATIONER med mogna och engagerade människor. Ett DIALOGISKT/ PSYKOLOGISKT BEMÖTANDE och FÖRHÅLLNINGSSÄTT, som vi vet påverkar hjärnan positivt, är av största betydelse vid alla typer av psykiska kristillstånd.

En trygghetsskapande faktor är att bygga upp individens SOCIALA NÄTVERK och starta all verksamhet med ÖPPNA SAMTAL, som syftar till att alla medverkar till en gynnsam planering av åtgärdsprogrammen. Nätverksuppbyggnad och öppen dialog bildar basen i allt samröre med de berörda. (Ref. prof. Tom Andersen och Jaakko Seikkula)

14. Professionell KRIS- och TRAUMAHANTERING - har hittills varit förbehållet krigs- och tortyrskadade. Nu vet vi att våldshandlingar, olyckshändelser eller chocker kan utvecklas till PTSD -posttraumatiska stresstillstånd. Enligt internationell forskning har ca 90 % av alla psykopatienter minst ett trauma bakom sig. Man måste komma ihåg att alla som frivilligt eller ofrivilligt hamna i psykiatrisk vård befinner sig i kris av något slag. PSYKOTERAPI ska erbjudas utifrån behov, ex.vis krisbearbetning, traumaterapi, konstpsykoterapi, KBT och EMDR. Utan samtal med en lyssnande medmänniska och psykoterapeutisk krisbearbetning, kan tillståndet förvärras och leda till depression, hopplöshet, utagerande och suicidförsök.

Oavsett metod – är det endast genom personliga möten som ett tillfrisknande kan börja spira.

### Planskiss över organisationsförslag för PSYKISK HÄLSOVÅRD

#### Tvärdisciplinärt ledningscentrum

Integrerad organisation för samtliga enheter i varje kommunområde/sector - omfattande:

- rekrytering och handledning av alla personalgrupper, b) brukar/anhöriginflytande, c) organisering och uppföljning av kontinuerliga vårdplaneringar och åtgärdsprogram.

#### Öppenmottagning

för psykisk – psykosocial - psykosomatisk problematik:

- 1) Preventiv rådgivning (ej registrering) för personliga besök + telefonjour (Se Öppet hus\*\*\*),
- 2) Akuta åtgärder vid psykisk kris: mobila kristeam, kris- och traumacentrum (registrering)
- 3) Åtgärdsprogram vid psykotiska kristillstånd - baserat på problemformulering (ersätter DSM), neuro/psykologisk testning och somatisk/orthomolekylär undersökning.
- 4) ~~Nätverkskontakter och kontinuerliga nätverksmöten med "öppna samtal".~~

LÄNKAR:

#### Mobila team

- för hembesök vid akuta  
\*  
och upprepade kristillstånd.  
psykos-

#### Psykoterapienhet

- för externa/interna klienter

#### A. Kris- och traumacentrum

vid vårdkrävande

<p><b>Basteam</b> (hemterapeutiskt) och med teamassistenter - för att stress bygga upp hem och hushåll o/e i eget boende och bygga psykofarmaka upp det sociala nätverket. utformning. Basteamet följer individen rekommenderas. under "hela resans begränsas till 1 vecka - max .</p>	<p>med ett utbud av valbara terapi-modeller utifrån behovsprövning: individual/familje/grupp/psykos- och kroppsorienterad terapi - symboldrama - kris/traumaterapi - icke-verbala konstpsykoterapier (bild, musik, drama, dans) - gång".</p>	<p>trauma-och kristillstånd PTSD/posttraumatisk för kris/traumabearbetning för avgiftning av - i specialdesignad Frivillig vård Slutenvård bör dialektisk terapi - 3 veckor.</p>
	<p>↑ KBT ↓</p>	

### B. HÄLSOAKADEMI

#### a) " SINNENAS HUS" \*\* (i bilaga)

- för långvariga psykiska/psykotiska kristillstånd (modell Earth House och Soteria). Miljöterapeutisk, dialog- och kulturinriktad dagverksamhet i trygg miljö – med närhet till natur och djur - i varje närområde (även möjlighet till dygnet-runt-vistelse vid akuta behov). Stor vikt läggs vid hälsoinriktade kostprogram, ortomolekylär undersökning och behandling, behovsanpassad psykoterapi (se ovan), fysisk träning, avslappning, kulturell och kreativ verksamhet (bild, drama, musik, dans, skrivande). Varje deltagare är "aktör" för sin egen hälsa (inte patient) och benämns "studerande/elev". Eleven väljer att bo i sitt hem, i kollektiv eller på internat.

