

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2020

Så sade man förr

ANSVARIG UTGIVARE:
Alessandra Hedlund



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 5 SPF styrelseruta, ledare,
Alessandra Hedlund
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare,
Sara Lundqvist
- 7 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 18 Bokrecension: Olyckliga i paradiset. Varför mår vi dåligt när allt är så bra
Lars Farde
- 19 Bokrecension: Olyckliga i paradiset. Varför mår vi dåligt när allt är så bra
Gunilla Nilson, Thomas Silfving
- 30 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 43 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Lotta Sandström
- 60 Bokrecension: De omöjliga. Från psykiatireform till dyr och dålig vård, **SPF:s/Alessandra Hedlund**
- 62 Bokrecension: Förlåt, sa han
Björn Wrangsjö
- 64 Bokrecension: Dansa mjukt med tillvaron. Om mening, mod och möjligheter
Gunilla Nilson, Thomas Silfving
- 65 Bokrecension: KBT ur ett barnperspektiv. Förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete, **Björn Wrangsjö**
- 67 Bokrecension: Konsten att fördärva sitt liv – eller inte
Gunilla Nilsson, Thomas Silfving
- 68 Bokrecension: Falsk spegel. Reflektioner om självbedrägeri i en modern tid, **Thomas Silfving**
- 69 Bokrecension: Känslor och psykoterapi. Från forskning till behandling
Björn Wrangsjö
- 70 Bokrecension: Psykisk hälsa i skolan. Främja, skydda och stärka
Björn Wrangsjö
- 72 Bokrecension: Barn och psykosomatik – förståelse och bemötande, **Björn Wrangsjö**
- 74 Kalendarium

Tema:

- 10 Herr G och paranoian
Malin Appelquist
- 12 Med kraft och vilja mot jämlik hälsa
Ann Post
- 14 Vad får man vara?
Daniel Frydman
- 16 Tro och vetande, förr och nu
Jerker Hanson
- 18 Bokrecension: Olyckliga i paradiset. Varför mår vi dåligt när allt är så bra
Lars Farde
- 19 Bokrecension: Olyckliga i paradiset. Varför mår vi dåligt när allt är så bra
Gunilla Nilson, Thomas Silfving
- 20 Andefattig
Cecilia Gotby
- 22 Modernisering av psykiatrin i Stockholm under början av 1900-talet
Nils Lindefors
- 24 Bygget av Beckomberga sjukhus
Nils Lindefors
- 26 Tiden går... om förskjutning i perspektiv
Björn Wrangsjö
- 28 PubMed – En medicinhistorisk skattkammare
Sten Theander, Per Nettelblad
- 30 Så sade man förr. Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 31 När utmattningssyndrom hette astenisk insufficiens
Tore Hällström
- 32 Svensk psykiatrhistoria – bakgrund, journaler och diagnostik
Malin Appelquist

Psykiatriska nyheter:

- 56 Klinisk studie om ny möjlig behandling av PTSD startar i Linköping
Per Gustafsson

Covid-19

- 43 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Lotta Sandström
- 54 Psykiatri i pandemins spår
Redaktionen Svensk Psykiatri

Innehållsförteckning:

Debatt:

- 50 Orimlig väntan på bedömning och behandling av utvecklingsrelaterade problem hos barn och unga
Nils Haglund, Lena Nylander

Övrigt:

- 34 SPK 2021: ställa in eller ställa om?
Alessandra Hedlund, Jonas Eberhard
- 35 SPK 2021
En heldag den 18 mars 2021, via plattform Zoom
SPF:s styrelse
- 36 Kallelse och dagordning till Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte den 18/3 2021, **SPF:s styrelse**
- 37 Styrelsen föreslår att SPF ansöker om att bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet
Linda Martinik, Alessandra Hedlund
- 38 SPF fortbildar
Att samtala med den som inte orkar leva – ett personcentrerat förhållningssätt i suicidpreventivt arbete
SPF:s styrelse
- 40 BUP-kongressen slickar sina sår men planerar för snar revansch
Sara Lundqvist
- 42 Farmakologisk fortbildning för specialistläkare 2021
Styrelsen för SFBUP
- 44 Så minns vi Tonny Andersen
Lotta Sandström
- 45 Jag mötte min svaghet...
Utloggad!, **Lioudmila Mendoza**
- 48 Säker Suicidprevention – ett nationellt projekt för förbättrad suicidprevention, **Ullakarin Nyberg**
- 49 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne,
Styrelsen för SPF
- 53 Dags att nominera hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, **Styrelsen för SPF**
- 53 Nordic Congress of Psychiatry (NCP) 2021 –
Call for abstracts!
- 55 Dags att ansöka om Cullbergstipendiet
- 58 Svensk Förening för Äldrepsykiatri: Tillstånd med barndomsdebut med relevans för äldrepsykiatri
Robert Sigström
- 59 Lydia Sandgren, författare och psykolog
Jörgen Herlofson

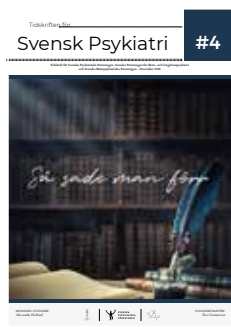
Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **10/02**
TEMA: Ensam och tillsammans



Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Alessandra Hedlund

HUVUDREDAKTÖR
Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER
Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson
(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR
Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN
Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD
Carol Schultheis
Triff/Shutterstock.com

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare



Tiden går...

... och ord ändras, liksom synsätt och kunskap. Bidragen på temat "Så sade man förr" avspeglar detta på många olika sätt. Här kan du läsa om den svenska psykiatrilhistorien, om ord som "försvunnit", hur man kan ta del av riktigt gamla vetenskapliga artiklar – och mycket mer.

Pandemin har lett till att möten och konferenser fått ställas om till virtuellt format. På flera platser i detta nummer hittar du information om vad som är på gång under nästa år därvidlag. Det kommer att finnas många tillfällen att fortbilda sig framför datorn i väntan på att vi kan ses "på riktigt" igen!

Nästa nummer...

... har temat *Ensam och tillsammans*.

Pandemin har för många inneburit ensamhet och ensamarbete men samtidigt nya sätt att vara tillsammans. Men det finns förstås andra infallsvinklar med relevans för psykiatrin.

Ensamhet kan vara önskad, att få vara ifred en stund. Eller så föredrar man att vara själv för det mesta, pga. personlighet eller sjukdom/tillstånd som driver en att isolera sig.

Ensamhet kan också vara oönskad, som den är för många av psykiatrins patienter och anhöriga.

Man kan även känna sig helt ensam fast man befinner sig tillsammans med andra.

Eller vice versa, man kan uppleva sig omgiven av och i gemenskap med andra i stunder då det inte finns någon annan fysisk person i ens närhet. Det kan vara i ett psykotiskt tillstånd eller handla om en andlig dimension på tillvaron.

Närhet kan vara något man längtar efter och som skrämmer på samma gång. Och denna längtan kan leda till att man råkar ut för alldeles fel personer, ibland med trista konsekvenser.

Det här året blev mörkt på många sätt. Nu går det mot sitt slut och vi hoppas väl alla att 2021 ska bli ljusare, att allt ska vända till det bättre. Till dess – må stundande helger skänka er återhämtning och avkoppling. Och passa på att skriva bidrag, på temat eller något annat av psykiatriskt intresse!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Att tiga är inte guld

Den pålästa kollegan går igenom det senaste kring LPT, utomordentligt bra som alltid. Bland annat det nya kravet på utevistelse för personer som är yngre än 18 år och tvångsvårdas. Utmärkt, självklart, okontroversiellt. Måste det verkligen lagstiftas om sådant? Uppenbarligen, vad ska man annars tro? Jag har för lite erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri så jag tiger. Men det är något som inte stämmer. "Krav på utevistelse", det låter som om man sitter i fängelse, vilket inte har något med psykiatri att göra. Jag hinner inte följa upp min tanke just då, så jag gör en notis i anteckningsblocket och går vidare.

Det dröjer inte länge tills något annat skakar till mig. "Tvångsvård får absolut inte förekomma på öppenvård." Samtidigt har vi öppen tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Det går inte ihop för regelverket men vi får lov att få det att gå ihop i praktiken. Minns min litteraturlärare som förklarade vad en "oxymoron" är; egentligen, ett av många vackra sätt att beskriva verkligheten. Verkligheten jag talar om är dock inte speciellt vacker.

Visst är rättssäkerhet kring LPT extremt viktig. Men jag kan inte låta bli att fundera över hur visst regelverk skvallrar om en föråldrad syn på psykiatri. Visst, psykiatrisk tvångsvård har använts av totalitära regimer för att få tyst på motståndare. Visst, mentalsjukhus kunde vara fängelselika. Ett frihetsberövande ställer mycket höga krav på etiskt förhållningssätt och eftersom etik är svår att lagstifta om tar man till både hängslen och livrem. Hur man än vrider och vänder på det har vi ändå fördomar att förhålla oss till, som ett monster kan de växa sig starka om de inte tas om hand och ifrågasätts. Monstret är synen på psykiatri som maktutövande. Som maktmissbruk, som straff, som fängelse. Hurvida min landsman Franco Basaglia trodde att det var möjligt att lagstifta bort monstret 1978 vet jag inte. En sak är säker, mer än 40 år senare är monstret i alla högsta grad vid liv, något som vi yrkesverksamma ständigt har att hantera. Det är monstret som genererar stigma, göder skammen, matar fördomar. En bild som vi behöver nyansera, varje dag, oavsett vilken del av verksamheten vi arbetar på.

I det här numret sticker vi därför ut hakan lite, som styrelse och företrädare för vår profession. Vi är överens om att det emellanåt förmedlas en bild av psykiatri som behöver balanseras. Den nödvändiga kritiken som kan hjälpa oss växa måste vara konstruktiv, inte fördomsfull. Det är inte okej att de som uttalar sig får tolkningsföreträde bara för att professionen är tyst. Även tystnad talar och vi vill inte ha det så. Att tiga är inte guld om den som tiger samtycker.

I vårt land är man fri att säga vad man tycker men med frihet kommer ansvar. Ansvar att skilja mellan sak och person. Mellan egen erfarenhet och kollektiv erfarenhet. Mellan min uppfattning som yrkes- respektive privatperson. Ansvar att bidra till en sansad debatt och förebygga polarisering. Ansvar att ge människor verktyg för att tänka själva, istället för att försöka övertala dem om sin egen ståndpunkt. Det är vad demokrati handlar om.



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

ALESSANDRA HEDLUND

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Alessandra Hedlund
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Martin Hultén
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Linda Martinik
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Jonas Eberhard
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FACKLIG SEKRETERARE: Lotta Sandström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

REDAKTÖR SVENSK PSYKIATRI: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Karl Lundblad
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
c/o Bron Innovation, Storgatan 73 852 30 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Vi lever i en tid då stigmat kring psykiatri minskar sakta men säkert. Vår disciplin blir allt mer vetenskaplig och ingen skulle ifrågasätta dess status som medicinsk specialitet. Psykiatrins särart har gått från att vara udda och läskigt till något som lockar begåvade människor till att jobba med det. Synen på våra patienter är inte längre paternalistisk, intresseorganisationerna växer och tar plats. Vi vill inte gå tillbaka i tiden. Men vi vill inte heller gå in i en tid då professionens röst viftas bort som partisk bara för att världen ska vara svart eller vit. Den nödvändiga gråskalan, det är guld det.

På tal om guld, i det här numret finner du kallelse till årsmötet 2021 och inbjudan till vårens första digitala fortbildningar. Alla medlemmar är varmt välkomna att delta, både styrelsen och jag ser väldigt mycket framemot dessa dagar. Hoppas att de stundande långhelgerna blir till glädje och återhämtning, om än med annorlunda förutsättningar än ett vanligt år. Vi ses i vår över länk!

Alessandra Hedlund
Ordförande SPF

Dystra tider och puttrande verksamhet

Det är svårt att inte känna oro över de konsekvenser pandemin för med sig för barn och unga i behov av hjälp från barn- och ungdomspsykiatri. Alla våra grupputbildningar och gruppbehandlingar som vi implementerat de sista åren står nu helt avbokade. Barnen och deras föräldrar ställs var- samt tillbaka på väntelistan. De sjukaste erbjuds en individu- ell kontakt men för väldigt många blir väntan lång.

Ett litet ljus i mörkret är att regeringen beslutat tillsätta en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Man skriver att "Detta gäller inte minst i det efterarbete som följer på utbrottet av sjukdomen covid-19, då en stor mängd uppskjutna vårdinsatser kommer att behöva omhändertas." Delegationen ska bl.a. stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet samt stödja re- gionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård. Uppdraget ska delredovisas senast den 30 juni 2021 och slutredovisas senast den 15 maj 2022. Deltagare i delegationen från BUP är adjungerad professor Clara Hellner. I delegationen har också Anki Sandberg från riksförbundet Atten- tion valts in. Anki har tillsammans med Sven Bölte, professor på KI (KIND), skrivit en opinionstext på temat. Man skriver bl.a.:

"BUP:s köer är symptom på ett systemfel. Ensida satsningar på att korta köerna är en kortsiktig och ineffektiv strategi, som speglar planlös- het i frågan och bristande förståelse för neuropsykiatriska funktionsned- sättningar och komplexitet i uppkomsten av barns psykiska ohälsa. Vi efterlyser ett helhetsgrepp och mer kunskap behövs för att nå adekvata lösningar för denna viktiga samhällsutmaning."

Sfbup önskar denna delegation lycka till med ett arbete som hittills varit svårt att nå framgång med, kanske är äntligen tiden mogen. Sfbup kommer att bjuda in både Anki och Clara till årets Led- ningsmöte för att vidare diskutera delegationens arbete.

Sfbup har länge arbetat för att kunskapen om barns psykiska ohäl- sa och psykiatriska sjukdomar skall spridas i sjukvården och att "våra barn" skall kunna tas väl hand om på flera vårdnivåer. En del i det arbetet är kursen som hålls varje år för ST-läkare i allmänme- dicin med titeln "Psykisk ohälsa och sjukdom hos barn". Kursen anordnades i år förstås digitalt, vilket gjorde att nästan alla de som var anmälda kunde vara med trots pandemin. Föreläste gjorde Emma Elfström, skolläkare, Camilla Sandin Bergh, distriktsläkare med erfarenhet från ungdomsmottagning, och jag. Väldigt roligt att lära ut basen i barn- och ungdomspsykiatri och roligt att få förmedla kunskap om barn och ungdomar som verkligen kom- mer till nytta.



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist
(sara.lundqvist@vgregion.se)

VICE ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@sll.se)

FAKTLIG SEKRETERARE: Beata Bäckström
(beata.backstrom@skane.se)

KASSÖR: Shiler Hussami
(shiler.hussami@norrbottn.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Maria Unenge Hallerbäck
(Maria.Unenge.Hallerback@regionvarmland.se)

UTBILDNINGSANSVARIG: Gunnel Svedmyr
(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan
(cecilia.gordan@sll.se)

LEDAMOT: Anne-Katrin Kantzer
(anne-katrin.kantzer@vgregion.se)

LEDAMOT: Carl-Magnus Forslund
(carl-magnus.forslund@skane.se)

ST-REPRESENTANT: Astrid Moell
(astrid.moell@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Jag vill ägna några rader om att tipsa om en annan kurs som Sfbup nu också lagt om till digital form och där vi redan direkt efter att vi öppnat inbjudan hade en stor tillströmning av intresserade, nämli- gen vår Farmakologiska Update, riktad till specialister i barn- och ungdomspsykiatri. Föreläser i år gör Kerstin Arnsvik-Malmberg, överläkare BUP Stockholm, kursansvarig, och Beata Bäckström, överläkare BUP Skåne och styrelseledamot i Sfbup. Se sidan 42. Anmälan till kursen hittar ni på Sfbups hemsida. Hoppas vi ser er där!

Ta hand om varandra!

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Med lite beska

Igår bubblade jag över av indignation och då kunde det båda en intressant ledare.

Det blev inte mycket kvar. Jag var alldeles för arg.

Min indignation och drivkraft mojade, vilket förstås hänt förut.

Men det kommer nog igen!

Hoppas att drivkraften finns kvar för alla strävsamma människor därute.

Jag har just varit med på ett SPUREX-möte och alla som är "i toppskiktet" vet att detta är den så kallade styrgruppen för SPUR vilket är ett LIPUS-företag.

Vi pratade om hur man kalibrerar sig, det vill säga hur man inom varje specialitet tolkar respektive kliniks respons på förordning (SOSFS) som reglerar krav på ST-utbildande enheter.

Kan inte låta bli, den fråga som handlar om huruvida man har den utrustning vilken krävs för att bedriva diagnostik – och i förlängningen vård – och, vilket jag inte kan låta bli att säga, differentialdiagnostik, är väldigt lockande att lyfta.

Vad tycker man i det psykiatriska landet?

Vad tycker DU?

Vill även fråga, har DIN klinik/verksamhetsdomän låtit SPURa sig?

Det fattas en hel del, kan jag säga, innan de vita fälten täckts.

Det är lag på att låta granska sig, men det är litet motstånd. Passivt sådant.

Jag skulle önska mig en mer aktiv rörelse med mer framåtönskan.

Det senaste i framåtönskan är att det virtuella vårdintyget diskuteras. Hälsa på hemma hos patienten eller intervjua denne på nätet, och sedan skriva ett vårdintyg. Men varför inte, vi har ju tekniken! Fast den räcker inte till patient-anhörigkontakt. Det skrevs i DN för någon månad sedan att förhandlingar om tvångsvård sker på distans: "Känns inte bra läkareiskt". Detta känns än mindre läkareiskt.

Finns där ingen som vill prova på detta? Manar en vårdutvecklare. Gör det, så får vi veta!

Dock.

Vi har ju en myndighet – den benämns Socialstyrelsen – som sällan vill berätta hur vi ska göra, men gärna förbehåller sig rätten att kritisera om vi gör något.

Kritiken i detta fall, om vi har lust att testa något som INTE är sanktionerat i lag, så riskerar vi att få ett personligt åtal för olaga frihetsberövande. Och usel myndighetsutövning, personligt ansvar även detta. Men ingen idéfylld vårdutvecklare åker dit.



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Per-Axel Karlsson

(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg

(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay

(kassoren@srpf.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Hedvig Krona

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

FAKTLIG SEKRETERARE: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:

Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Anna Hillerberg, Sara Öster

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

Ingen landstings- eller regiondirektör.

Nää tack. Jag vill inte offra mig mer för otack, tystnad eller till och med intern och extern kritik.

Problemet i det hela är att jag vill mer än så här.

Nuläget som diskuteras varje dag

Virussituationen börjar bli påfrestande även för de patienter som hämmas av restriktionerna och då samhället öppnar får vi allt fler klagomål på att man inte får träffa sina anhöriga. Skype kanske skulle kunna vara en lösning men i ett redan smalt och anorektiskt landsting är även detta oprioriterat.

Tekniken finns förvisso.

Stödpersoner är ofta äldre som vill göra en social insats, vara kompis med den tvångsvårdade patienten. Ja just, det, äldre... dom skulle vi ju hålla ifrån patientkontaktarna?

Vinterhälsningar, om än beska, från

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **10/02**
Tema: Ensam och tillsammans



Utgivning 2021

NUMMER 1 2021

Tema: *Ensam och tillsammans*

Deadline 10 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2021

Tema: *Sanning*

Deadline 19 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2021

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 1 september

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2021

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 17 november

Utkommer vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatin. Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 800 ord (om du har bild eller figurer 600 ord).

Om Din artikel har fler ord och inte går att korta kan vi behöva publicera den på vår hemsida istället.

Rubriker: Vi är tacksamma om Du förser Din artikel med förslag på rubrik/titel och underrubriker.