↓  
KOPPLAT TILL: ↑

#### b) Enhet för kreativ utveckling – " HOPPETS HUS"

Avsett för individer med varierande psykosociala problem. När klienten är redo, skall individuellt behovsanpassad möjlighet till konstutövning, utbildning, arbete och kulturella aktiviteter - utifrån personlig läggning, förmåga och önskemål erbjudas – (i samarbete med kommuner, AMS,

Försäkringskassan, företag, intresseorganisationer, utbildningsinstitutioner, Fontänhusen m.fl.)

#### c) ÖPPET HUS \*\*\*

Er bi Mötesplats i varje närområde för människor med psykisk/psykosocial problematik – i behov av ett utvidgat nätverk, kamrattstöd och service i den dagliga livsföringen.

tekniska utrustning. (Ker. Jukka Seikkala, Tom Andersen, Eleni Mosoni, Marianne Pallas och Marius Romme m.fl.). Målindividen är aktör för sin egen hälsa och benämns studerande – inte patient!

\* KRIS – och TRAUMACENTRUM – (bilaga 1)

\*\* HÄLSOAKADEMI "Sinnenas hus" – (bilaga 2)

\*\*\* ÖPPET HUS - mötesplats för invånare med psykisk problematik i varje närområde med

a) behov av ett utvidgat nätverk och sociala kontakter och b) stöd i den dagliga livsföringen:

- 1) matsservering 12 timmar per dygn - och möjlighet till hjälp med tvätt, hushåll och aktiviteter,
- 1) preventiva insatser och rådgivning i kommunregi för att fånga upp dolda problem,
- 3) möten med det personligt valda sociala nätverket,
- 4) kontakt med andra brukare/vänskapare,
- 5) erbjudande av frivilligt deltagande i rösthörargrupper – om det finns önskemål,

Utbildning – utifrån läggning, begåvning och önskemål – i behovsanpassad takt ska erbjudas på enheten för KREATIV UTVECKLING – ”HOPPETS HUS”..

---

Ett HÄLSOINRIKTAT HANDLINGSPROGRAM – utifrån individuella behov - ska alltid erbjudas som uppföljning efter psykosdebut och krisbearbetning:

- MILJÖER anpassade för individer med långvariga behov av åtgärder etableras i form av 1) KRIS- och TRAUMACENTER och 2) HÄLSOAKADEMI (”Sinnenas Hus”).
- ORTOMOLEKYLÄR-MEDICINSK behandling – efter metabolisk undersökning av ex.vis näringsbrister, toxiska skador, allergier eller genmutation. Diet utan socker och vitmjöls-produkter, medicinreducering, rökavvänjning, tillförsel av kroppsegna ämnen ex.vis B3, B12, Folsyra, antioxidanter, Omega 3 m.m. (se forskning av Hoffer et.al.)
- MEDICINSK tilläggsbehandling med psykofarmaka utifrån behov.
- DIETISTISK mathållning – med information om näringslära och matlagningsträning.
- FYSISK TRÄNING – utifrån individuella önskemål - ex.vis joggning, gympaträning, simning, avslappnings segling, skidsporter, bollsporter, dans, workout, aerobics etc.
- PSYKOTERAPI i olika former ska alltid erbjudas utifrån behov – ex.vis traumaterapi, psykoterapi, familjeterapi, gruppeterapi, kroppsorienterad psykoterapi, konstpsykoterapi (dans, drama, bild, musik) och KBT etc
- RÖSTHÖRAR-GRUPPER – vid behov – genom RSMH (enligt prof. Marius Romme).
- KREATIV UTVECKLING och KULTURVERKSAMHET – ex vis skrivträning, målning, skulptering och krukmakeri med lera, musik- och sångutövning, teater, dans.
- TERAPEUTISKA TRÄDGÅRDAR och DJURKONTAKT (ridning, hundträning etc).
- UTBILDNINGSMÖJLIGHETER och ARBETSTRÄNING – i kontakt med kommunal vuxenutbildning, folkhögskolor, universitet.och NÄTVERK – ex.vis Fontänhuset, RSMH, kyrkans organisationer, kommunernas socialtjänster och boenden m fl. ska förmedlas (se c) enheten för KREATIV UTVECKLING ovan).
- BASTEAM, som deltagaren själv väljer, ska finnas som stöd under hela processen
- VÄNSKAPARE ska rekryteras från brukare/f.d. patienter och andra frivilliga med erfarenhet av problematiken – som stöd för varje individ om det är önskvärt.
- BOSTAD och boendeform utifrån eget önskemål och behov.
- REKREATION – platser för vistelse i solen, ex.vis Spanien och i fjällen.