Filformat: Skicka den oformatterade texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

Porträttfoton och andra foton: Vi vill gärna ha foto på våra författare. Det är bra om ni skickar med foto (dock inte inbäddade i artikeln utan som bilaga), i så hög upplösning som möjligt, redan när ni skickar in er artikel. Om Du har andra foton som Du tycker är relevanta för Din artikel så skicka gärna med dem. Uppge alltid namn på fotograf.

Figurer: Vi publicerar endast diagram eller andra figurer som är väsentliga för resonemanget i Din artikel och som skickas som bilaga.

Författaruppgifter: Ange korrekta och utförliga författarpresentationer både i e-brevet och i artikeln. Namn, titel och arbetsplats.

Postadress: Svensk Psykiatri, c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

ANNONS



Kristianstads lasarett i början av 1900-talet. I byggnaden till vänster fanns sinnessjukavdelningen. Där vårdades Herr G i ca tre månader.

Bilden kommer från Bo Ingvar Jönsson Bilder AB

Herr G och paranoian

I maj 2019 disputerade jag i psykiatrihistoria på ett fantastiskt journalmaterial från Kristianstads lasarett från åren 1896 – 1905. Jag följde även upp de patienter som senare kom till hospitalet i Lund. Här ska ni få träffa en av patienterna och hans resa genom dåtidens sjukvårdssystem.

Vård på lasarettet

Herr G föddes 1862 i nordöstra Skåne. Han blev senare artillerist i militärstaden Kristianstad och hade under denna tid "varit begifven på starka drycker". Han inkom 1898 till Kristianstads lasarett på grund av religionsgrubbel samt att han en tid hade känt sig förföljd av svågern och hustrun. Enligt sinnessjukstadgan och lasarettstadgan hade alla lasarett en skyldighet att tillhandahålla ett visst antal vårdplatser för sinnessjuka pga. den rådande vårdplatsbristen på landets hospital. Lasarettsvård skulle erbjudas i väntan på en hospitalsplats, vilket ofta dröjde en tid. Kristianstads lasarett hade vid denna tid 146 vårdplatser varav 7 var reserverade för sinnessjuka.

Ansökan om hospitalsvård

Herr G lades in på lasarettet med diagnosen "paranoia". Det framkom att han mått sämre de senaste två åren. Han hade va-

rit mer retlig och inte haft någon arbetslust. På lasarettet gjordes en ansökan om hospitalsvård. Till denna behövdes det ett läkarintyg, ett intyg från anhöriga som skulle kontrasigneras av kyrkoherden samt ett prästbevis med betalningsförbindelse. Vid denna tid kostade det en del att vårdas på lasarett (även om sinnessjuka fick reducerad avgift) men vård på hospital var förmånligare. De första månaderna var alltid avgiftsfria. Var man fattig stod kommunen därefter för fortsatt vård. Vård i första eller andra klass var alltid förlagda med avgifter. Trots en korrekt gjord ansökan var det endast hälften av patienterna som efter en tids väntan faktiskt erhöll vård på ett hospital. Patienter som inte kunde vårdas hemma och "inte kunde taga vård om sig själva", samt våldsamma, skulle prioriteras för hospitalsvård enligt sinnessjukstadgan.

Vård på Lunds hospital

Herr G kom till Lunds hospital efter ca tre månaders vård på lasarettet. Vid inskrivningssamtalet ville han inte prata så mycket med överläkaren. Han sa "professorn vet redan allt om mig". Han var helt övertygad om att en stor liga var efter honom. Han beskrevs som lugn och han ville komma igång att arbeta så fort som möjligt på hospitalet. Vård på lasarett var alltid fri-



Kristianstads upptagningsanstalt (byggd 1909) dit Herr G flyttades 1932. Den gula byggnaden till vänster är nuvarande psykiatriska kliniken i Kristianstad.

Foto: Malin Appelquist

villig och man kunde skriva ut sig när som helst, även om man var svårt sinnessjuk. De anhöriga stod för huvudansvaret, men i samband med en inläggning på hospital övertogs detta ansvar av överläkaren, vilken även beslutade om när utskrivning skulle ske. Då Herr G varit på Lunds hospital i en månad ville han hem och skickade in en överklagan om sin vård till Medicinalstyrelsen. Detta hade alla patienter rätt till att göra enligt sinnessjukstadgan. Dock får han avslag på sin ansökan utifrån sin paranoia.

Utskrivning

Våren 1899 hade Herr G vårdats drygt ett halvår på hospitalet. Han beskrevs som fortsatt lugn men hade tendenser till "falska föreställningar". Han var arbetsvillig och ville åka hem. Han bedyrade att han inte ville hämnas på hustrun och svågern. Överläkaren på Lunds hospital diskuterade med Medicinalstyrelsen telefonledes, samt hemkommunen. Bedömningen blev att Herr G ansågs klara sig själv och skrevs således ut. Kommunen och kyrkoherden hade ett ansvar att följa upp patienter med sinnessjukdom med hembesök minst en gång årligen efter utskrivning från hospitalet.

Försämring och fattigvård

Initialt fungerade det skapligt för Herr G. Senare blev han alltmer våldsam och uppfattades mer sjuk. Det noterades att han inte tvättat sig eller bytt kläder under åren 1904 - 1907. Hans hår och skägg hade vuxit sig långt. Han åt huvudsakligen bröd och kaffe och hustrun hade lämnat honom. Kommunens fattigvård kopplades in och gjorde hembesök. 1907 noterades det att han hade många katter. Han lät dem äta först och tog själv sedan det "som blev över". I slutet av 1907 togs Herr G in på fattiggården i Kristianstad då han inte bedömdes kunna ta vård om sig själv. Han beskrevs som "oftast lugn men ibland våldsam". Han sade sig omväxlande vara Karl XII och Kristus. Han kände sig förföljd, men ansåg sig inte vara sjuk.

Hospitalet i Sverige granskades årligen av en överinspektör utsedd av Kungliga Medicinalstyrelsen (som senare blev Soci-

alstyrelsen). I mån av tid skulle dessa inspektörer även granska lasarettens sinnessjukvårdavdelningar samt fattigvården. Fler-talet sinnessjuka vårdades på fattiggårdarna pga. platsbrist på lasarettet eller hospitalen, men även av kostnadsskäl. Däremot fanns det sällan utbildad vårdpersonal på fattiggårdarna eller krav på journalföring och dokumentation.

I 1911 års inspektörsrapport för fattigvården i Kristianstad återfinns Herr G. Han hade då varit inlåst i en cell under ca fyra års tid. Han pratade ständigt, även nattetid och störde andra patienter. Överinspektören dr Georg Schultheis rekommenderade fattigvården att skriva en ansökan för fortsatt vård på hospitalet då "han här icke kan erhålla annan vård än cellbehandling och sådan af humanitetshänsyn icke för någon sinnessjuk bör utsträckas längre än nödigt". Han påpekade även att två andra sinnessjuka hade "förvarats" på fattiggården i sex respektive fyra år i väntan på plats å asyl.

Kronisk sjukdom och asylvård

Fattigvården ordnade med intyg och ansökningshandlingar för hospitalsvård för Herr G. Hospitalen skulle prioritera patienter som ansågs botbara och asylerna vårdade dem som ansågs kroniskt sjuka. Herr G kom till Lunds Asyl 1912 och han var då ständigt missnöjd samt våldsam ibland. Han sa sig vara Gustav Vasa eller en blomma. Hans vanföreställningar blev alltmer stillsamma och han lugnade sig med åren. 1932 utskrevs han till Kristianstads upptagningsanstalt för sinnessjuka där han senare samma år avled i coloncancer 70 år gammal.

Malin Appelquist

*Överläkare och ST-studierektor psykiatriska kliniken Kristianstad
Med. dr. psykiatrihistoria och f.t. post.doc. psykiatrihistoria vid
Lunds universitet*



Foto: Daniel Andersson

Kappan till min avhandling finns på nedanstående länk för den som vill läsa mer.

[https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/insania-simplex-empiriska-studier-av-psykisk-sjukdom-vid-foerrasekelskiftet\(16ec576f-78c2-49a8-8950-476873906baf\).html](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/insania-simplex-empiriska-studier-av-psykisk-sjukdom-vid-foerrasekelskiftet(16ec576f-78c2-49a8-8950-476873906baf).html)

Med kraft och vilja mot jämlik hälsa

På thoraxkliniken låg cigarettröken tät i entrén. En insändare i personaltidningen om att begränsa rökningen, för att stödja patienter som kanske önskade sluta röka under sjukhusvistelsen, orsakade en het debatt. Inte hade man rätt att i en stressfylld situation försvåra möjligheten för sjukhusvårdade att ta ett lugnande bloss. En patient som fått lungcancerdiagnos förvånades dock över att ingen i vården frågat henne om hon rökte. Det sambandet kände väl alla till – även hon.

Rökfri miljö för alla

När jag som distriktssköterska några decennier senare fick en tjänst på Rökmothuggningen kände jag igen tankegångarna. Beslut var fattat om rökfritt sjukhus och på informationsmötet fanns motstånd bland personalen som stred för patienternas möjlighet att få röka. Det gällde särskilt på psykiatriska kliniken. Psykisk ohälsa var vanlig bland rökarna som ofta ledde till en hög konsumtion. Men i många fall förbisågs riskerna med detta och försök att sluta avråddes då det bedömdes kunna försämra det psykiska tillståndet.

I samband med att många forskningsrapporter visade hur skadlig tobaken var för inte bara rökarens hälsa utan även för omgivningen började antalet rökare minska. De sociala attityderna till rökning förändrades i snabb takt och varningstexter på paketen och senare också bilder, drev de som länge funderat och försökt sluta att söka hjälp. Personer med svagare socioekonomi, psykiatriska problem och vissa grupper av invandrare rökte fortsatt i hög utsträckning.

Rökavvänjningsstöd livsviktigt

Behovet av rökavvänjningsstöd ökade i takt med lagstiftning och prisökning på tobak. Informationssatsningar och kampanjer fick många att haka på trenden att sluta. Nya läkemedel mot nikotinberoende lanserades och hade till följd att vården involverades. Statistiken visade att personer med långvarig psykisk sjukdom förlorade cirka 20 år av förväntad livslängd och att rökning var en av de största orsakerna. Kriminalvården hade lyckats genomföra rökfritt inomhus och inom psykiatriska kliniker tog steg i samma riktning. På många håll rapporterades ett större lugn på avdelningarna när rökrummen hölls stängda nattetid. Studier visade att förmågan att sluta röka för personer med psykisk sjukdom var jämförbar med den generella befolkningen med långsiktigt stöd.

Nationellt stöd för råd på tråd

Sluta-Röka-Linjen startade 1998 och drivs inom Region Stockholm med stöd av statliga medel. Tjänsten är lättillgänglig och passar i många fall personer som tvekar eller har svårt att söka hjälp för sitt tobaksberoende. Professionella behandlare nås både dag- och kvällstid och den är kostnadsfri. Många av

dem som kontaktar linjen idag tillhör prioriterade grupper och tjänsten erbjuder också support på olika språk. Möjligheten för vården att ställa frågor likväl att kunna hänvisa patienter till linjen har utvecklat anpassat stöd för personer med olika behov.

Under de dryga 20 år som Sluta-Röka-Linjen funnits har man bidragit till den stora minskning i daglig rökning som skett från runt 20 till 7 procent i Sverige. Och nu vet vi att alla som vill också kan och mår bättre av att sluta röka.

Målet till år 2025 med mindre än 5 % daglig rökare – en utmaning som vänds till en möjlighet!

Ann Post

Leg. sjuksköterska, med. dr

Hälsofrämjande Levnadsvanor

Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin

Region Stockholm



Fotograf: Bosse Johansson

Läs mer om rökavvänjning inom psykiatri: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Folkhälsoguiden/faktablad 2019.7.

ANNONS



Shutterstock/Tony Marturano

Vad får man vara?

Det där med tändningsmönster är intressant. Vad som anses vara normalt, vad som anses vara avvikande och vad som anses vara fel har skiftat genom epoker och olika kulturer. Från det antika Grekland finns beskrivningar av att pojkar var som vackrast och mest åtråvärda precis innan de blev könsmogna. Pojkarna var då föremål för den potente mannens åtrå, men när de puberterat var det inte länge aktuellt att en man skulle ha sex med de då unga männen, för nu skulle de förvandlas till den som äger sexualiteten.

Det sexuella livet har i olika samhällen reglerats på olika sätt och en persons lust har ofta underställts fortplantningen som princip. Den religiösa eller politiska konsekvensen har varit att sex skulle ses som en plikt gentemot Gud eller Staten, vilket

gjort att sex inom (det givetvis heterosexuella) äktenskapet varit det enda som inte är en synd, eller ett brott. Homosexualitet har genom historien varit belagt med olika straff och är det alltjämt i vissa länder.

Inte bara praktiken, utan också impulsen eller begäret efter ett objekt som inte varit det "normala", har setts som felaktigt, perverst eller sjukt. DSM-systemet är intressant inom den psykiatriska historieskrivningen, där definitionerna av "sexuella avvikelser" förändrats tydligt från början 1954 till idag. Själva driften att tända på något annat än en person av motsatt kön har setts som patologiskt, oavsett om det gäller homosexualitet, exhibitionism, masochism, eller något annat. Även i DSM-5 finns ett kapitel om parafilier kvar, men över tid har definitionerna av vad som är sjukt förskjutits från att *ha en lust* i en viss

riktning till om denna lust innebär *ett lidande eller kränker någon annan*. En person som tänder på något särskilt och utövar det den gillar tillsammans med någon annan som är med på det, kan inte betraktas som sjuk i detta avseende.

Den betoning som i DSM-5 finns när det gäller konsekvenserna för andra personer, är viktig. Så länge som någons impulser inte *drabbar* någon annan, så är impulserna personens ensak, även om de också kan innebära ett lidande för den enskilde. Även pedofili skulle då gå att se som ett "tändningsmönster bland andra", om personen som tänder på barn inte agerar på impulserna. Men detta är för de flesta en högst kontroversiell tanke.

Sommar och pedofili

På min gata i stan, har vi på min gård en stor syrenberså som på somrarna används flitigt och där grannar delar bord och många roliga samtal äger rum. En varm sommar för några år sedan, satt ett stort sällskap i augustimörkret och pratade, och en av grannarna sa att hon hade en tanke som hon ville dela med oss andra. Hon sa att hon önskade att samhället hade varit mer tolerant, och att folk skulle kunna respektera varandra bättre. "Tänk om", sa hon, "det kunde va så att vi stod ut med att andra var som dom var. Till exempel att jag skulle be någon granne att vara barnvakt åt mina barn en kväll för att jag och min man ville gå på bio, men att grannen svarade `nej tyvärr det går inte, jag är pedofil så det är inte bra om jag är ensam med barn.` Visst skulle det vara bra?"

Föga förvånande så väckte den tanken många diskussioner. Grannen, Johanna Ställberg, övergav dock inte idén med den här bersåkonversationen. Hon är filmare och har just gjort en kortfilm på temat, med titeln "Jag är pedofil". I filmen är toleransen gentemot den pedofile inte lika hög som den hon drömde om den där sommarkvällen. Historien är väldigt enkel: en kille är på middag hos syskonets familj, döttrarna har något problem med internet och vi får anta att den här killen kan såna saker. Han är väldigt motsträvig och har inte alls lust att följa med till nedervåningen för att hjälpa till, vilket får hans syster att tycka att han är extremt jobbig. Hon kräver att han ska berätta vad det är, men han vill inte, säger att hon kommer hata honom om han berättar. Det blir ett väldigt tumult när det hela till slut kommer fram, även om han säger att han dels aldrig agerat på sina impulser och dels sökt hjälp och börjat

få någon sorts behandling, för att kunna hantera sitt liv. Den korta filmen lyckas förmedla olika komplexa reaktioner hos alla inblandade: rädsla, förakt, självförakt, hat och desperation, allt passerar hastigt förbi och vi lämnas utan någon lösning mitt i konflikten. Definitivt sevärd.

Förutom att göra filmer, så har Johanna Ställberg också sedan några år en podd vid namn Talking to experts. Hon har genom åren sänt samtal bland annat om stadsplanering, humor, jordenruntyckling, Brasilien, suicidprevention och kriminologi. Avsnitt 59 av poddserien är ett samtal om pedofil störning med vår kollega Christoffer Rahm. Tack vare att Johanna Ställberg är mycket nyfiken och fördomsfri, så blir det ett väldigt intressant samtal.

Filmen har kommit till användning i sökandet efter försökspersoner i Christoffer Rahms studie om behandling av pedofil störning.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoanalytiker
Stockholm

Podden går att höra där poddar sänds, t.ex. <https://poddtoppen.se/podcast/1444530207/talking-to-experts/tte-59-pedofil-storning-med-christoffer-rahm>

Tro och vetande, förr och nu

*Exempel: Vårdens väg. En krönika om
hälso-och sjukvårdens historia i Säffle.
Stig Andersson, Hippocampus 2020*



När jag gjorde research inför Lars Fardes och min artikel om sökande av kunskap (1) blev det pinsamt tydligt hur lite jag egentligen följer av allt som skrivs. Inte bara det – jag har också svårt att förstå, sätta in i sammanhang och värdera. Detta är inte (bara) en åldersfaktor. Var det enkla förr? I min barndom fanns ett radioprogram där Gösta Knutsson i Uppsala ställde frågor till "allvetaren" Einar Haglund. Han svarade med släpig röst utan tveksamhet. Religioners försanthållanden fick inte gärna betvivlas of-fentligt. Vi vet mer nu men fortfarande är det väl avsevärt mycket mer som vi inte vet? Bra forskning kan ge vissa svar men ställer fler nya frågor.

Jonna Bornemark har lyft fram det omätbara

Vilket förhållningssätt till vår okunskap är rimligt? Filosofen Jonna Bornemark (2, 3) har lyft fram det omätbara samt det

skadliga i att kvantifiera för mycket och att mätande i basal omvårdnad tar kraften från vad man egentligen bör göra. Andra lyfter fram behovet att undersöka och mäta. AI och algoritmer som grundar sig på mätningar anses effektivisera och "rädda liv" (4). Fröding skrev 1891 "Men gudskelov, att ... finnas, för vilka sanningen är ganska klar! *men ...*

Det, som är sanning i Berlin och Jena, är bara dåligt skämt i Heidelberg."

I en recension (5) beskrivs hur vi hanterar osäkerheten genom olika "berättelser". Berättelserna beskriver sammanhang och förlopp på ett sätt som gör att vi tror på dem och vi blir tryggare. Det viktiga är kanske inte sanningshalten utan att man är övertygad och har "goda skäl" för sin uppfattning. Kanske också att teorierna passar in i en tradition och i trender. Det är tydligen viktigt att tro på någonting, att ha en teori som

förklarar hur vissa saker hänger samman. Detta har nog inte ändrats väsentligt än.

Okunskapen kan vara en fundamental drivkraft

Berättelserna har hjälpt oss att hantera osäkerhet under evolutionen. Men osäkerheten kan också vara en "fundamental drivkraft" som ger plats för kreativitet och entreprenörskap. Jag tänker att psykiatrisk diagnostik rymmer en avsevärd osäkerhet och därmed evolutionär drivkraft. Att diagnosticera enligt DSM 5 och ICD 11 kan ge en känsla av säkerhet men om man förhåller sig kritiskt finns chansen till utveckling. Detta gäller likaså teorier om serotonin och dopamin.

"Evidensbaserad medicin, EBM" är ett mantra idag, ett narrativ som vi lutar oss mot. Det ger en förklaring och en känsla av säkerhet. Med "evidensbaserad" avses oftast att en grupp som fått behandling med ett läkemedel blivit signifikant bättre i något avseende än en grupp som inte fått. Viktig kunskap men man måste komma ihåg att det oftast är stor överlappning mellan grupperna. Mestadels har några som fått behandlingen till och med blivit sämre.

Number needed to treat, NNT

När "number needed to treat, NNT" t.ex. är 10 för en viss behandling är "evidensen" mer en vattenpelare att luta sig mot. Det är ju bara 10 % chans att vi avhjälper en patients problem! Vad gör vi åt övriga 90 %? Vad säger vi till patienten? I praxis blir det alltså avgörande att följa upp hur det går för just min individuella patient och handla därefter.

Läkekonsten har uppenbarligen haft annat att ge – annars hade vi inte fått hålla på i tusentals år. Hur kan vi förstå detta, utveckla och lära ut systematiskt? Vad sker i en konsultation – utöver den ringa del som idag är evidensbaserad?

Samma dag som jag fick en länk till några nya riktlinjer fick jag ett ex av Stig Anderssons nya bok "Vårdens väg" (5) som handlat om sjukvårdens historia i min hemstad Säffle. I riktlinjerna finns ingen person av kött och blod i sikte. I Stig A:s bok får jag en bild av dynamiken nära människor. Det är en levande berättelse, fylld av färg- och slitstarka distriktssköterskor, barnmorskor, överläkare, husmödrar och politiker. Man får en bild av samhället under olika perioder, hur sjukdomspanoramat ändrats. Infektionssjukdomar har nästan försvunnit (men återkommit i år). Först i senare tider har man fått effektiva behandlingsmetoder – mestadels läkemedel såsom antibiotika. Olika paradigm!

Jordnära personer har tagit vad man hade

Sjukvården i Säffle har uppenbarligen inte varit styrd av ideologier eller varit särskilt evidensfokuserad. Jordnära personer har "tagit vad man haver" av metodik enligt "berättelser" vi sällan känner till. Personliga relationer och vetskapen hos de sjuka att "Doktor Hanna" (utan särskilt mycket utbildning) på Värmlandsnäs fanns och kom när hon fick bud var i sig en bra medicin.

Min brustna app och min peritonit har lärt mig ...

Hur står sig den vård man gav inklusive Dr Hanna-effekterna vad avser mätbara resultat? Vad skulle NNT vara, t.ex. av

"våtvärmande omslag"? Kirurgin var nog mer resultatbaserad – man såg mer direkt effekterna av ingrepp. Jag hade nog inte klarat mig med min brustna app och peritonit 1947 om inte dr Dahlgren reopererat mig och om inte penicillin just blivit tillgängligt.

Vår förmåga till social samverkan har gjort oss till planetens härskare

Harari (7) har lyft fram vår förmåga till social samverkan som, mer än intelligensen, gjort oss till planetens härskare, t.v. Gemensamma berättelser har varit ett verktyg. Men utan mätande och teoretiserande hade vi stått på samma nivå som vi gjorde under tusentals år innan upplysningstiden anvisade ett nytt förhållningssätt till omvärlden. Även idag bör allt det vi inte vet locka till rationella analyser av våra "berättelser" och till att lära oss fler effektiva metoder i sjukvården.

AI kan bara kvantifiera och räkna. Tilltron får vi komma med själva, likaså berättelserna som ger oss förståelse. Jag tänker att manualerna står för den rationella, evidensbaserade kunskap vi har. Men i manualerna syns inga människor. Utan människor blir det inte mycket resultat.

Jerker Hanson
Docent, pensionerad psykiater
jerker.hanson@telia.com
Foto: Per Hanson

Referenser

1. Farde L, Hanson J. Hur får vi tillgång till ny kunskap? Svensk Psykiatri, 2020;3:42-43
2. Bornemark, J. Det omätbaras renässans. En uppgörelse med pedanternas världsherravälde. Stockholm: Volante, 2018
3. Bornemark, J. Horisonten finns alltid kvar. Om det bortglömda omdömet. Stockholm: Volante, 2020
4. Andersson, T. Algoritmakaren. Fri Tanke, 2020
5. Lundblad, B. Evolutionen ger oss kraft att hantera osäkerhet. Svenska Dagbladet, 200925: understreckat
6. Andersson, S. Vårdens väg. Vårdens väg. En krönika om hälso- och sjukvårdens historia i Säffle. Hippocampus, 2020
7. Harari, Y. N. Sapiens. En kort historik över mänskligheten. Stockholm. Natur & Kultur, 2014.



En bok med anknytning till temat

Christian Rück, psykiater och professor vid Karolinska Institutet, har under året debuterat som författare med en bok som rönt stor uppmärksamhet med sin tankeväckande frågeställning.

Att låta fler än en recensera samma bok är ett grepp som vi använt tidigare för att få olika infallsvinklar. Vi gör så även nu då det gissningsvis är många psykiatrer som brottats med frågan.

Värt att påpeka med tanke på detta nummers tema är att boken är rik på historiska tillbakablickar med många exempel på "Så sade man förr"!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

I media möter vi ofta rapporter om ökad psykisk ohälsa hos den svenska befolkningen, om stigande sjukskrivningstal inom psykiatri och om utbredd förskrivning av antidepressiva läkemedel. I sin bok *Olyckliga i paradiset* kontrasterar Christian Rück dessa alarmrapporter mot det sista århundradets medicinska framsteg och att vi lever i ett samhälle med få riktigt fattiga människor och betydande social trygghet i många avseenden. En övergripande och knivskarp fråga är ifall det verkligen stämmer att den psykiska ohälsan har ökat?

Som en röd tråd genom boken går frågan ifall en diagnos med nödvändighet är detsamma som en behandlingskrävande sjukdom och med nödvändighet måste ses som onödigt lidande. Den underliggande frågan ifall alla diagnosbegrepp är relevanta belyses med en ingående beskrivning av hur diagnosbegreppet "utmattningssyndrom" växte fram, en diagnos som bara finns i Sverige! Christian Rück visar tydligt att denna diagnos inte är grundläggande validerad och inte säkert kan särskiljas ifrån gängse depression. Det finns brist på publikationer trots den stora mediala uppmärksamheten.

I ett annat avsnitt behandlar författaren autism och relaterade diagnoser. Inledningsvis en tankeväckande tillbakablick till 70-talet och Bruno Bettelheims numera övergivna förklaringsmodeller vilka utpekar föräldrarna som orsak till barnets autism. En annan aspekt är att diagnoser inom autismspektrum nu är 100-tals gånger vanligare än de var på 70-talet. Delvis kan det förklaras av att definitionerna har ändrats men också av den omfattande utredningsverksamhet som byggts upp i Sve-

Olyckliga i paradiset
Varför mår vi dåligt
när allt är så bra?

Christian Rück
Natur & Kultur, 2020

rige. Balansen mellan att underdiagnosticera och överdiagnosticera sätts här på sin spets. Att fler får en diagnos behöver alltså inte med nödvändighet betyda ökad psykisk ohälsa.

Folkhälsomyndigheten (som nu är så aktuell i samband med covid-19) genomför vartannat år en omfattande folkhälsoenkät. Christian Rück poängterar att "ingen påtaglig försämring av måendet i befolkningen kan noteras". Kanske är antalet personer med en psykiatrisk diagnos och antalet sjukskrivningar ett dåligt mått på välbefinnande och hälsa?

I senare delar av boken breddas diskussionen till att innefatta lidandets mening i religiösa och kulturella sammanhang, genetikens betydelse och till och med att rikta en känga mot dem som hävdar kostens avgörande betydelse för den psykiska hälsan.

Boken är lättsamt skriven och frågeställningarna levandegörs med illustrativa exempel ifrån allt från psykiatriens historia till nutida film och media. Christian Rück hänvisar ofta till genomförda studier och beskrivande statistik men lyfter också fram områden där kunskapen saknas eller är otillräcklig. För-tjänstfullt är att boken avslutas med en utförlig referenslista.

Författaren reflekterar över frågeställningarna men avstår många gånger ifrån självsäkra slutsatser utan ger "food for thoughts" och utrymme för läsaren att tänka vidare. Boken riktar sig helt klart till den intresserade lekmannen men är även underhållande och informativ för alla som arbetar inom psykiatri.

Lars Farde
Överläkare, professor i psykiatri
Karolinska Institutet



I sin debutbok frågar sig Christian Rück varför vi mår så dåligt när allt är så bra. Med den frågan sätter han den psykiska ohälsan i Sverige under lupp.

Titeln *Olyckliga i paradiset* är intressant och inviterande, rubrikerna likaså. Vad sägs om "Modern life is rubbish", "Psykiatern som ritade en spiral och försvann" eller "Försäkringskassan, mon amour". Men får man svar på varför vi är så olyckliga när man väl läst boken? Nej, inte riktigt. Tyvärr ges för många "svar" på resan genom psykiatrin, diagnosernas, medicinens och samhällets förändringar. Mängden av fakta förvirrar, vilket blir tydligt av de 177 referenser bokens 140 sidor presenterar. Det blir många forskningsrapporter att hålla reda på och som läsare vandrar man igenom allt från autism, ADHD, schizofreni, Michael Jacksons olycka, psykoanalytikern Bruno Bettelheims arbete med mera.

Författaren visar att diagnoserna för psykisk ohälsa har ökat. Han pekar också på att diverse "populärkurer" för bland annat depression inte har någon bevisad effekt. Det gäller till exempel att magbakterier orsakar depression och botas med ändrad kosthållning.

Författaren baserar sina rön och sin text på forskningsrapporter han själv valt. Det är inte konstigt i sig med tanke på att man vill visa trovärdigheten i sina antaganden och eventuella slutsatser.

Vidare får vi veta att det som basuneras ut i media avseende ökningen av psykisk ohälsa nog inte alltid är med sanningen överensstämmande. Och det är upplyftande. Den enda ökningen är bland flickor i åldrarna 11–15 år. Så mycket av det vi hör om den stora ökningen av psykisk ohälsa kan alltså vara "hitte på". Eller uttryck för en så kallad "löpsedelsdiagnostik" som påstår att: "En miljon svenskar lider av ... ja, you name it! ... fast de inte vet om det. Och mörkertalet är stort". Så, med massmedias stjälp blir vi ovilliga att stanna upp och reflektera över att om det bara fanns ett uns av sanning i all den psykiska ohälsa vi nuförtiden anses lida av vore vi alla döda för länge sedan. Inte bildligt utan bokstavligt.

Författaren aktualiserar också tanken att den psykiska ohälsan inte nödvändigtvis ökar bara på grund av att man ändrar och tänjer ut diagnoskriterierna. Det kan också finnas en obalans i presentationen av eventuell ökning och/eller minskningstakt gällande psykisk ohälsa och sjukdom i samhället. Läser vi in mer av en ökning snarare än den faktiska minskningen? Har vi blivit urskillningsresistenta?

I den eviga "ägget eller hönan"-diskussionen vad gäller arv och miljö som orsak till psykisk ohälsa och sjukdom tar författaren ställning för arvet genom att hänvisa till en mängd forskning. Samtidigt vacklar han och menar att trots vårt arv är vi inte predestinerade till ett livsöde. Arvet styr inte allt men ökar sannolikheten.

Vad man saknar är författarens egna reflektioner kring flera av de viktiga frågor han ställer i boken. Så även avseende de intressanta problemområden som presenteras. Det är en brist med tanke på den kreativitet överskrifter och rubriker vittnar om. En röd tråd saknas också i den forskning författaren refererar till. En röd tråd kan dock författarens mormor Lisen vara. Hon föddes 1914. Hon blev tidigt föräldralös men kunde trots, eller tack vare, detta skapa sig ett gott liv utan att bli psykiskt sjuk och/eller ett offer för omständigheterna. Hur kommer det sig att vi fortfarande lider så mycket i paradiset när våra umbäranden är så ringa i jämförelse med mormor Lisens? Läs boken och gläds över att inte få svar. Kanske en del av det vi i dag talar om i termer av psykisk ohälsa är helt normala livsvillkor vi alla har att underkasta oss för att kunna mogna som både människor och medmänniskor.

Gunilla Nilson

Leg psykolog, leg psykoterapeut och författare

Thomas Silfving

Leg psykolog, leg psykoterapeut och författare



Andefattig

Det är första pandemisommaren 2020 och resan till Skottland och besök hos engelska väninnan i hennes cabin vid Nordsjökusten blir inställd.

Istället blir det då ett tillfälle att åka och hälsa på väninnan i Bohuslän vid Gullmarsfjorden. Där bor hon under ledigheter i ett mer än 100 år gammalt hemman. Marken är avstyckad och uppköpt av bönderna i grannskapet, men hennes hus är omgivet av äppelträd och bärbuskar. Huset har som många hus byggda i början av 1900-talet samma planering med kök, kammare och sal på bottenvåningen och två sovrum en brant trappa upp.

Väninnan har fått ett nytt brinnande intresse – släktforskning. Hon vill att vi nu efter att räkor och havskräftor är uppätta, går in på nätet och ser vad som finns i de där inskannade kyrkoböckerna, om den första familjen som bodde i huset.

Det visar sig att strax efter giftermålet kommer barnen tätt, åtta stycken. Prästen noterar födelsedag och namn, och senare även konfirmerationsdatum och husförhör. Det finns noterat om de är utflyttade och vart. Men två pojkar tycks ha blivit kvar och efter deras namn har prästen skrivit "andefattig" och den ena är både "fänig, andefattig". Väninnan har tidigare på bygden hört

att två söner aldrig flyttade hemifrån, lämnade aldrig övervåningen och sköttes av modern.

Vi funderar över "andefattig", hur är man då? Ordboken erbjuder – själlös, slö, dum, trög och tråkig. Och det skulle man ju kunna säga om en del ibland, men som ett tillstånd, en slags diagnos? Vad skulle det kallas idag? Möjligen en hel del funktionsnedsättningar som skulle kunna beskrivas som andefattigdom. Tydligt var det ändå något man förstod vad det var för 100 år sedan.

Cecilia Gotby
Överläkare
BUP Stockholm
Foto: Stina Djurberg



Foto: Shutterstock/Jens Ottoson

Modernisering av psykiatrin i Stockholm under början av 1900-talet

Gustav Vasa tyckte att det dåvarande hospitalet på Gråmunkeholmen (nuvarande Riddarholmen) spred en "mäktig ond stank" och beslutade 1551 om upprättande av Danvikens hospital vid Danvikstull, i Nacka strax öster om Södermalm. Från 1740-talet fick Danvikens hospital börja ta emot sinnessjuka personer. Patienterna levde ett enahanda liv under miserabla omständigheter och personalen tycks ha varit i tjänst dygnet runt alla dagar, mot fri kost och logi.

Under 1800-talet hade "obotligt sinnessjuka" kunnat bli mottagna vid den till fattigvården hörande Allmänna försörjningsinrättningen, sedermera S:t Eriks sjukhus på Kungsholmen. Då liksom nu växte folkmängden snabbare än tillgången till vård och platsbristen var tilltagande problematisk. Psykisk sjukdom benämndes då som sinnessjukdom och jag använder den beteckningen i tillämplig utsträckning.

Splittrad vård

Sjukvård för sinnessjukdom var fram till runt 1930 ansedd som en statlig angelägenhet, men bristerna var omfattande både avseende tillgänglighet och kvalitet. För att komma till rätta med detta beslutades i Stockholm 1905 om permanent kommunal sinnessjukvård vid Långbro sjukhus, med 460 vårdplatser. Därmed kunde flera provisoriska anstalter i och runt staden gradvis avvecklas och ersättas, varvid Långbro dessutom gradvis utvidgades till 640 vårdplatser. Ganska snart blev dock bristen på vårdplatser återigen påtaglig. På Kungsholmen fanns sedan mitten av 1800-talet Konradsbergs hospital, från 1932 kallat Psykiatriska sjukhuset, senare Rålambshovs sjukhus. De sedan tidigare nedlagda vårdanstalterna togs åter i bruk och åren 1921–23 tillkom två nya enheter, dels vid Allmänna barnhusets egendom vid Norrtullsgatan och dels lokaler vid S:t Görans sjukhus. Långbro utvidgades ytterligare till 820 platser och två enheter söder om Stockholm, Kiholms gård nära Södertälje och Vällinge gård i Salem, utökade platstillgången. Vidare tillkom enheter i Älvsjö, vid Johannesberg i Gottröra samt vid Rånäs i Rimbo. Vården av psykiska sjukdomar var nog av varierande kvalitet och uppenbart splittrad i små enheter vid den här tiden.

Under tidiga 1900-talet blev synen på psykisk sjukdom tilltagande professionaliserad där psykiatrin fick en allt tydligare akademisk koppling, med ansvariga överläkare som i vissa fall samtidigt kunde vara akademiska lärare. Under samma tid noterades en ökande medvetenhet om ansvar för den misär som psykisk sjukdom oftast ledde till.

Beckomberga sjukhus

Staten var huvudansvarig för vården vid sinnessjukhus. I Stockholm såväl som i andra större städer i Sverige växte en tanke på att frigöra sig från beroendet av staten. Efter förhandlingar mellan representanter för Stockholm och andra större städer och staten träffades avtal 1925. I avtalet slogs fast att Stockholm, Göteborg och Malmö skulle ombesörja och bekosta sinnessjukvården mot ett årligt statsbidrag. Stockholms stad uppdrog då till arkitekten Carl Westman att utarbeta ett förslag om ett kommunalt sinnessjukhus, som slutligen kom att bli Beckomberga sjukhus. Först var dock en placering vid Norsborg i sydvästra Stockholm aktuell, men genom att staden köpte egendomen Beckomberga i Bromma/Norra Ängby, så kom en placering där att bedömas vara bättre. 1929 uppdrogs åt en byggnadskommitté att leda bygget av Beckomberga sjukhus. Bygget av sjukhuset och något lite om vården där under de första åren presenteras i viss detalj i separat artikel. Under 20-talet agerade regeringen också för att se över lagstiftningen för sinnessjukdom och efter utredning kom lagförslag.

Ny lagstiftning

1929 års sinnessjukslag var avsedd att träda i kraft 1 januari 1931. Betänkande med förslag till lag om sinnessjuka och om undersökning angående sinnesbeskaffenhet m. m.: 1926 års sinnessjuksakkunnigas betänkande utgivet 2017 (SOU 1927:10).

I inledningen anges tonen för förslag till ny Lag om sinnessjuka och om undersökning angående sinnesbeskaffenhet: *Överinseendet över sinnessjukvården utövas av medicinalstyrelsen, som därvid särskilt har att vaka över att de sinnessjuka erhålla omsorgsfull vård och behandlas med mildhet efter människokärlekens fordringar.*

I andra stycket framgår att sinnessjukvården ska övervakas av en särskild sinnessjukhusnämnd, där en ledamot innehar domarämbete och en ledamot är särskilt kunnig läkare. Strukturen tycks härmed stadfästas så som den i viss mån fortfarande ser ut, med en domare och en sakkunnig läkare samt nämndledamöter med tidsbegränsade förordnanden. Vidare slås fast vilka krav som ställs på ett sinnessjukhus.

Möjlighet till vård med tvång anvisas enligt följande: *Den, som är intagen å sinnessjukhus, må underkastas de åtgärder, vilka med hänsyn till ändamålet med intagningen finnas vara nödvändiga.* Den formuleringen lämnar ju ett betydande utrymme för tolkning, jämfört med den mer detaljerade lagstiftning som gäller nu.

Ansökan om sinnessjukvård föreslås i utredningen kunna göras av den sjuke själv, av en läkare, en polis eller av någon eller några trovärdiga personer som kan lämna uppgifter av vikt för en eventuell sinnessjukvård.

Vårdattest (intyg) kan endast göras av särskilt bemyndigad läkare, dock ej läkare vid det sjukhus där vården ska bedrivas.

Observation, bedömning av behov av vård, förlängning av vård, utskrivning mm regleras i detalj. Begränsad tillgång till vårdplatser kan indirekt anas av en skrivning om att den som har visst behov av vård, men som ej utgör fara för annans personliga säkerhet eller eget liv kan skrivas ut, vårdbehovet till trots, om utskrivningen motiveras av ett ännu större vårdbehov hos annan sinnessjuk person, som då bör ges företräde till plats.