## Bilaga 2.

### *Samverkansöverenskommelse Vallentuna Kommun Stockholms Läns Landsting rörande gemensamt ansvar för den psykiska hälsovården, 2008-09-18*

Styrelsen för IFS-Vallentuna har tagit del av skrivelse i ärendet från Socialförvaltningen. Här redovisas några utdrag ur remisskrivelse från IFS-Vallentuna

#### Samverkansöverenskommelse

##### - Övergripande mål för samverkan

En omsorgsfull genomgång av verksamhetsmål utgående från en god vårdideologi. Målbeskrivningen avser samverkansprocessen men också i lika hög grad själva vårdarbetet.

##### - Mål och inriktning

En omsorgsfull genomgång av verksamhetsmål utgående från en god vårdideologi. Vi noterar bl a följande: Verksamheten skall bedrivas med patientfokuserad helhetssyn; närstående skall ses som en resurs och stödjas; vårdprocessen skall präglas av respekt och gott bemötande; vårdgivaren skall erbjuda ett differentierat vårdutbud med behandlingsalternativ relaterat till patienternas behov av adekvat behandling; olika vårdformer skall vara länkade organisatoriskt och verksamhetsmässigt i goda vårdkedjor.

##### - Vårdprogram och kvalitetsregister

Kvalitetstänkandet och kvalitetsarbetet i vården har flera dimensioner, viktigast kanske att vård och behandling alltid har syftet att leda till förbättring som skapar möjligheter till återhämtning. Kunskap är en annan viktig kvalitetsfaktor. Alla i vårdarbetet har ett ansvar att nyfikat söka medicinsk och annan relevant kunskap som ökar förutsättningarna att bättre förstå inte minst orsakssamband vad gäller psykisk ohälsa och därmed också möjliga behandlingsalternativ. Kunskapsutveckling gynnas av kontakt med forskning och vetenskapliga studier i vård- och behandlingsmiljöer. Klinisk forskning om orsaker till och behandling av psykisk ohälsa bör uppmuntras.

##### - Säker hälso- och sjukvård

Den medicinska etikens grundregel att vård och behandling inte får skada patienten uppfylls genom ett aktivt och kvalificerat riskpreventivt arbete. Försiktighetsprincipen skall tillämpas inom psykiatri särskilt vid bedömning av biverkningar av medicinering. Integritet och trygghet kräver en kontinuerlig uppföljning och värdering av medicinsk patienthistoria för att undvika/korrigera feldiagnostisering och felbehandling. Möjligheter till "second opinion" skall utnyttjas när detta aktualiseras.

##### - Patientfokuserat förhållningssätt

Utmärkt genomgång av grunderna i detta synsätt. Fokusering på patientens egen förmåga till återhämtning och effekterna av vård och behandling är nära relaterat till den biokemiska individualitet som gör varje patient unik i ett vård- och behandlingsperspektiv. Det understryker behovet av det goda lagarbetet och nära samarbete mellan olika kompletterande kompetenser på vårdgivarsidan men också de nätverk som patienten behöver utveckla för att aktivt kunna medverka i sin egen återhämtning.

##### - Patientfokuserade insatser

Särskilt värdefullt att lyfta fram det principiellt viktiga i att patient har rätt att byta vårdgivare/behandlande läkare och därmed också behandling om detta framgår vara ett önskemål. Mycket viktigt är det resonemang som betonar somatisk status och tandhälsa

som båda möjliga (eller bidragande) orsaker till psykiska komplikationer.

### *Sammanfattning*

Samverkansöverenskommelsen och det avtalsunderlag som SLLs hälso- och sjukvårdsförvaltning utarbetat för vuxenpsykiatri är ett vårdideologiskt väl utvecklat programarbete. Det är detaljerat och utgår från ett brett kvalitetstänkande och grundläggande medicinsk etik.

Problemet eller utmaningen, hur man nu vill se det, är *implementeringen* – hur gå från vision till verklighet. Mycket av vård och behandling inom den psykiska hälsovården idag präglas av engagemang och kunskap/kompetens. Men ändå, kanske det dominerande intrycket i stället är en brist på det kvalitetstänkande som de handlingar vi tagit del av representerar. Att informera om och förankra denna ”vision” i verklighetens vårdmiljöer, till alla berörda på vårdgivar- och vårdtagarsidan är en utomordentligt viktig uppgift. Att klargöra för alla berörda att detta är vad som gäller, som alla har ett ansvar för att det också förverkligas.

---