Propositionen för ny lag för vård av sinnessjukdom gavs en imponerande ingress:

Kungl. Maj:ts proposition nr 89.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående vissa med förslag till sinnessjuklag m. m. sammanhängande frågor; given Stockholms slott dm 8 februari 1929.

Kungl. Maj :t vill härmed, under återopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden för denna dag, föreslå riksdagen att bifalla de förslag, om vilkas avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

Under Hans Maj:ts

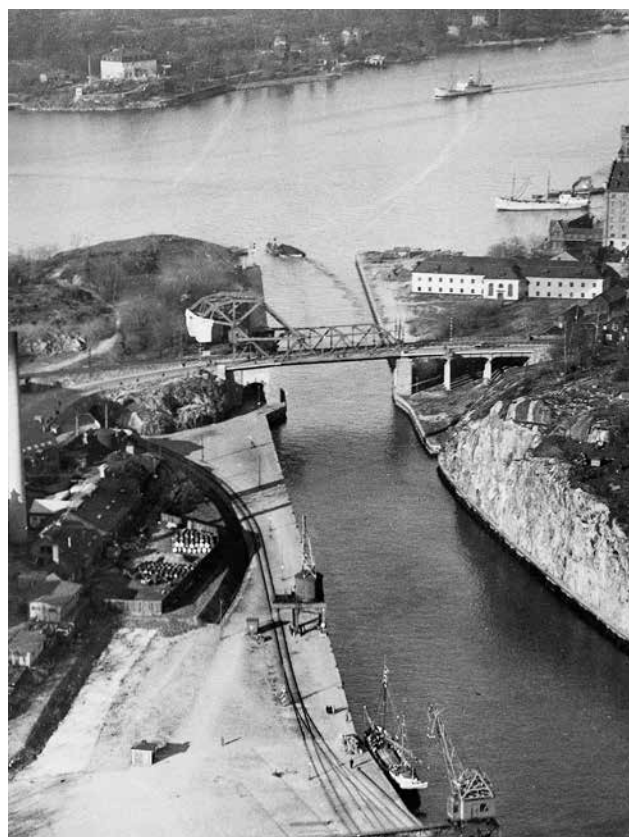
Min allernådigste Konungs och Herres frånvaro:

GUSTAF ADOLF

Sven Lübeck

Statsminister vid regeringens beredning av proposition 89, 1929 var Arvid Lindman, som representerande Lantmann- och borgarpartiet (som genom namnevolution numera kallas Moderata samlingspartiet). Föredragande var chefen för Kungliga Socialdepartementet, socialminister Sven Lübeck. Lagpropositionen nr 89 från 1929 refererar i sin tur till SOU 1927:10 för det specifika innehållet om vården, i den reviderade lag som avsågs gälla från 1931-01-01, för sjukhusvård vid sinnessjukdom.

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm



Danvikskanalen 1934 med Danvikens Hospital till höger om kanalen
Foto: Oscar Bladh. Digitalt arkiv Stockholms Stadsmuseum



Interiör Beckomberga sjukhus 1938.
Foto: Nils Åzelius, 1938
Digitalt arkiv Stockholms Stadsmuseum

Bygget av Beckomberga sjukhus



Foto: Oscar Bladh. Digitalt arkiv Stockholms Stadsmuseum

I en separat översikt har jag anekdotiskt redogjort för modernisering av psykiatri i Stockholm och dess professionalisering under tidigt 1900-tal. En milstolpe i sammanhanget är uppförandet av Beckomberga sjukhus i nordvästra Bromma. Sjukhuset blev tillgängligt för beläggning 1 oktober 1932 och var för sin tid mycket modernt. Då förverkligades beslut från Stockholms stadsfullmäktige 10 juni 1929 och 29 juni 1931 om ett kommunalt sinnessjukhus för 1604 patienter. Projektningstiden var kortare då än vad som är vanligt numera.

Byggnaderna kostade 15 770 000: -. Omräknat till dagens penningvärde blir det ganska exakt 500 miljoner, dvs ca 312 000 per plats. För skojs skull jämförs med det likaledes moderna nya Ersta sjukhus som beräknas kosta 2 miljarder med 90 sängar, dvs 22 miljoner per plats, fast de får ju en modernare operationsavdelning än den Beckomberga hade.

Beckomberga byggdes inom nordvästra Bromma/Norra Ängby, på en tomt som staden köpt under 20-talet. Den som besökte Beckomberga på den tiden kom vanligen via Beckombergavägen och möttes av en portvaktsanläggning söder om sjukhuset. Väl inne på sjukhusområdet hade besökaren den ståtliga administrationsbyggnaden i fonden, med dess fasad mot söder. De olika paviljongerna hade utsträckning nord-sydligt, i rät vinkel mot administrations- och köksbyggnaderna.

Paviljongerna för patienter disponerades med en pregnant tydlighet, med uppdelning mellan rumspatienter och salspatienter. Klassamhället har här ett tydligt uttryck. Rumspatienter fick bekosta vården själva, medan salspatienter ålades lägre avgift, där Fattigvårdsstyrelsen kunde stå för kostnaden för de mindre bemedlade.

Följande indelning gällde inom paviljongerna för salspatienter: lugna, slöa eller osnygga, halvoroliga, oroliga samt frigående.

För rumspatienter anges: lugna, slöa samt halvoroliga. Därtill fanns enhet för psykoneuroser, som beskrevs "icke i egentlig mening sinnessjuka".

De olika paviljongerna (separata byggnader) angavs 1938 vara följande, sett från administrationsbyggnaden: Till vänster paviljong för lugna och halvoroliga kvinnor ("stora kvinns") och till höger dito för män ("stora mans"). Båda paviljongerna hade 448 platser fördelade på tre likartat planerade avdelningar på

olika våningsplan. I källarplan fanns diverse förråds- och tvättutrymmen samt separata badrum för den inom paviljongen boende personalen. Invid varje avdelning fanns ett bostadsrum för översköterskan.

Separata byggnader inrymde paviljong för kvinnliga respektive manliga rumspatienter, paviljonger för oroliga kvinnliga respektive manliga patienter (i folkmun "stormavdelningar") med plats för 36 patienter i varje paviljong. Vidare fanns paviljonger för frigående patienter. En för kvinnor och en för män, med plats för 130 patienter i respektive paviljong. Slutligen fanns nervpaviljongen med två enheter om 26 platser, en för kvinnor och en för män.

Personal blev väl mottagna på Beckomberga sjukhus. Chefsläkaren/styresmannen disponerade ett eget väl tilltaget hus. Ett separat hus med bostad var avdelat för två överläkare med respektive familjer, bostadshus fanns även för biträdande läkare och sysslomannen och ett bostadshus för underläkare och bokhållare. Tre bostadshus uppfördes för gift personal samt ett för ogift kvinnlig personal och ett separat för ogift manlig personal. Anekdotiskt kan nämnas att enkelrum för kvinnlig ogift personal hade boyta om 10 kvm medan ogifta män disponerade aningen mer spatiösa 11,1 kvm. Toaletter, duschrum och enklare kök tillhandahölls separat på varje våningsplan i husen för ogift personal.

Verksamheten

Paviljongerna på Sveriges genom tiderna största sjukhus för psykiatri, med som mest runt 2000 patienter försågs alltså med för tiden moderna installationer för värme, hygien, kosthållning mm. Paviljongerna för oroliga hade på varje avdelning flera platser (badkar) för långbad.

I följande citat och referenser från årsberättelse för 1938 nedtecknad av chefläkare Fritz Wiesel anges angående sjukhusbyggnader och deras omgivning:

"I vardera av de större paviljongerna för manliga och kvinnliga patienter har under år 1938 en insulinstation inrättats. Härvid har ett å nedre våningen i nämnda paviljonger befintligt undersökningsrum genom en dörröppning satts i förbindelse med bredvidliggande avdelning.

Under år 1938 hava planterings- och planeringsarbetena å sjukhusområdet fortskridit. Sålunda har området kring paviljongen för oroliga kvinnliga sjuka iordningställt med gräsmattor och planteringar. Dräneringsarbeten i områdets södra del hava fullbordats.

Det under år 1937 påbörjade växthuset har under det gångna året färdigställts. Ett gurkhus och ett hus för krukväxter ha härigenom kunnat tagas i bruk."

Under rubriken Sjukvården noteras:

"En befattning som sjukgymnast har inrättats vid sjukhuset fr.o.m. den 1 april 1938 och såsom sådan har anställts gymnastikdirektören Malin Setterlund. Massage har givits åt 638 manliga och 1 261 kvinnliga patienter, sammanlagt 1 899 patienter."

"Vid insulinchock- och cardiazolbehandling hava elektrokardiogram tagits före behandlingens igångsättande. Ekg-läkare har varit med. lic. H. Bjerlov. Antalet ekg-undersökningar har utgjort 469."

Kirurgiska åtgärder, röntgenundersökningar, andra laboratorieundersökningar, tandvårdsåtgärder mm anges i stor detaljrikedom. Även sociala kuratorns verksamhet anges i detalj avseende åtgärdstyper och omfattning.

Även andra verksamheter på sjukhuset kan exemplifieras med följande citat: "Å skrädderiverkstaden hava förutom reparationer av diverse klädespersedlar bland annat tillverkats 813 par byxor, 229 kavajer samt 123 västar. Å tapetserarverkstaden hava förutom diverse reparationer omstoppats 1 049 madrasser."

"Å snickeriverkstaden hava diverse möbler reparerats. Dessutom hava inredningsarbeten i förut omnämnda växthus utförts. Skomakeriverkstaden hava 2 182 par skodon reparerats. Borst- och korgmakeriverkstaden hava tillverkats 644 dussin borstar av olika slag, 114 taburetter, 89 syaskar, 36 bord, 29 korgstolar, 127 korgar av olika slag, 113 klädkorgar samt 110 000 påsar."

"Dessutom hava reparationer av stolar, taburetter och korgar utförts för såväl sjukhuset som för övriga stadens sjukhus. Bokbinderiverkstaden hava bundits 1 075 band, varjämte skrivunderlägg, diverse kartonger och portföljer tillverkats."

Nils Lindefors
*Psykiater
Stockholm*

Tiden går... om förskjutning i perspektiv

Foto: Shutterstock/Min C. Chiu

Så sade man förr... nu för tiden kanske man skriver "sade" men man säger sa. Vad man säger hänger ihop med hur man tänker och hur man gör – och gjorde.
Tiden går och saker förändras, ibland sprängvis, ibland i det närmaste omärkligt.

Svindlande perspektiv och oöverskådlig kunskap

Perspektiv förändras. I vår tid har vi kapacitet för perspektiv som ingen kan överblicka.

Vi har kommit långt från renässansen med dess potential att innefatta historia, vetenskap, religion, konstnärskap under en hatt. Differentieringen har lett oss utåt till universums ursprung som det obegripligt största och inåt till "strängen" som det obeskrivligt minsta. För första gången kan kulturer på vårt klot kunna överblickas samtidigt alltifrån Sanfolkens jägarsamlarkultur i Kalahariöknen till västerlänningens i Silicon Valley – ett spann på minst

10 000 år. Hur ska vi hantera all denna kunskap och dess tekniska implikationer? Kunskap förpliktar. Denna samexistens

mellan kulturer i olika stadier väcker frågor. Synen på människan har förändrats från jägar-samlarkulturen via den självklara rangordningen i "slav" eller "fri" i den agrara eran, till FN-stadgans deklaration att alla människor har samma värde och rättigheter. Kulturer utvecklas och nya uppstår och synen på individen tycks förändras mot jämlikhet, dock ingalunda linjärt. Med kunskapen växer ansvaret – numera har vi ett ansvar som via klimatkrisen sträcker sig till vissa kulturers, kanske den mänskliga rasens, överlevnad.

Så gjorde man förr, hur gör vi nu

Barbariska seder och bruk även i vårt land. Gustav Vasas söner stred om makten och den slugaste som lyckades ta kål på sina

bröder vann. Vi kan förfasa oss över tillvägagångssättet. Betydde det att enskilda människor var ondare på den tiden? Svårt att veta. Det vi vet är bara att "så gick det till" på den tiden. I en maktkamp handlade det om att om jag inte slår ihjäl dig så slår du ihjäl mig. Det var norm, så gick det till. Vi kan förfasa oss över de kulturella sedvänjorna men hur ska vi tänka om de enskilda människorna? Vi har all anledning att förfasa oss över hur människor behandlas av maktfullkomliga ledare som i nutid beter sig som våra kungar gjorde för några århundranden sedan. Vad slags "förståelse" är rimlig, om vi tittar med ena ögat tycks det som sker helt förkastligt och kan inte få fortsätta. Om vi tittar med det andra ögat blir det begripligt i ett kulturellt utvecklingsperspektiv. Men så här kan det inte få gå till i ett grannland. Hur ser vårt ansvar ut? Hur ska vi vända oss i vår berättigade indignation? Hur stor är risken för återgång till mindre humana samlevnadsformer?

Vad är en patient för slags människa

Även i det lilla har tiden gått. Jag började min bana inom psykiatri 1965, som med. kand. och vikarie på Långbro sjukhus. Jag minns "hanteringen" av patienterna som självklar. Patienterna på kronikeravdelningar kunde uppenbarligen inte klara sig själva i samhället. Många var inte kontaktbara. De satt i stolar i tvångströjor och utstötte säregna skrämmande ljud. En fruktansvärd sjukdom. De ansågs få en god behandling helt i nivå med den aktuella kunskapen. I efterhand kan det tyckas obegripligt att man inte förstod, kunde eller ville, att en psykiskt normalutrustad person inte skulle kunna överleva mentalt decennium efter decennium i en sådan miljö. Men det var vad som då stod till buds, sorgligt men då ingenting att göra åt. Som läkare om än icke färdigutbildad vikare, hade jag ändå i någon mening ansvar för verksamheten.

Många år senare i en workshop i kroppsorierad psykoterapi experimenterade vi med olika andningsövningar. En övning gick ut på att dra djupa andetag och andas ut sakta med sluten mun och ljud på utandningen. Plötsligt kände jag igen ljudet – samma ljud som "dåarna" på Lilla Kvinns gett ifrån sig. En andning som används för att reglera ångest. Det gav perspektiv – dessa patienter var inte "helt galna", de gjorde vad som var möjligt för att reglera sin mentala smärta, vars djup jag plötsligt anade.

Jag vikarierade en tid på Curt Åmarks klink. Curt var en av företrädarna inom mentalvård för en ny psykiatri, män och kvinnor på samma avdelning, egna kläder och tillhörigheter i en miljö med ett bemötande som inriktades på respekt, utveckling och samverkan snarare än underordning och kontroll. Han hade stor betydelse för utvecklingen av patientföreningen

RMH, (numera Riksorganisationen för social och mental hälsa). Som ledamot i Stockholmsföreningens styrelse mötte jag på dagtid som underläkare patienter på Åmarks avdelning och på kvällstid samma patienter, nu i rollen som styrelseledamöter. Personer, inlagda på mentalsjukhus på dagtid, kreativa, engagerade och drivande styrelseledamöter på kvällstid. Jag fick syn på det som jag trodde var en progressiv syn på psykiatriska patienter som en särskild "sort" som skulle behandlas med vänlig respekt. Men de visade sig vara medmänniskor med många sidor och identiteter varav en var "psykiatrisk patient". Jag hade mina sidor, en motsvarande deras var "psykiatrisk läkare".

Skam är ingenting att skämmas för

Jag kom också i kontakt med ett besvärande minne. I slutet på 1960-talet då jag hade tjänst på Långbro sjukhus var jag ansvarig för en delkurs i psykopatologi för skötare. På den tiden var det kutym att patienter "demonstrerades" på föreläsningar både inom somatisk och psykiatrisk vård. Jag övertalade en ung patient, 18–20 år gammal, med en psykos med ganska "stabila" vanföreställningar, att låta sig intervjuas. Vi hade en rätt bra kontakt och jag minns det som att det gick ganska respektfullt till. Men ändå, hur kunde jag? Jag skäms när jag tänker på det. Det var i en mening helt acceptabelt då, men inte nu. Hur ser ansvar ut i retrospectiv? Bör jag skämmas? Jag tror och anser det. Denna sorts skam kan hänga ihop med den som överlevare av katastrofer kan uppleva när de undrar "varför får jag leva när de andra inte fick". Skammen kan tyckas intellektuellt obegriplig men socialt/emotionellt handlar det väl om gemenskap, samhörighet och respekt.

Frågan bjuder sig – är det något jag gör i dag som jag kommer att ha anledning att skämmas för senare när kulturella perspektiv och värderingar har förändrats – vem vet, man får se? Tiden går som man säger....

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

PubMed — En medicinhistorisk skattkammare



Foto: Shutterstock/Fur Gregory

Lars Fardes och Jerker Hanssons artikel "Hur får vi tillgång till ny kunskap?" i septembernumret av Svensk Psykiatri för tanken till en annan nyligen publicerad artikel i Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapets nättidskrift (se referens) som handlar om hur man kan ladda ner äldre originalartiklar i PubMed.

Handledning för att ta hem äldre artiklar i fulltext

Databaserna PubMed och PMC tillhandahåller ett stort antal äldre medicinska artiklar i fulltext. För den medicinhistoriskt intresserade finns här en "skattkammare" med originalartiklar från slutet av 1700-talet, 1800-talet och det tidiga 1900-talet. PubMed är den stora, fritt sökbara databasen. Inom PubMed finns databaserna Medline och PMC.

Medline innehåller referenser till nutida medicinsk litteratur. PMC (PubMed Central) är en separat databas inom PubMed som endast innehåller fulltextartiklar. PMC är kanske det mest kända exemplet på Open Access, dvs. databaser eller tidskrifter där materialet är fritt tillgängligt. I PMC finns många artiklar ur äldre, men även nutida, medicinska tidskrifter i fulltext.

Man söker fram både äldre och nutida artiklar i PubMed. För att komma åt fulltextartiklar använder man meddelandet "Free PMC Article", som återfinns vid majoriteten av de äldre artiklarna. Via en länk leds man över till databasen PMC.

Samlingen av äldre artiklar i PMC har skapats genom att texten har skannats in. Resultatet är att artikeln finns som ett faksimil med samma utseende som på de gamla tidskriftssidorna. Artiklarna i PMC finns i form av pdf-filer, dvs. en komprimerad version av artikeln. De äldsta artiklarna i PubMed är från 1781. PMC har mycket att erbjuda: Det finns t.ex. mer än 180 000 artiklar som är 100 år gamla eller mer. Av dem är drygt 6 600 mer än 200 år gamla, dvs. tryckta 1820 eller tidigare.

Här kommer ett exempel på hur man kan ladda ner en artikel om kikhosta med dödlig utgång från 1781:

Steg 1. Öppna PubMed:s hemsida.

Steg 2. Skriv in året 1781 i sökrutan, följt av en "tag" med innebörden att sökningen skall begränsas till publikationsåret 1781. Denna tag ser ut så här [dp]. Skriv således < 1781 [dp] >.

Info: "Taggar" av olika slag används i PubMed för att precisera en sökning. De står alltid inom vinkelparentes. Exempel: [au]

= författare, [ta] = tidskrift, [dp] = datum (år) för publiceringen, [ti] = ord i artikelns titel, [la] = språk.

Steg 3. Tryck på Search. PubMed:s resultatsida visas med alla titlarna i blått. Överst står det att din sökning resulterade i 69 hits. Du ser att flertalet artiklar har den röda texten Free PMC article.

Steg 4. Begränsa sökningen till att endast omfatta artiklar med Free full text. Detta ordnas om du använder ett filter. Se i vänstra marginalen. Välj filtret Free full text och bocka i rutan. Antalet ändrades nu till 58.

Steg 5. Nu gäller det att hitta artikeln om kikhosta (Tussis convulsiva).

Obs! Då man söker efter en viss artikel är det ofta bäst att man väljer att få ett större antal artiklar visade på varje sida. Gå till Display options som finns i en ruta upptill, strax under Search. Ändra per page till 50. Rulla sidan. Ungefär i mitten på sök-sidan finns artikeln om Tussis Convulsiva (nr 26). Klicka på titeln så får du fram PubMed:s presentationssida av en viss artikel. Här syns titeln tydligt i svart. Under titeln står det PMID: 29139848 som är det unika ID-nummer (PMID) som tilldelas varje artikel i PubMed och kan användas för att direkt komma till artikeln via search-funktionen i PubMed.

Uppe till höger på sidan ser du länken till PMC under FULL TEXT LINKS. Klicka så kommer de båda sidorna av artikeln upp som pdf. Tryck på complete article eller PDF under Formats uppe till höger. Ditt PDF är klart med de båda sidorna 408 och 409. Spara ner PDF-filen med titeln KIKHOSTA på skrivbordet.

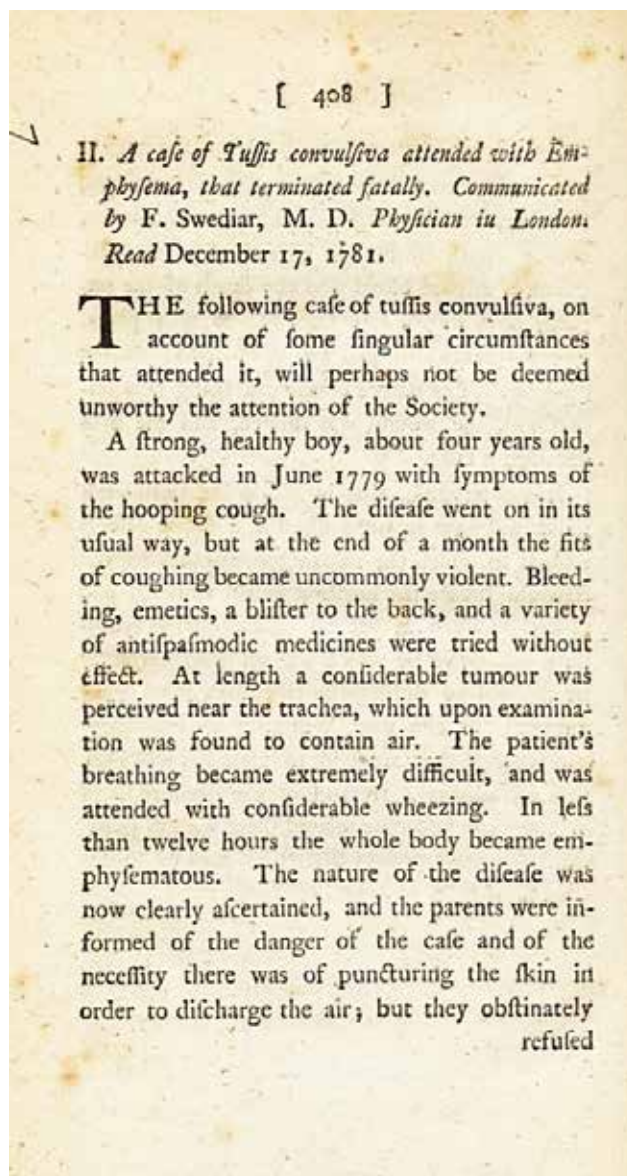
Detta är bara ett exempel hämtat från Sten Theanders innehållsrika artikel. Förutom flera övningsexempel innehåller den också bibliometriska data som bl.a. belyser den medicinska utvecklingen i diagram som visar antalet artiklar i Medline och PMC under sista hälften av 1900-talet och början av 2000-talet.

Sten Theander
Docent, pensionerad psykiater
sten.theander@icloud.com

Per Nettelbladt
Docent, pensionerad psykiater
per.nettelbladt@med.lu.se

Referens

smhs.nu/Publikationer/ Medicinhistorisk nättidskrift/ Publikationer 2020/En medicinhistorisk skattkammare i PubMed: Handledning för att ta hem äldre artiklar i fulltext/Sten Theander



Första sidan (sid. 408) i kikhosteartikeln från 1781.
Bildkälla: PubMed/PMID: 29139848



Så sade man förr

Det var en gång en tid när mobiltelefoner inte fanns, någon gång strax efter att dinosaurierna dog ut. Detta fascinerar mina barn som har svårt att föreställa sig en tillvaro utan YouTube, SVT play och Pokémon Go. När surfa betydde att åka på en våg med en bräda och uttrycket fri surf inte hade någon mening alls. När det coolaste sättet att skicka meddelanden var via telefax. En av höjdpunkterna i ett studentspex jag var med i var när munken i dramat, som hela tiden uttryckte olika varianter av pax vobiscum, som kommentar till ett expressbud från Gud utropade "fax vobiscum"! Det hade inte gått hem i salongerna på samma sätt idag.

Uttryck som speglar teknik uppdateras snabbt. I dagens trådlösa tid är det väl allt färre som vet vad ett modem är, medan en router är en del av inredningen. Den svenska folksjälens har dock formats mer av seklerna av lantbruk och uttrycken därifrån har överlevt längre än sedvänjorna. Vi förstår fortfarande vad man menar med "som man sår får man skörda" trots att få av oss har planterat frö i någon åker. Personifieringen av döden som Liemannen kommer dock inte lika naturligt längre, men så lever vi i ett land där Socialstyrelsen delade ut en broschyr med titeln "Om du dör". Som om det fanns något alternativ till ett slut på livet.

Andra uttryck kan hänga ihop med hur olika saker fungerar i samhället. När jag växte upp betydde "som tåget" och att "det går som på räls" att det var punktligt, pålitligt och välfungerande. "Som tåget" kanske skulle kunna fungera i Japan idag. I Sverige, med dov klingande påannonseringar av förseningar och inställda avgångar, blir "som tåget" nästan en ironi. Likaså betyder "säkert som ett brev på posten" något annat idag, när man inte på samma självklara sätt kan utgå från att ett postat brev hamnar i rätt brevlåda vid förväntad tidpunkt.

Trots att människan i grund och botten är sig ganska lik genom årtusendena lever vi i en föränderlig tid. När jag skriver detta har Georgia precis presenterat ett valresultat i det amerikanska presidentvalet, som vi följer med större intresse än svenska val. President Trump har skapat turbulens och uttryck som "fake news" om rapportering han ogillar. Valet har påverkats av bottar som sprider osanningar i sociala medier och vi vet att en lögn sprider sig snabbare än en sanning. Samtidigt är vetenskapen överens om att vår värld faktiskt förändras vad det gäller den globala uppvärmningen och minskningen av den biologiska mångfalden.

En av de mysigaste arter som inte längre finns hos oss är dronten. Dronten var en fågel som inte kunde flyga och som saknade naturliga fiender. Därför hade den inte heller vett att vara rädd för människan, som fångade den och åt den för det goda köttets skull. Denna fantasieggande fågel finns med i boken Alice i underlandet. I psykoterapiforskningen talar man om The Dodo bird verdict, där dronten i boken faller avgörandet vid en tävling, där alla vinner och alla därmed ska få pris. Så uppfattades det då, att alla psykoterapier var likvärdiga. Idag har olika psykoterapiformer olika evidens vid olika indikationer. Något lite trösterikt är det ändå att dronten får leva vidare som figur i vår tankevärld. Det som fortsätter att berättas dör inte ut helt.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

När utmattningssyndrom hette astenisk insufficiens

Hur sade vi förr?

"Psyisk insufficiens" (insufficiens = nedsatt funktionsduglighet) var den sjukdomsbeteckning som användes vid Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik på 1960-talet när jag började vikariera som underläkare där. Patienter med psykos lades inte in vid denna tid, utan remitterades från klinikens omfattande akutmottagning direkt till Lillhagens sjukhus med eller utan vårdintyg. De vanligaste diagnoserna var depressiv, astenisk, ångest- och fobisk insufficiens. Beteckningen "neuros" användes aldrig, då neurosbegreppet ansågs vara alltför etiologiskt laddat med psykoanalytisk teori. Hur vanligt det var att på andra håll i landet använda den etiologiskt teorifria insufficiensbeteckningen vet jag inte. Efter att DSM-III kom 1980 började neurosbegreppet alltmer ses som obsolet, och ersattes med "disorder". Den svenska översättningen blev "störning" som i sig inte säger något om funktionsförmåga, och därmed är en mindre adekvat term för kliniskt bruk än insufficiens, som kanske ansågs vara gammaldags och förbrukad som en del andra sjukdomsbeteckningar.

Patienter med astenisk insufficiens (asteni = kraftlöshet, svaghet), med eller utan ett mindre tillskott av depressionssymtom, fanns ständigt på klinikens alla avdelningar, särskilt talrikt på de kvinnliga. (Avdelningarna var könsseparerade fram till 1970.) Dessa kvinnor omtalades som "utsläpade husmödrar", då de i allmänhet förvärvsarbetade och sällan kunde påräkna insatser från maken i hushållsarbetet. De var utslitna och många var avmagerade av stress och spänning. Jag minns en patient som berättade att hon kallades "Springande skinnet" av sina arbetskamrater. Det kan nämnas att två tredjedelar av de medelålders kvinnorna i Göteborg arbetade utom hemmet 1968. Under 2000-talet har jag träffat många patienter med utmattningssyndrom. De symtom och funktionsnedsättningar som dessa uppvisade var desamma som jag mindes att de med astenisk insufficiens på 60-talet led av. Utmattningssyndrom var således vanligt förekommande redan då, och särskilt hos kvinnor, som i dag.

... och vad gjorde vi förr?

Patienterna utreddes för att utesluta organisk genes t.ex. i form av endokrin eller cerebral sjukdom, postinfektiös hjärntrötthet mm. Behandlingen av stressrelaterad astenisk insufficiens vid kliniken bestod av en starkt modifierad insulinkur. (Föregångaren var insulinchockbehandlingen vid schizofreni som då alltför tillämpades vid Lillhagens sjukhus). En injektion av insulin i liten dos gavs varje morgon under tre veckor. Dosen ökades gradvis under de första dagarna till en plåtå. Patienterna upplevde spänningar och frossa, men hade ingen grumling av

medvetandet. De övervakades, och efter någon timme serverades de en vetebulle med mjölk, men patienterna måste stanna kvar i sängen till lunch. Aptiten ökade och vikten gick upp under kuren, vilket ansågs fördelaktigt. Deras egen uppfattning om viktökningen efterfrågades inte. Jag gissar att överviktiga patienter inte erbjöds insulinkur. De erhöll dagligen även en B-vitamininjektion i tio dagar. Alla skrevs ut efter en månad, de flesta till hemmet med sjukskrivning en tid, men en mindre andel remitterades till något av vilohemmen i Västergötland för konvalescens.

Mitt intryck var att patienterna förbättrades avsevärt av denna behandling. Jag funderade över hur insulinkuren, som inte verkade ha något vetenskapligt stöd, kunde vara verksamt och frågade en gång min överläkare varför vi egentligen gav patienterna insulininjektioner. Svaret blev kort, och inbjöd inte till diskussion: "Det är vegetativt avspännande." Ja, så fick jag veta det. Det är fortfarande högst oklart om insulinets fysiologiska effekter egentligen hade någon hälsobringande effekt. Dock var placeboeffekten med all sannolikhet kraftig: Det är uppenbart att patienterna upplevde att de blev lyssnade på och att deras utmattning togs på allvar. De behövde vila en tid, och deras eventuella skuldkänslor för att de inte var ambitiöst verksamma som vanligt reducerades nog av tilliten till sjukvården och den nödvändiga underkastelsen inför vårdens ritualer. Insulinkuren skulle kunna ses som en styrd symbolisk regressionsterapi. Den avskaffades 1970 när en ny klinikchef tillträdde.

Tore Hällström

Professor emeritus

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Foto: Gunnar Bergström

Svensk psykiatrihistoria – bakgrund, journaler och diagnostik



Dr Carl Ulrik Sondén (1802 – 1875). Porträttet hänger i Läkaresällskapets lokaler i Stockholm.

Att studera psykiatrins historia ger en förklaring till den psykiatri vi har idag. Dåtidens arbete styrdes likt dagens av förordningar, förutsättningar och ekonomi, vilket för-
anledde omväxlande frustration och framtidstro.

Psykiatin före medikaliseringen

Serafimerordensgillet (SOG) ansåg så sent som 1840 att vården av de sinnessjuka inte hörde till sjukvården utan att sinnessjukdom var en moralisk fråga. Patienterna som intogs på hospital ansågs inte kunna botas och deras behandling kunde således skötas av personer som inte var läkare. SOG menade att sinnessjuka skulle vårdas för att hindras från att skada sig själva eller andra [1]. De framförde att:

Medan densamma icke hörer till befattningen med den allmänna hälsovården eller bör därmed sammanblandas [2].

Det var även dyrt att ha läkare anställda vid hospitalen. SOG:s styrning ansågs vara en orsak till att sinnessjukvården utvecklades långsamt i Sverige under 1800-talet jämfört med den somatiska vården. Först 1876 inkluderades sinnessjukvården till övrig sjukvård i Sundhetskollegiet, som 1878 blev Kungliga Medicinalstyrelsen, som i sin tur 1968 inkluderades i Socialstyrelsen [3,4].

Sinnessjukstadgan och ansökan till hospital

Många anser ännu patientens intagande på hospital såsom kränkande och skamligt (dr Sondén, 1855) [5].

Sverige fick sin första sinnessjukstadga 1858 [6]. En av de bakomliggande eldsjälarna var dr Carl Ulrik Sondén som då var läkare på Danvikens hospital i Stockholm. Dr Sondén hade inspirerats under sina studieresor runt om i Europa. Storbritannien fick bland annat sin "Lunacy Act" 1845 och Norge sin stadga "Lov om Sindsyges Behandling och Forpleining" 1848.

Sveriges sinnessjukstadga uppdaterades 1883, 1901 samt 1929. Den reglerade bland annat hur ansökningsförfarandet till landets hospital skulle se ut. Från 1858 till 1929 behövdes dels ett läkarintyg, dels ett anhörigintyg som bägge skulle utfärdas enligt särskilda mallar. Dessa hade förtryckta förslag på vad som skulle kunna antecknas. I mallen för anhörigintyget från 1883 fanns exempelvis frågan om det hade funnits någon utlösande orsak till sinnessjukdomen. Där föreslogs bland annat sorg och bekymmer, oro, skrämsel, motgångar, hat, vrede, hämnd, fellsagna förhoppningar, olycklig kärlek samt sömnlöshet. Dessa uttryck användes inte sällan även senare i patientens journal. Även under denna tid användes standardformuleringar. En var "Sinnessjudomen visade sig genom att..." med efterföljande symtombeskrivning. Detta markerade att det inte var personen som var "galen" utan att det var en sjukdom som vederbörande drabbats av.

Ansökningshandlingarna var ofta utförliga och kunde underkännas om de var felaktigt skrivna. Patienternas symtombilder gav ett historiskt perspektiv bland annat genom psykossymtomen som handlade om elektromagnetism, telegrafi, röntgenstrålar, Oscar II, prins Eugen, Nordpolen och Andrés expedition, ryska kejsare och ångbåtar.

De gamla journalerna och rapporterna speglade inte sällan en frustration över brist på pengar och vårdplatser, långa väntetider, brist på utbildad personal och på läkare, bristfällig upp-

följande vård i kommunerna samt konflikter om betalningsansvar.

Diagnostik

Vid psykiatriska kongressen i Paris 1867 framlades en enkel indelning av de psykiatriska diagnoserna med förhoppningen om att statistiken skulle bli bättre och enklare i Europa samt i Amerika. En mer detaljerad indelning skulle bli svårare att följa för flertalet läkare och statistiken skulle försämrats. I Sverige tillsattes 1881 en kommitté med uppgiften att eventuellt ändra på den svenska nomenklaturen. Landets överläkare i psykiatri tillfrågades, men de inkommande svaren var så "afvikande från hvarandra" och åsikterna kring diagnostiken var mycket delade. Kungliga Medicinalstyrelsen ändrade således sitt diagnossystem för sinnessjukdomar endast något litet 1882 från det tidigare från 1861 [7,8].

I en allmän läkarbok från 1902 finner man under kapitlet sinnessjukdomar [9]:

Sinnessjukdomarnas diagnos är mycket svår, ja, det kan till och med vara svårt nog att afgöra, huruvida en person öfver hufvud taget är sinnessjuk eller ej. Man hör icke sällan en person säga om en annan, som läkaren förklarat som sinnessjuk: "Han sinnessvag?! Han är minsann inte mera galen än jag! //...// Vid flera sinnessjukdomar kan patienten uppträda så korrekt och så skenbart behärskadt, att det fordras en dârhusläkares skarpa blick för att afgöra saken; icke ens den vanlige läkaren vågar i sådana fall ställa diagnosen. Hårtill kommer, att det som bekant finnes flera, icke just hvardagliga, psykiska tillstånd hos människor som förväxlas eller sammanblandas med sinnessjukdom.

Resonemanget avslutas även med:

Dârhusläkarna äro långt ifrån ense beträffande klassifikationen af sinnessjukdomarna.

Dr Bror Gadelius beklagar sig 1913 att psykiaterns utbildning är enkel samt att sjukdomsformernas växlingar är oändliga, vilket medför diagnostiska svårigheter [10]. Han lär vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte 1916 ha sagt [11]:

Då jag ådragit mig att inleda diskussionen angående den psykiatriska nomenklaturfrågan och här framlägga ett förslag till en systematisk indelning av sinnessjukdomarne, så gör jag det med mycken tvekan och i känslan av, att ringa utsikt finnes, att vi på denna punkt skola lyckas bringa våra erfarenheter så att säga under samma synvinkel och till ett samstämmigt resultat.

Diskussionen om de psykiatriska diagnoserna lär troligen fortsätta framöver.

Text och foto:

Malin Appelquist

*Överläkare och ST-studierektor psykiatriska kliniken Kristianstad
Med. dr. psykiatrihistoria och f.t. post.doc. psykiatrihistoria vid
Lunds universitet*

Referenser

1. Schlaug, R. Psykiatri - lag och samhälle. (Stockholm, 1989).
2. Lundqvist, G. Modern svensk sinnessjukvård. (Stockholm, 1949).
3. Kock, W. Medicinalväsendet i Sverige 1813 - 1962. (Stockholm, 1963).
4. Socialstyrelsens historia. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria> 2019-01-01
5. Sondén, C. U. Utkast rörande sinnessjukas vård och behandling med förslag på sinnessjukstadga, 1855. Ecklesiastikdepartementets arkiv 1858. Riksarkivet.
6. SFS, Svensk Författningssamling 1958: no. 50. Sinnessjukstadga. (Stockholm, 1858)
7. BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik, Sinnessjukvården K II 1882. (Stockholm, 1884).
8. Ödman S., W. Öhrström, O. F. Hallin., J.F. Liedholm. Komitéutlåtande beträffande ny nomenklatur för sinnessjukdomarnas benämning m.m. I Hygiea, sid. 477 - 487. (Stockholm, 1882).
9. Lütken, G., Läkaren som husvän - kortfattad populär handbok i läran om hälsa och sjukdom. (Helsingborg, 1902).
10. Gadelius, B. Sinnessjukdomar och deras behandling förr och nu. (Stockholm, 1913).
11. Ljungberg L., Wretmark. G. Svenska psykiatriska föreningen - en återblick. (Stockholm, 1980).



SPK 2021: ställa in eller ställa om?

Efter noggrann avvägning har SPF:s styrelse fattat beslut om att inte planera för en traditionell psykiatrikongress 2021. Det känns tråkigt, för oss som styrelse och för alla som varje år ser fram emot SPK. Vi är ändå angelägna om att erbjuda våra medlemmar ett alternativ som, om än inte fullt ut ersätter kongressen, ändå bidrar till att fylla tomrummet och skapa forum för gemenskap, trots restriktioner och förbud mot större sammankomster.

SPF ställer därför om och planerar att utöka utbudet av fortbildningar för medlemmar under hela 2021. Istället för turnéer på olika orter kommer "SPF fortbildar 2021" att bestå av digitala seminarier med högkvalitativt innehåll, tillgängliga över hela landet och självklart kostnadsfria för medlemmarna. Vår målbild är att portionera kongressens tilltänka höjdpunkter digitalt, lite i taget över året, istället för några intensiva dagar i mitten av mars. På an-

nan plats i detta nummer finner du information om de två första tillfällena, 26 januari och 18 mars.

Självklart står vi redo att genomföra fysiska möten om läget skulle förändras, med minskad smittspridning och inga restriktioner. Till dess, vi ses över länk!

För styrelsen

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm
Ordförande SPF

Jonas Eberhard
Psykiater, Lund
Vetenskaplig sekreterare SPF



SPK 2021

En heldag den 18 mars 2021, plattform Zoom

10.00-12.00

Svårbehandlad depression:

Inledning: Elias Eriksson, professor, Göteborg

Daniel Lindqvist, docent, FoU-direktör, Psykiatri Skåne, Lund

Ulrik Malt, professor i psykiatri, Oslo och ordförande för Norsk Psykiatrisk Förening

13.30-15.30

Svårbehandlad schizofreni:

Inledning: Lars Farde, professor, Karolinska Institutet

Åsa Konradsson Geuken, docent i psykofarmakologi, Uppsala

Fiona Gaughran, Head of the National Psychosis Unit at the Maudsley and Bethlem hospitals, London

16.00

16.00 Årsmöte, SPF (anmälan på hemsidan)

Varmt välkomna



Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 18 mars 2021, klockan 16:00
Plats: Digitalt möte via Zoom
Anmälan: Anmälan obligatorisk. Sker via formulär på SPF:s hemsida. Zoom-länk skickas per mail till anmälda deltagare inför mötet..

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. Styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. Skattmästarens redogörelse
 - iii. Revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - i. Omröstning avseende ansökan om att bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet
 - ii. Stadgeändringar i samband med ansökan om att bli medlemsförening
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Alessandra Hedlund
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan www.svenskpsykiatri.se

Styrelsen föreslår att SPF ansöker om att bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) ingår som en sektion i Svenska Läkaresällskapet (SLS), som är läkarkårens oberoende, vetenskapliga och professionella organisation som fungerar som en ideell, politiskt och fackligt obunden förening. SLS har cirka 10 000 medlemmar indelade i 67 vetenskapliga sektioner, 20 associerade föreningar och 9 lokala läkaresällskap. Som styrelsen tidigare har informerat om beslutade SLS:s fullmäktige att inrätta en ny medlemskategori i maj 2019.

Den nya organisationen innebär att man frångår sin tidigare medlemsstruktur och SLS:s medlemmar ansöker antingen om att bli medlemsförening eller kvarstå som sektion. Förenklat innebär medlemskategorin sektion ett enklare medlemskap med färre förmåner och mandat medan medlemsförening ger större möjlighet till påverkan samt tillgång till SLS:s lokaler samt andra förmåner. Se <https://www.sls.se/om-oss/organisation/medlemsreform/>.

SPF:s medlemmar ansluts till SLS

I nuläget väljer varje enskild medlem om den vill vara medlem i SLS. Avgiften för att vara ordinarie medlem i SLS är 700 kronor och betalas av den enskilde. Om SPF blir medlemsförening i SLS kommer SPF att stå för avgiften till SLS i relation till antalet läkarmedlemmar i föreningen. Alla medlemmar i SPF blir anslutna till SLS. Kostnaden för varje enskild individ i medlemsföreningen är beräknad till ca.140 kronor per år enligt en schablon. Är man AT-läkare, pensionär eller medlem i en annan medlemsförening reduceras avgiften till cirka 70 kronor enligt förslaget. Det är SLS:s fullmäktige som årligen tar beslut om avgiften. Således kan priset för medlemskapet förändras med tiden. Det är upp till varje förening och sektion att bestämma hur avgiften till SLS ska finansieras.

Vad är fördelarna med att bli medlemsförening?

Det blir billigare för den enskilde att vara medlem i SLS jämfört med nuvarande kostnad. Om SPF blir medlemsförening kan alla SPF:s medlemmar dra nytta av SLS:s förmåner som t.ex. att delta i SLS:s utbildningsaktiviteter, få reducerat pris på deltagande i programarbete, nyttjande av lokaler samt möjlighet att söka SLS:s forskningsanslag. För SPF som förening innebär det gratis lokalhyra och möjlighet till administrativa stödfunktioner (medlemsregister, support vid digitala möten etc.) till ett förmånligt pris. Vid fullmäktige får SPF fler mandat vid omröstningar och kan lättare göra psykiatriens röst hörd bland de medicinska specialiteterna.

Vad är nackdelarna med att bli medlemsförening?

En nackdel skulle kunna vara att alla medlemmar i SPF ansluts automatiskt till SLS och att man själv inte får välja om man vill vara medlem. Medlemsregistret måste kompletteras med fler uppgifter om varje medlem som även ska delges SLS där SPF:s stadgar anpassas till SLS och GDPR. Föreningens budget kommer att belastas med kostnaden för medlemskapet vilket är en klart högre kostnad än idag. Det kan medföra en höjd medlemsavgift om det inte går att finansiera på annat sätt. Det förändrade medlemskapet är nytt och erfarenheterna är hittills få varför det i nuläget är svårt att utvärdera kostnad i förhållande till nytta.

Styrelsens ståndpunkt

I samband med SPF:s årsmöte 2020 diskuterades frågan för att ta del av medlemmarnas synpunkter. Deltagarna på årsmötet uttryckte sig positivt till att bli medlemsförening och godkände att styrelsen arbetade vidare med att förbereda för en ansökan om medlemskap. Styrelsen har noga vägt fördelar mot nackdelar och har landat i att förorda en ansökan om att SPF blir medlemsförening i SLS.

Sammantaget bedömer styrelsen att medlemskapet kan gagna föreningen i stort men även den enskilde medlemmen. Majoriteten av SLS:s sektioner och föreningar är redan medlemsföreningar eller har en pågående ansökan. Det känns viktigt att SPF tillhör den gruppen och inte står utanför viktiga diskussioner och beslut. Våra systemsektioner Barn- och Ungdomspsykiatri, Beroendemedicin, Rättpsykiatri och Medicinsk Psykologi har gjort ansökan om att bli medlemsförening. I det praktiska styrelsearbetet har SLS nyttjats för att boka digitala möten samt boka lokaler vilket annars kostar mycket pengar om det ska ske via t.ex. konferensanläggningar. Det känns även angeläget att alla medlemmar kan dra nytta av de förmåner som det nya medlemskapet medför. Vidare diskussion och beslut i frågan sker i samband med årsmötet den 18 mars 2021.

Linda Martinik
Sekreterare SPF

Alessandra Hedlund
Ordförande SPF

SPF fortbildar:

Att samtala med den som inte orkar leva

- ett personcentrerat förhållningssätt i suicidpreventivt arbete

Ullakarin Nyberg
Överläkare, med. dr.
samt en skådespelare
26/1 kl. 13-16.30

Målgrupp - medlemmar i SPF, STP, SFBUP, SRPF

Kostnadsfritt och endast för medlemmar.

Plattformen är zoom, länk skickas till deltagare en vecka
före aktuellt datum.

Anmälan på www.svenskpsykiatri.se

Varmt välkomna!
Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

Det händer emellanåt att tidskriften kommer i retur, för att vi har fel adress.

Det händer väldigt ofta att epost-meddelanden studsar för att den epostadress du uppgivit inte längre existerar.

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till

kanslisten@svenskpsykiatri.se

För säkerhets skull!

Samhälls- intresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkareförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna.

Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen



Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE
för bidrag till
nästa nummer: **10/02**
TEMA: Ensam och tillsammans



Foto: Shutterstock/George Rudy

BUP-kongressen slickar sina sår men planerar för snar revansch

Som jag tror många av er vet fick vi med kort varsel ställa in BUP-kongressen 2020. Vi hade då en förhoppning om att kunna genomföra kongressen med samma program i ett senare skede. Vi avvaktade med att ta beslut kring detta under våren för att se över möjligheterna med tanke på pandemins utveckling.

Högst motvilligt har SFBUP tillsammans med BUP Stockholm nu kommit fram till att vi tyvärr inte kommer att kunna hålla någon kongress under 2021. Detta framför allt på grund av osäkerheten kring huruvida det går att genomföra nationella live-kongresser under det närmaste året. Kongressens inställande 2020 medförde stora förluster och det går helt enkelt inte att riskera att vi skulle hamna där igen.

Vi får en del frågor kring att hålla en digitaliserad kongress, det är kul att ni är kongress-sugna! Tyvärr har vi bedömt att det inte är möjligt med tanke på kongressens upplägg, som till stor del hand-

lar om engagerande paneldiskussioner med ett mycket stort antal föreläsare och aktiva åhörare. Det skulle krävas en stor omarbeting av kongressen och det går helt enkelt inte att få fram resurser för ett sådant arbete.

Det är sedan tidigare bestämt att kongressen 2022 kommer att hållas i Halmstad. Nu får vi lyfta blicken och se framåt. Vi ser med spänning fram mot en ny kongress där vi kan mötas igen! Vi befinner oss i en världsomvälvande tid och det kommer att finnas många nya saker vi behöver byta erfarenheter kring!

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

ANNONS

Farmakologisk fortbildning för specialistläkare 2021



Välkommen till SFBUP:s
Farmakologisk fortbildning för specialister
2021-02-09 – 2021-02-10

Det är med glädje som SFBUP kan informera om att vi kommer att genomföra kursen **Farmakologisk uppdatering för specialister i barn- och ungdomspsykiatri**. Med anledning av den rådande pandemin kommer kursen att hållas digitalt. Kursen kommer som vanligt att innehålla farmakologisk uppdatering för ADHD, Autism, OCD, Sömnstörning, Tourettes syndrom, Tics, Immunpsykiatri, Psykotiska tillstånd, Bipolära syndrom, Ångest, Depression och Autoimmuna encefaliter.

Kostnad 3000 kr/person exkl. moms. Kursen har ett begränsat antal platser med max 50 deltagare.
Sista anmälningsdatum 2020-12-14. Anmälan sker via SFBUP:s hemsida.

Föreläsare: Kerstin Arnsvik-Malmberg, överläkare BUP Stockholm, kursansvarig
Beata Bäckström, överläkare BUP Skåne

Program

Dag 1

09:30 – 09:45 Registrering via nätet
09:45 – 10:00 Konferensen öppnas och deltagarna hälsas välkomna samt information om hur mötet går till
10:00 – 10:55 Föreläsning
11:05 – 12:00 Föreläsning
12:00 – 13:00 Lunch
13:00 – 14:30 Gruppdiskussioner med falldragningar
14:30 – 15:00 Kaffe
15:00 – 15:55 Föreläsning
16:00 – 16:55 Föreläsning

Dag 2

08:30 – 09:10 Föreläsning
09:15 – 10:00 Föreläsning
10:00 – 10:30 Kaffe
10:30 – 12:00 Gruppdiskussioner med falldragningar
12:00 – 13:00 Lunch
13:00 – 14:00 Information SFBUP
14:00 – 14:30 Frågestund. Frågor ska mailas in via chattfunktionen och dessa frågor har första prioritet
14:30 – 15:00 Avslut och muntlig utvärdering



Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

För den som inte vet är det så att Utbildningsutskottet består av en grupp läkare, specialister och ST-läkare är representerade, som delar med sig av sin kompetens i olika sakfrågor kring utbildning utan att sitta med i styrelsen. En expertgrupp kan man säga, som brinner lite extra för utbildningsfrågor. Den som sitter med i styrelsen är jag, som förväntas vara länken emellan.

Det senaste året har för alla inneburit en extra utmaning, då covid-19 inneburit att alla utbildningar behövs läggas om till digitala lösningar. Teknik som finns, men kräver anpassning. Läkarutbildningen har i perioder varit digitaliserad. Delmoment har fått skjutas på framtiden. Metisutbildningar för ST-läkare har ställts in och nu försöker man genomföra så mycket som möjligt ändå. Ofta hybridlösningar, för att kunna träffa de kursdeltagare som inte behöver resa, men även inkludera dem som inte får resa från andra orter. Kvaliteten då? Ja, vi måste tumma på kvaliteten just nu. Det vi kan leverera är föreläsningarna, men interaktionen och diskussionerna är svårare att få till. Nätverksbyggandet begränsas. Kursgivare som vill mer.

När pandemins restriktioner började ta plats, upplevde jag först en stillhet. Saker ställdes in och jag hann tänka att "nu hinner jag kanske jobba ikapp". När jag nu ser tillbaka på året som gått så inser jag att det varit det tyngsta på länge. För vad är väl roligare än att möta människor; patienter, studenter och kollegor IRL? Att få träffa dem som sitter i Utbildningsutskottet eller i styrelsen? Det är ju det som ger energi! Den digitala lösningen funkar, men innebär ofta att man sitter hemma i en mindre anatomiskt anpassad miljö och tvingas se sig själv på nära håll i en kamera. Den andre, på andra sidan, tvingas på samma sätt stirra in i sin kamera. Kroppsspråket går förlorat i samtalet. Ibland även ansiktsmimiken pga. bristande bildkvalitet eller dåligt ljus. Jag känner att jag missar nyanserna. Jag tänker att språket är så mycket mer än ordens betydelse och ljud. En snabb koll på google och jag blir påmind om hur mycket som går förlorat. Detta är väl beforskat och man landar i siffror som visar på att av det vi uppfattar i samtal med en annan människa är 1/10 ordens innebörd, 2/10 tonfallet och betoningar och 7/10 kroppsspråk.

Det är ju just detta jag känner av så mycket. Oron att inte uppfatta den andre rätt, att inte själv bli uppfattad rätt, att inte bli

medveten om missförstånd. Hur viktigt är inte kroppsspråket när man är psykiater? Att bara få ta del av 3/10 av informationen i alla digitala möten är slitsamt och obekvämt. Pandemin är kännbar på så många sätt. Mina kollegor i Utbildningsutskottet är ansträngda, mina kollegor är ansträngda och jag är ansträngd. Det är mycket jobb med att få allt att rulla på. Detta merarbete, att hantera frånfall av information, har jag inte tänkt på förrän nu. Jag tror vi behöver tillskriva oss rätten att känna oss trötta.

Så vad ville jag ha sagt med alla dessa ord? Kanske att det just nu inte händer lika mycket som vanligt med förändringsarbete, att t.ex. Socialstyrelsen förlängt och skjutit fram många datum för förändring, men att vi alla just nu är rätt så pressade ändå i upprätthållande av det som vi redan har, när villkoren för utförandet förändrats i grunden. Så nu ska jag gå och dricka kaffe. Det smakar i alla fall som det ska.

Lotta Sandström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande Utbildningsutskottet



Källa

Birdwhistell, R. 1970. Kinesics and Context, University of Pennsylvania Press, Philadelphia. S 34, 81 och 115, ISBN 0-8122-7605-1

Så minns vi Tonny Andersen



Fotograf: Ali Seif

Tonny föddes den 3 augusti 1948 i Danmark. Han växte upp med sin mor och sina två yngre systrar. Uppväxten kom att präglas av begränsade ekonomiska medel, men framför allt av en stark sammanhållning, mycket kärlek och skratt. Tonny var begåvad och efter en kort tur till Paris för studier 1968, blev det så småningom istället läkarstudier i Danmark. Han valde sen att flytta till Sverige för att göra sin AT-tjänst. Sin specialistutbildning påbörjade han i Örnköldsvik. Successivt förflyttade han sig och familjen norrut och kom så småningom att leva och verka i Umeå, där han gjorde klart sin specialistutbildning. Initialt jobbade han på Umedalens sjukhus, varifrån han berättade åtskilliga historier. Ofta återges psykiatrins historia som mörk och svår, men han berättade också om det där andra, om omtanken om medmänniskan, som såklart fanns även då.

Psykiatriska kliniken vid Regionsjukhuset i Umeå blev hans arbetsplats under hans fortsatta karriär som överläkare. Han kom att skriva sin avhandling med Carlo Perris som handledare, om schizofreni, men med ett vidare anslag. Han hade ett brett intresse från genetik till hjärnfysiologi, socialpsykiatri och psykoterapi, vilket kom till nytta i avhandlingen och något han fortsatte att utforska kring. Bl.a. resulterade det i en kurs i neuropsykiatri för

specialister inom Metis. Han kom även att axla ansvaret som verksamhetschef under en period.

Tonny deltog i projekt av olika slag och var under en period ofta österut i det psykiatriprojekt han var del av i Ryssland. Han berättade med glimten i ögat hur han fick hitta sätt att hålla bort all sprit han bjöds på vid middagar i samband med dessa resor. Alkohol fick han migrän av, så det avstod han helst. Däremot var kaffe en mycket älskad dryck. Alla på kliniken månade om Tonny. Personalen i fiket gick gärna till Tonny och hämtade tomma muggar när det började sina muggar i fiket. De visste att han jobbade sent på kvällarna med extra mottagning för att hinna träffa alla patienter som behövde hans hjälp. Han månade samtidigt om alla omkring sig och bidrog med ett genuint humanistiskt förhållningssätt i alla sammanhang.

Som föreläsare och handledare var han mycket uppskattad. Han lyfte fram psykiatrins väsen och lyckades förmedla det på ett sätt som väckte nyfikenhet och engagemang. Han fick genom åren flera utmärkelser som handledare, bl.a. tilldelades han Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatri 2015, med följande motivering:

Tonny Andersen har genom sitt engagemang för utbildningsfrågor och sitt genuina intresse för moderna pedagogiska idéer i olika roller bidragit till att förbättra den pedagogiska situationen inom psykiatri. Med sin båda breda och djupa bildning verkar han helt i Raffaellas anda till att skapa en holistisk syn på utbildningsfrågor.

Jag hade glädjen att få ha Tonny som formell ST-handledare, men jag tror nog att det är närmare sanningen att påstå att han var allas handledare. Han hade en trygghet och gedigen kunskap han så gärna delade med sig av i ST-seminarier, studieresor till APA och ST-utbildningar. Hans arbete efter pension handlade fr.a. om utbildningar inom Metis. Utbildning var det han tyckte var roligast och det fanns utrymme för alla som ville lära sig mer. Han brydde sig genuint om alla sina adepter.

Tonny gick tragiskt bort den 9 juni 2020 i samband med en operation. Han blev 71 år gammal. Han lämnar efter sig barnen Maria, Leon och Sara, bonusbarn, barnbarn, övrig familj och vänner. Hans arbetsrum står plötsligt tomt. Pensionen hindrade honom inte från att jobba. Det behövdes mer för att hålla honom borta från jobbet. Nu är du inte längre bland oss Tonny, men på så många sätt är du fortfarande med oss.

Lotta Sandström

Specialistläkare i psykiatri

Tidigare verksam i Umeå, nu verksam vid ANOVA, Karolinska sjukhuset



Jag mötte min svaghet...

Jag mötte min svaghet,
min rädsla och min fasa.
Och min förgänglighet
när trygga livet rasar.

Var ynklig. Bad om nåd.
Förtvivlad. Barnslig. Ängslig.
Min gräns var snabbt uppnådd.
Jag grät och snörvlade ämligt.

Jag mötte mitt förfall
och depressions styrka.
När ångest makten tar
och övertaget dyrkar!

Förlorad. Rädd. Utled.
Utkämpar hårda kampen.
Kan vinna denna fejd?
Och självrespekt på tampen?



Utloggad!

Skrivet på Akuten bredvid sjukhusdator.

Jag är utloggad
ur mitt gamla liv!
Pinat och plågat,
sjuklig och passiv...

Vill bara logga,
logga in igen!
Slippa denna plåga.
Återfå mitt liv!!!

Jag har inte haft covid men har drabbats av en skada som föranlett ineliggande vård i omgångar och mycket kontakter med sjukvården, lång sjukskrivning och numera arbete hemifrån. Under denna tid har jag skrivit en del dikter om att vara sjuk som doktor. Det är otroligt prövande men även berikande att uppleva vården som patient. Hoppas att den tuffa tiden gjort mig till en bättre läkare!

Text och foto:
Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

3 AV 4 RÖKARE VILL SLUTA VI FINNS HÄR FÖR DINA PATIENTER!

Hänvisa till vårt samtalsstöd. Läs mer på www.slutarokalinjen.se.

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

**Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:**

www.sfbup.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se

“



”

ANSLAG från L.J. Boëthius' stiftelse

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius' stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa ”med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras”. Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslutna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

Styrelsen förutsätter att sökanden i tillämpliga fall ansöker och får godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Godkännandet ska tillställas nämnden.

Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar ska skrivas på svenska och skickas in i 5 exemplar till sekreteraren Kerstin Bendz, Djurholmsvägen 34, 183 52 Täby, tel: 08-768 14 90 eller 0708- 39 75 70, som även lämnar ytterligare upplysningar.

Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 16 mars 2021.
(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.

Säker Suicidprevention – ett nationellt projekt för förbättrad suicidprevention

Under 2017 startade projektet Säker Suicidprevention, vars syfte är att höja kvalitet och säkerhet i svensk suicidprevention. Projektet genomförs i samverkan mellan Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Akutsjukvård, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsköterskor, Sveriges Psykologförbund, Suicide Zero, Suicidprevention i Väst och Löf (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag).

Varje år tar cirka 1 600 personer sitt liv i Sverige, om man räknar både säkra och osäkra suicid. Cirka 40 av dem är yngre än 19 år och suiciden ökar i åldersgruppen 15 – 24 år. Vi vet att tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är de enskilt viktigaste riskfaktorerna för fullbordat suicid, både för barn och vuxna. Vi vet också att en vårdkedja utan onödiga avbrott i kontinuitet och säker informationsöverföring mellan olika instanser är viktiga ingredienser i arbetet med att förhindra självmord. Det finns alltså starka skäl att arbeta intensivt för att identifiera individer med hög suicidrisk, tillhandahålla adekvat behandling och se till att vårdkedjan fungerar så bra som möjligt för dessa individer.

Kunskapen är spridd om att övergångar mellan olika vårdnivåer, verksamheter och vårdgivare är de mest riskfyllda i omhändertagandet av en suicidal individ, men vården efter suicidförsök och annat allvarligt suicidalt beteende varierar stort över landet. Undersökningar visar att ungefär 300 suicid skulle kunna undvikas varje år om alla län i Sverige hade samma suicidförekomst som de län som har lägst förekomst. Vi vill genom detta projekt förbättra arbetet med suicidprevention och bidra till mer likartade arbetssätt över hela landet.

Säker Suicidprevention genomförs enligt samma modell som de tidigare Säkerprojekten: Säker Förlossningsvård, PRISS (Protes Relaterade Infektioner Ska Stoppas), Säker Bukkirurgi, Säker Traumavård och Säker Sepsisvård. Dessa projekt har pågått under ett antal år med goda resultat avseende patientsäkerhet. Vi ser till exempel en trend mot att allt färre barn föds med undvikbara syrebristskador idag jämfört med för fem år sedan. Bäckebottensskador i samband med förlossning sjunker i frekvens på nationell nivå sedan 2014. Vissa ortopediska enheter uppvisar idag siffror över protesrelaterade infektioner som är långt under hälften av vad de hade före PRISS. Säker Bukkirurgi har påvisat fördelar för vissa typer av operationer. Säker Traumavård kan ännu inte utvärderas vad gäller frekvens av undvikbara skador, men har redan resulterat i ett flertal nationella arbeten som bidragit till en mer jämlik vård. Bland annat har man tagit fram nationella traumalarmskriterier. I alla Säkerprojekten ses ett tydligt, men svårsmåttbart, resultat i form av ökat samarbete mellan professioner och ökad medvetenhet om betydelsen av alla steg i en vårdkedja.

Grundprincipen för samarbetet i Säkerprojekten är att de professionella organisationerna ansvarar för tvärprofessionell bemanning med granskare, medicinskt innehåll samt kommunikation till sina

medlemmar, medan Löf står för projektledning och finansiering. Yrkesföreningarna utser medlemmar som deltar som granskare i projektet. I Säker Suicidprevention finns för första gången representanter för dem som vården berör med, i form av de ideella organisationerna Suicide Zero och Suicidprevention i Väst. Liksom tidigare projekt är Säker Suicidprevention icke-normerande. Det innebär att granskarna inte utför en formell inspektion av riktlinjer, rutiner och arbetssätt. I stället utgår granskningen från verksamhetens egen bedömning av förbättringsområden.

Vår målsättning är att nå alla psykiatriska verksamheter i landet. De som bjuds in ombeds att delta med de enheter som krävs för att den granskade vårdkedjan ska återspegla den kliniska verkligheten, allt från Elevhälsa till medicinsk intensiv- och akutvård, barn- och ungdomspsykiatri, prehospital vård, öppen psykiatrisk och slutna psykiatrisk vård. De deltagande verksamheterna får besvara självvärderingsfrågor om vård och behandling som tar sin utgångspunkt i fiktiva patientfall. Nästa steg är att granskningsteamet besöker verksamheten på plats under två dagar. Under besöket genomförs intervjuer av ledning och övrig personal baserade på självvärderingen, samt praktiska övningar med rollspel där en skådespelare spelar en suicidal patient som inkommer till verksamheten. Verksamheterna representeras av personal som agerar utifrån sin vanliga roll i vårdkedjan. Platsbesöket utvärderas sedan av granskningsteamet, som skriver en återföringsrapport till den deltagande verksamheten. Rapporten innehåller observerade styrkor samt olika förbättringsförslag. Verksamheten väljer sedan ut vilka förslag man anser är relevanta att arbeta vidare med. Efter sex månader gör granskningsteamet ett nytt platsbesök för att följa upp hur kliniken har arbetat med förslagen.

Säker suicidprevention är inte en interventionsstudie och kan inte utvärderas som en sådan. Däremot planerar vi att använda nationella kvalitetsregister och andra befintliga datakällor för utvärdering.

Modellen och logistiken har testats i en pilotomgång under hösten 2017, då två verksamheter deltog. Sedan dess har modellen finjusterats och använts vid flera granskningar med goda resultat.

Om du är medlem i en av de deltagande yrkesorganisationerna och är intresserad av att bidra som granskare i projektet är du välkommen att höra av dig till:

Ullakarin Nyberg eller Alessandra Hedlund, Svenska Psykiatriska Föreningen.

Mer information om Säker Suicidprevention finns på <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-suicidprevention/>

Ullakarin Nyberg

Med. dr., specialist i psykiatri, Norra Stockholms Psykiatri

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till
Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:
Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.
Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2021.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se

senast den 31/12 2020.

Hjälp oss att hålla Raffaellas brinnande
intresse för psykiatri och pedagogik levande på detta sätt!

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**



Orimlig väntan på bedömning och behandling av utvecklingsrelaterade problem hos barn och unga

ADHD, autism och psykisk sjukdom

Inom BUP i Sverige ses en generell ökning av ungdomar i behov av psykiatrisk vård. Samtidigt noteras att mer än hälften av BUP:s verksamhet idag ägnas åt utredning av problembilder där autism och ADHD utgör merparten av de tillstånd som diagnostiseras (1). Det är inte ovanligt att ungdomar i åldern 12–17 år får autismdiagnos efter flera års behandling inom BUP pga. ångest, depression eller andra psykiatriska symtom. I flera fall har en autismdiagnos föregåtts av en tidigare ställd och behandlad ADHD-diagnos.

Var diagnostik respektive behandling och uppföljning av ungdomar med ADHD respektive autism sker varierar i Sverige utifrån vilken regional organisation som bär ansvar för rekommenderade insatser. Diagnostisk bedömning av barn och unga med misstänkt autism sker oftast inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), medan barn- och ungdomshabiliteringen (BOU) ansvarar för habiliterande insatser när diagnosen är ställd. Barn och unga med misstänkt ADHD-problematik utreds också oftast inom BUP. Denna grupp stannar kvar inom BUP för att få medicinsk behandling och pedagogiska insatser. Barn och unga med autismdiagnos som samtidigt uppvisar psykiska problem (vanligast är ångest och/eller depression) eller har en samtidig ADHD-diagnos, får vända sig till BUP för just denna, förmodat avgränsade, problematik. Inom vissa regioner har BUP hela ansvaret för åtgärder/insatser (såväl habiliterande som psykiatriska) för ungdomar med autismdiagnos utan samtidig intellektuell funktionsnedsättning. Inom dessa regioner har barn- och ungdomshabiliteringen ansvaret för ungdomar med autism och samtidig intellektuell funktionsnedsättning.

Vad händer i Region Skåne?

Inom Region Skåne noteras vi under senare år att många barn och unga med misstänkt utvecklingsrelaterad kognitiv problematik (ADHD och autism) efter en initial kontakt med BUP ställs i kö för så kallad neuropsykiatrisk utredning, enligt vad vi förstår utifrån ”program för standardiserade vårdprocesser”. Från journaler framkommer att ”initial kontakt” inom BUP kan pågå under upp till ett år och innebära ett antal besök och

intervjuer med barn och föräldrar. Under denna tid genomförs ett antal screeningar för eventuella symtom på autism respektive ADHD med olika formulär och skattningsscheman för föräldrar att fylla i. Om screeningen pekar mot misstänkt autism eller ADHD, sätts barnet i kö för sådan utredning eller vad som kallas ”bred neuropsykiatrisk utredning”.

Under den initiala kontakten med BUP ges sällan några insatser eller behandling för den problematik familjen söker för. Föräldrar kan få ett antal ”uppföljande bedömningssamtal” innan barnet sätts på kö-listan för ”neuropsykiatrisk utredning”. Därefter upphör kontakten med BUP i väntan på att utredningen kan komma igång. För barn och ungdomar i åldern 8–17 år är väntetiden oftast minst 12 månader. Det är mer regel än undantag att väntetiden är längre än så. Sedan våren 2019 har ett flertal barn och unga remitterats till privat mottagning för utredning, och för dessa har väntetiden för utredning från initial kontakt varit 3–4 år. Detta är en orimlig situation för barn och föräldrar. Oftast är det också avhängigt föräldrarnas initiativ om besked ges angående när utredning kommer att påbörjas. Det är dock sällan något tydligt sådant besked förmedlas.

Två exempel på handläggning för ungdomar som blivit aktuella för diagnostisk bedömning visas bredvid. Vårdnadshavare har i båda fallen samtyckt till publicering av uppgifterna.

Dessa båda exempel är inte på något sätt unika. Bland de drygt hundratal bedömningar som hittills genomförts på en privat mottagning i Malmö under 4–6 månader, ses ett mönster av att föräldrar har fått vänta mycket lång tid på att deras barn ska få hjälp.

Väntan på behandling

Väntan på behandling och stödinsatser är tyvärr inte slut med den diagnostiska bedömningen, eftersom den privata mottagningen som ställt diagnos inte ger behandling eller stödinsatser då detta inte ingår i upphandlingen. Efter att autismdiagnos är ställd remitteras barnet/ungdomen för insatser och behandling till barn- och ungdomshabiliteringen. Vårdgarantin anger 60 dagar, vilket förhoppningsvis kan infrias. För barn med AD-



HD-diagnos gäller remiss till BUP för medicinsk och pedagogisk behandling och föräldrautbildning. Väntetiden för att komma igång med ADHD-medicinering varierar inom Region Skåne. Enligt uppgift är den snarare mer än 12 månader än mindre.

Alltså ser vi att vägen från misstanke om funktionsnedsättning till det datum då behandling/insats/professionell rådgivning påbörjas kan vara mycket lång, upp till både 4 och 5 år. Under denna tid av väntan hinner barnet vara i en negativ, och, särskilt för unga med ADHD, destruktiv utveckling. Vi ser unga tonåringar utveckla tydlig psykisk sjukdom i form av ångest och depression, utagerande beteenden eller missbruk. Några utvecklar kriminellt beteende. Det är snarare regel än undantag att skolgången misslyckas. Med ökade krav för varje årskurs inom grundskolan är det många unga som inte klarar kraven och skolans personal har sällan bra redskap att hantera avvikande barn. Tyvärr ser vi också ungdomar som över huvud taget inte orkar ta sig till skolan. Att vara utan undervisning och kanske utan slutbetyg från grundskolan är en av de starkaste riskfaktorerna för kroniska psykiska besvär och destruktiv utveckling hos en ung vuxen.

Diagnostik av ADHD och autism är en klinisk bedömning

Nuvarande system inom Region Skåne har skapat köer och fördröjningar som ibland innebär flera års väntan (detta gäller även för vuxna), och för att bemästra situationen har regionen alltså upphandlat "neuropsykiatriska utredningar", så vitt vi kan förstå i tron att dessa skiljer sig från annan psykiatrisk diagnostik. Så är det inte, utan den viktigaste åtgärden för att diagnostisera autism eller ADHD är att klarlägga varaktigheten av symtom, symtomens påverkan på vardagslivet/stödbehovet, samt att utesluta/uppmärksamma andra liknande problem eller psykiska sjukdomar. Detta sysslar läkare och psykologer med dagligdags när det gäller alla andra tillstånd som diagnostiseras och behandlas i psykiatri. Det finns en övertro på "testningar" som diagnostiska, men det finns inga tester som kan skilja ADHD eller autism från andra tillstånd, utan för detta krävs psykiatrisk kunskap och erfarenhet. Det är en gåta varför man särskiljer just misstänkt ADHD eller autism och hanterar dessa funktionsnedsättningar i särskild ordning, till stor nackdel för patienterna och i det långa loppet också för den psykiatriska verksamheten vars kompetens utarmas på detta sätt. För både patienter och personal är det en rejäl olägenhet när diagnostik och behandling inte sker i samma verksamhet. Kontinuitet, kostnadseffektivitet och kompetensutveckling försämrars.

Vilken strategi Region Skåne har och hur man tar ansvar för att förbättra och hantera ovan beskriven situation är hittills obekant för oss. Det verkar finnas oklara organisatoriska problem. Vad vi förstått var tanken med "standardiserade vårdprocesser" att förtydliga och förenkla vägen från första kontakt med patienten till att professionell behandling och anpassat stöd ges.

Vi ser inte denna utveckling ännu! Det verkar finnas problem med att BUP saknar erfaren personal som relativt snabbt kan värdera föräldrars information, och efter barnobservation kan bedöma och diagnostisera funktionsnedsättningar. Vuxenpsykiatri verkar också ha problem med att känna igen symtomen och att intervjua patienter och anhöriga utifrån ett utvecklingsperspektiv, vilket är den viktigaste åtgärden för att utan onödigt dröjsmål ställa eller utesluta diagnosen ADHD eller autism. ADHD eller autism är varken svårare eller lättare att diagnostisera än andra psykiatriska diagnoser, och bör ingå i repertoaren för varje psykiatrisk mottagning för barn, ungdomar eller vuxna.

Enkelt att ändra systemet som producerar växande värdköer

Att utesluta vissa tillstånd är lika viktigt som att bekräfta när diagnos kan ställas, och de problem man söker för bör man få hjälp med inom en rimlig tid, vilket är vad vårdgarantin såvitt vi förstår syftar till. Det är heller inte så att en ADHD- eller autismdiagnos utesluter psykisk sjukdom, snarare det motsatta. Särskilt skyndsamt bör insatser ges till barn och unga. I många ärenden samlas mycket gedigen information om patienten, men relevanta slutsatser dras inte och beslut om diagnos, behandling och/eller åtgärd saknas. Detta skapar onödigt psykiskt lidande hos patienten och dess omgivning som blir än svårare att hantera ju längre tiden går.

Slutsatser:

- Diagnoserna ADHD och autism bör i de flesta fall kunna ställas eller uteslutas snabbt och enkelt – diagnostiken skiljer sig inte principiellt från övrig psykiatrisk diagnostik.
- Det nuvarande systemet med särskilda diagnosverksamheter, kölistor och väntetider är destruktivt och onödigt.
- Diagnostik och uppföljning/behandling måste ske i samma verksamhet.
- ADHD och autism, liksom andra diagnoser, är arbetshypoteser som kan omprövas.

Nils Haglund

Leg psykolog, dr med vet
nils.haglund@live.se

Lund

Lena Nylander

Överläkare, specialist i allmän psykiatri, med dr
lena_nylander@telia.com

Lund

Referenser

Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017. [citerad 14 december 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>.

Pojke NN, 13 år 8 mån vid utredningstillfället

Kommer på remiss från Region Skåne, Psykiatri och Habilitering, BUP i Malmö, mottagning Norr/Söder. Remiss daterad 2020-02-20. I remissen framkommer frågeställning ADHD och autism. Det framgår också beslut om fördjupad utredning, daterat 2017-11-03. Alltså har familjen fått vänta 2½ år på utredning/diagnostik.

Till remiss finns bifogad journal från BUP team nordost/söder mottagning Malmö daterad hösten 2017 då det genomfördes screening för ADHD-problematik samt för autismspektrumstörning. I denna sammanfattning finns tydliga indikationer på autism. I journalen framkommer att det finns beslut 2017-11-03 att utredning bör göras med frågeställning ADHD och autism. Utredningen lämnas på väntelista och efter uppmaningar från föräldrar och deras förfrågan i januari 2020 beslutas att utredningen sker externt.

I intervju med båda föräldrar framkommer en problembild tydande på autismspektrumstörning. NN beskrivs generellt ha mycket stora svårigheter i ömsesidig social kommunikation, vilket framkommer såväl från föräldrar som från skolans redovisningar. Någon generell kognitiv bedömning har enligt föräldrarna ej genomförts tidigare. NN upplevs tydligt avvikande avseende socialt samspel med såväl andra barn som vuxna. Han respekterar inte social distans, närhet, avstånd, och har svårt att relatera till övriga syskon i familjen. Det uppstår ofta bråk. NN har en äldre syster som förstår att han är annorlunda, kan ta hand om honom och hjälpa honom.

Slutförd extern utredning maj-20, diagnos: autism i barndomen (grad 2). Grad 2 innebär ett stort behov av stöd i vardagen, vilket alltså på grund av onödig väntan på diagnostisk bedömning uteblivit under 2½ viktiga år av en ung människas liv.

Pojke PP 17 år 3 mån vid utredningstillfället

Kommer från Remisshjälpen*, Region Halland, sjuksköterska, med frågeställning ADHD/ADD**. Remiss daterad 2020-03-20.

PP har haft problem med koncentration och minne under lång tid. Hoppat av gymnasiet hösten 2019. I remissen beskrivs trötthet, svårighet att hålla tider, svårighet att komma upp på morgonen, konstant vändande på dygnet. Besvären har förvärrats med stigande ålder. Vidare beskrivning utifrån ADHD-problematik: har svårt att sova, avbryter samtal. Kan ej hantera ett nej. Uppvisat stark aggressivitet i hemmet. Slagit sönder väggar, dörrar, föremål, skär sönder saker, tatuerar sig själv med olika föremål och även uppvisat annat självskadebeteende. I remissen framgår att patienten aktualiserats på BUP av föräldrar redan i åk 7. Då ej fått några insatser utan enbart satts upp på väntetid för utredning. I intervju av föräldrar framkommer drogmisbruk hos patienten på senaste tiden. Hållit sig från hemmet vissa nätter och framför allt detta skapar en stark oro hos föräldrarna.

Föräldrarna uppger att PP var föremål för bedömning av skolpsykolog i åk 5 då man var orolig för PP:s svårigheter att fungera i skolan. Dock ledde bedömningen ej till insatser, då man inte fann underlag för vidare utredning. Aktualiserats på BUP i åk 7, träffade psykolog, uppsatt för "neuropsykiatrisk utredning", satt i kö. Föräldrarna var åter i kontakt med BUP aug 2019 för en förfrågan avseende utredning då man väntat i 3 år på sådan via BUP på hemorten. Hamnade därefter i s.k. "snabbkö". Nu efter ytterligare 10 månader ingen kontakt med BUP eller fått besked om utredning därifrån, därför remiss via Remisshjälpen och utredning via privat mottagning. Utredning slutförd juli -20 gav diagnos ADHD, (medelsvår).

* Remisshjälpen Sverige AB är en privat vårdgivare som erbjuder digitala tjänster för icke- akut sjukvård. Hit kan föräldrar vända sig för exempelvis få relativt snabb hjälp med remiss till vårdgivare som genomför "neuropsykiatriska utredningar". Remisshjälpen finns inom flera regioner i Sverige och erbjuder mot en patientavgift.

** ADD = Attention deficit disorder, en variant av ADHD utan hyperaktivitet

Nordic Congress of Psychiatry (NCP) 2021 – Call for abstracts!

Finlands psykiatriska förening har beslutat att den Nordiska Psykiatrikongressen, NCP, som skulle ha ägt rum i Helsingfors 16–19 juni 2021 istället kommer att vara ett virtuellt arrangemang. Detta för att möjliggöra en säker konferens för deltagare från alla länder och förhindra risken för avbokning på grund av covid-19.

Programmet uppdateras löpande på www.ncp2021.fi
Välkomna att skicka in bidrag och registrera er gärna redan nu!

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 10/02

TEMA: Ensam och tillsammans

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften.

För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande.

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen senast den 31/12.

Ny klinisk handbok



Suicidala patienter

John A. Chiles, Kirk D. Strosahl, Laura Weiss Roberts
Översatt av Erik MacQueen

”Detta är den självklara boken för alla som arbetar med potentiellt suicidala personer. Den kan revolutionera det svenska sättet att se på suicidprevention. En mycket väl-skriven och gedigen kunskapskälla, med konkreta behandlingsupplägg som bygger på det senaste inom suicidforskningen. Jag blir varm och glad över att se denna typ av kunskap paketeras så fint! Denna bok kan rädda liv!”

Ludmilla Rosengren,
leg. läkare med grundläggande utbildning i KBT och medgrundare till Suicide Zero



Unified protocol för barn

Jill Ehrenreich m.fl.
Översatt av Johanna Svartström



Samtalsterapi

Niklas Törneke, Jonas Ramnerö



RO-DBT terapeutinstruktioner

Thomas R. Lynch
Översatt av Linda Roosdorp



Anknytning i psykoterapi

Camilla von Below

Fler
aktuella
titlar

Köp dessa och fler utvalda nyheter med 25 % rabatt på nok.se/svenskpsykiatri senast den 31 januari. Ange koden **noksvenskpsykiatri**.

Missa inte **psykologiwebben.se** – en digital plats för kunskap, kompetensutveckling och inspiration.

Natur & Kultur är ett förlag som arbetar för att möta människors behov av psykologisk kunskap i olika verksamheter och livssituationer. Vi erbjuder forskningsbaserad litteratur för studerande vid universitet och högskola, för yrkesverksamma inom människovårdande yrken och för alla som vill utvecklas på ett personligt eller professionellt plan.

Psykiatri i pandemins spår

Vilka psykiatriska konsekvenser kommer den pågående pandemin att få?

Kommer en genomgången (svår) covid-19-infektion att kunna leda till psykiska symtom/psykisk sjuklighet?
Löper människor med psykisk sjukdom en ökad risk för infektion, för svår sådan eller rentav med dödlig utgång?
Vilka följder får de socioekonomiska svårigheter som nu drabbat många?
Isoleringen, karantänen, ensamheten – hur påverkas människors psykiska hälsa av det?
Hur har psykiatrins arbetssätt förändrats – på kort och lång sikt?

Vi vill gärna kunna rapportera om detta och välkomnar bidrag som belyser frågeställningarna ovan!

Vi avser även att så småningom ha ett temanummer om ”pandemipsykiatri” men kan i dagsläget inte sja om när vi är mogna att börja sum-
mera.

Redaktionen
Svensk Psykiatri



**Möjligt att
ansöka nu och
genomföra
resan 2022!**



Förlaget Natur & Kultur är en stiftelse som utan ägare kan agera självständigt och långsiktigt. Vårt mål är att genom stöd, inspiration, utbildning och bildning verka för tolerans, humanism och demokrati.

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av Stiftelsen Natur & Kultur.

Med anledning av den pågående coronapandemin är det möjligt att ansöka år 2021 och genomföra resan då eller 2022.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnadskostnader vid auskultation vid en psykiatrisk verksamhet utomlands under två till fyra veckor.

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling, men inte att forska eller delta i en kurs eller konferens. Att vidareutveckla kunskaper

om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 50 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2021. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

Diskutera med kolleger och läs färskas tidskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Ta sedan kontakt med

den arbetsplats där du vill vistas om du tilldelas ett stipendium. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om möjligheten att få komma och auskultera.

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av professor Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Petra Truedson (ST-läkare i psykiatri), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).

nok.se/cullbergstipendiet



Klinisk studie om ny möjlig behandling av PTSD startar i Linköping

Forskare vid Psykiatriska kliniken i Linköping vill undersöka om ett läkemedel i kombination med internetbaserad kognitiv beteendeterapi, KBT, kan lindra post-traumatiskt stressyndrom, PTSD. Det är första gången detta läkemedel provas mot PTSD. Det är också nytt att kombinera KBT med läkemedel som sannolikt förstärker effekter av den psykologiska behandlingen.

I den kliniska studien som startats under hösten 2020 kommer forskarna att testa om effekten av KBT kan förstärkas med ett läkemedel som Janssen har under utveckling. I en förberedande experimentell studie på friska personer fann man att läkemedlet har en lovande effekt på hjärnans förmåga till ny inlärning så att de skrämmande minnena inte längre signalerar fara. Läkemedlet höjer nivån av en av kroppens egna cannabisliknande substanser i hjärnan, som spelar en viktig roll i hur vi reagerar på stress och obehag.

Vår förhoppning är att vi genom att kombinera KBT med läkemedel dels kan förstärka utsläckningen av rädslommen, dels att läkemedlet ska skydda mot starka negativa känslor och att det ska hjälpa patienterna att stanna kvar i behandlingen, säger forskningsledaren professor Markus Heilig.

I studien kommer 90 personer med PTSD få internetbaserad KBT som utvecklats av professor Gerhard Anderssons forskargrupp i Linköping. Hälften av deltagarna kommer dessutom att lottas till att få läkemedlet, medan den andra hälften blir kontrollgruppen som får placebo.

Bakgrunden till studien beskrevs i Svensk Psykiatri nr 1 2020 av Leah Mayo, en av forskarna. Mer information och möjlighet att anmäla intresse finns på <https://www.iterapi.se/sites/pape/>.

Per Gustafsson
Professor emeritus
BUP Linköping

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpf.se

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



Tillstånd med barndomsdebut med relevans för äldrepsykiatri

Rapport från SFÄP:s nationella symposium den 23 oktober

Årets nationella symposium genomfördes, som så mycket annat i dessa tider, i digital form. Temat var tillstånd med barndomsdebut i äldrepsykiatri. Diagnoser såsom autism och ADHD har blivit mer uppmärksammade och oftare ställda, vilket ökar möjlighet till kunskap om hur dessa tillstånd utvecklas med åldrande, vad de får för följder och vilka behov patienterna har. Under en intensiv förmiddag bjöd symposiet på historiska tillbakablickar, aktuellt kunskapsläge och praktisk kunskap av relevans för området.

Eva Frunk-Lind, tidigare förvaltningschef i omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting, gav en initierad exposé över hur samhället organiserat omhändertagande av personer med intellektuell funktionsnedsättning i Sverige i modern tid. De senaste decenniernas ökade möjlighet till ett liv ute i samhället är en dramatisk förändring till det bättre gentemot gamla tiders institutioner.

Marie Åsberg, professor emerita i psykiatri vid Karolinska Institutet, redogjorde också för hur man under mitten av nittonhundratalet försökte rena befolkningen från bl.a. dem med intellektuell funktionsnedsättning i de s.k. eutanasiprogrammen i Nazityskland och med tvångssteriliseringar i Sverige. Metoderna förespråkades och drevs på av ledande läkare i respektive land, något att reflektera över även i år, 2020, när läkarnas sätt att hantera sin makt över liv och död på en del svenska äldreboenden har varit ett stort diskussionsämne.

Kerstin Fälldin, samordnare på överförmyndarenheten i Österåkers kommun, gav en matnyttig genomgång av begreppen god man och förvaltare.

Annika Brar, psykiater och habiliteringsläkare i Stockholm, föreläste om Fragil X-syndromet, den vanligaste ärftliga orsaken till intellektuell funktionsnedsättning. Trots dess enkla orsak, en mutation i promotorregionen för genen FMR1, tar sig Fragil X remarkabelt olika uttryck beroende på mutationens omfattning och om bäraren är kvinna eller man.

Lena Nylander, psykiater och medicine doktor, är en av få i landet som bedrivit forskning om intellektuell funktionsnedsättning, ADHD och autism hos äldre. Hennes forskning har inriktat sig på äldre personer som har insatser enligt LSS och undersökt bland annat i vilken utsträckning de erhåller psykiatrisk vård. Tidigare forskning har uppskattat att 40 % av personer med intellektuell funktionsnedsättning har psykiatrisk samsjuklighet, men bland äldre med intellektuell funktionsnedsättning var det bara ungefär 20 % som hade kontakt med

psykiatri under en 10-årsperiod. Detta kan indikera ett icke tillgodosett vårdbehov, vilket behöver utforskas mer. Bland äldre personer som beviljats LSS pga. autism har en majoritet kontakt med psykiatri och det är vanligt att kontakten sker pga. diagnos inom psykospektrat. Huruvida risken för demens skiljer sig mellan personer med och utan autism är inte känt.

I takt med att allt fler personer som erhållit neuropsykiatriska diagnoser uppnår mogen ålder, ökar möjligheterna till forskning på långtidsprognosen vid ADHD och autism och vilka behov dessa patienter har. Redan kan man se en stor variation, men de faktorer som bestämmer den är inte klarlagda. Att få diagnosen, och därmed för många en "förklaring" till hur man är, är en annan sak när man redan levat större delen av sitt liv, än om det sker i barndomen. Vissa uttrycker uppfattningen att de inte hade velat ha diagnosen tidigare, då det hade kunnat ge problem tidigare i livet. Vid ADHD är det inte ovanligt med en depressiv försämring när patienten får behandling och kan reflektera över negativa livshändelser som kanske inte hade inträffat om denna behandling påbörjats tidigare. En förståelse för variation i utfall i hög ålder, kan tänkas kunna bidra till förbättrad vård för dessa patienter tidigare i livet.

Vi kan konstatera att ett digitalt arrangemang inte gav samma möjlighet till social samvaro och informella diskussioner, men att det också kan ha möjliggjort för fler att ta del av innehållet. För en liten förening underlättar det också ur ekonomisk synvinkel att anordna digitala arrangemang som kräver minimalt med administration och inga lokal- eller resekostnader. Inte minst underlättar det internationella utbyten. Under hösten är SFÄP med i kulisserna när vår europeiska moderförening arrangerar lunchwebbinarier, varav det första hade besökare från Kanada i väster till Indien i öster. Självfallet har vi stora förhoppningar om att nästa år kunna arrangera det årliga symposiet i fysisk form igen, eller varför inte – för att använda en vårdneologism – digifysisk? Som så många andra ser vi möjligheten att med vår nyvunna digitala kunskap utvidga vår verksamhet och på så vis kunna ge våra medlemmar mer valuta för årsavgiften.

Håll utkik framöver, t.ex. på vår hemsida (<http://www.aldrepsykiatri.se>).

Styrelsen, Svensk förening för äldrepsykiatri
genom

Robert Sigström
Vetenskaplig sekreterare

Lydia Sandgren, författare och psykolog



Våren 2020 debuterade Lydia Sandgren som författare med den 700 sidor långa boken *Samlade verk*. Flertalet recensioner var översvallande positiva.

Samtidigt som Lydia för mer än tio år sedan lade grunden till sitt författarskap påbörjade hon också sin utbildning till psykolog. För närvarande är hon heltidsverksam vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Göteborg. I sitt arbete där möter hon främst personer med neuropsykiatrisk problematik.

Efter att ha läst boken fick jag en idé. Det vore intressant att ha ett samtal med Lydia om hur hon tänker kring mötet med patienten jämfört med mötet med de egna romangestalterna. I bägge fallen handlar det om relationer, men förutsättningarna är förstås väsensskilda.

Det samtalet kom också till stånd. Vi träffades på hotell Eggers i Göteborg. Jag kände att jag ville återge vårt möte som just ett samtal mellan två personer snarare än som en intervju som bygger på frågor och svar. Texten kom att bli längre än vad som är möjligt att trycka i vår tidning. Den kan läsas i sin helhet på hemsidan www.svenskpsykiatri.se/tidskriften under rubriken "Samtal med Lydia Sandgren".

Under samtalet närmade vi oss flera intressanta teman. Inledningsvis resonerade vi kring balansen mellan ett undersökande, faktainriktat perspektiv och ett mer förståelseinriktat där den personliga upplevelsen står i centrum.

Sen talade vi förstås om relationen behandlare – patient jämfört med relationen författare – romangestalt. Det var ju min huvudfråga till Lydia.

Den diskussionen ledde oss vidare in på grannliga frågor som vilken styrande inverkan yrkespersonen kan ha i behandlingssamtal med patienter. Är det så redigt och klart att man lätt kan enas om mål i ett förändringsarbete, eller är det snarare så att patienten av olika skäl fogar in sig i behandlarens prioriteringar? Vilken roll spelar makt och maktunderordning?

Jag undrade vilken plats ett kärleksfullt sinne har i sammanhanget. Lydia har "umgästs" med sina romangestalter under många år. I min värld måste det vara ett slags kärleksförhållande. Men hur kan man tala om kärlek till patienten? Hur är det för övrigt ställt med omdömesutvecklingen i dessa tider där betydelsen av riktlinjer, manualer och beslutsalgoritmer betonas?

Den diskussionen och en hel del annat finns återgivet i den utförliga text som ligger på tidskriftens hemsida.

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut
Uppsala

Precis innan detta nummer gick i tryck tillkännagavs det att Lydia Sandgren vunnit Augustpriset för Årets skönlitterära bok.



De omöjliga
Från psykiatrireform till dyr och dålig vård

Anna Fredriksson och Åsa Moberg
Natur & Kultur, 2020

Det läckra omslaget sticker ut, rubriken och beskrivningen tilltalar, det är en rejäl tegelsten som inger respekt. Det är bara underrubriken som skaver, vad är syftet med den formuleringen? Om man vill avskräcka yrkesverksamma från att läsa boken är den väldigt lyckad. Dock föreställer jag mig att man som författare vill att ens bok ska läsas av så många människor som möjligt, oavsett erfarenhet, yrke och politisk uppfattning, inte bara av den skara som håller med en från början. Jag vet inte så jag läser den ändå.

Bokens utgångspunkt är att psykiatrireformen på 25 år inte infriat de förhoppningar som föranledde den, även om tanken var god och vissa saker har blivit bättre. Det tror jag vi alla är rörande överens om. Därför förväntade jag mig en djupgående analys av reformen, tiden före och efter, utifrån samhällsklimatet och politiken, organisation och styrning, utifrån personerna det gäller – patienter, närstående, yrkesverksamma, utifrån de olika aktörernas roller och ansvar – BUP, psykiatri, kommun, Försäkringskassa, civilsamhälle. De förväntningarna infriades inte. Skriften hoppar mellan olika ämnen, personer, institutioner och det är svårt att hänga med. Några analyser är intressanta, de flesta försök avslutas tyvärr i förtid då genus, klass, status, makt eller någon kombination av dessa dyker upp och sätter punkt. Nu och då blandas ihop, kommunal vård med regional vård, barn med vuxna, primärvård med specialistvård.

Psykiatrin målas fram som en skräckinjagande verksamhet, något sorts svart hål som slukar en för gott, ett träsk som man fastnar i hur mycket man än aktar sig för det. I det svarta hålet hotar läkemedel som gör en beroende oavsett vad som står i FASS, tvångsåtgärder utan orsak eller hänsyn, okunnig eller rentav elak personal som sätter prestige före patienter och närstående, maktlystna läkare som är principiellt emot allt som innehåller en smula delaktighet, värdighet eller icke-medicinsk behandling. Det går inte bättre för barnpsykiatrin eller kommunerna för den delen. Inte heller för forskningen, som betraktas som en onödig krusidull som bara kostar pengar och verkar i de flesta fall kunna ersättas av sunt förnuft. Samtidigt ägnar man sig åt cherry-picking och väljer med omsorg ut sina

exempel, erfarenheter och studier som pekar åt det håll man vill gå.

Frågan som återstår är just det, åt vilket håll går man egentligen? Vad är syftet med denna bok?

Det är självklart jätteviktigt att använda sunt förnuft och rapportera missförhållanden. Men en sådan svartmålning bidrar enbart till att öka polariseringen. Enstaka verksamheter och arbetssätt målas upp som föredömen, det är bra. Fast även dessa hotas av ovan nämnda fiender, med läkare och vetenskapen i spetsen. Några förbättringsförslag som tas upp i boken är utmärkt, men de drunknar i det svartmålade bakgrundsbruset och det är synd. Jag ser framför mig hur en rejäl bearbetning av texten hade kunnat korta ner den och ännu tydligare fått fram de viktigaste budskapen. En expertgranskning hade dessutom kunnat rätta till enstaka faktafel, bidragit med referenser där det saknas och hjälpt till att rita kartan så att läsaren lättare orienterar sig i det svenska välfärdssystemet, som visst är haltande, men förtjänar respekt för sina ambitioner. För jag tror att det är förändring man är ute efter, inte ökad polarisering.

Jag erinrar mig patienter som tackat för vården de fått och sagt något i stil med: "Psykiatrin är jättebra, det här har ingenting att göra med det som beskrivs i media." Det gör mig glad och ledsen på samma gång. Jag tycker att yrkesverksamma ska läsa den här boken för att förstå vad våra patienter och blivande patienter matas med för information och vilka fördomar som finns om vår verksamhet. Allt är inte välfungerande men det är inte pest överallt heller. Vi lever i ett samhälle där de starka rösterna hörs klart och tydligt. Det finns bara en sak som är värre, att de svaga rösterna tas ur sitt sammanhang och används som slagträ i någon annans kamp.

För SPF:s styrelse
Alessandra Hedlund
Ordförande

ANNONS



Att säga förlåt

Den tyske prästen och psykoterapeuten Bert Hellinger har synpunkter på förlåtelse som process mellan barn och föräldrar. Han anser att föräldrar aldrig ska be sina barn om förlåtelse då barnen är i en beroendeställning. Föräldrar kan erkänna att de har brustit i föräldransvar, att de är ledsna för det, att de ångrar sig men att be barnet om förlåtelse är att ställa krav på barnets känslor såvida förlåtelsen inte bara ska bli en läpparnas bekännelse. Det är inte barnets uppgift att ta på sig att reglera föräldrarnas skam och skuldkänslor. Om barnet spontant känner att det förlåter föräldern och säger det är en annan sak, om det inte huvudsakligen handlar om att trösta sin förälder, det vill säga ta över ett vuxenansvar.

Ensam och väntande

En liten flicka sitter på ett par resväskor med ett gosedjur bredvid sig. Bakgrunden är en mörk skog. Hela framsidan är i svart/vitt utom flickans skor som är röda och hennes stora röda ballong som det står "Förlåt, sa han" på. Flickan ser på läsaren med ett allvarligt uttryck.

Bilden andas ensamhet och väntan. Denna bild möter oss på framsidan av den pensionerade bildläraren, handledaren och författaren Eva Berglunds bok *Förlåt, sa han*.

Sammansatt framställning

Boken kan indelas i fyra avsnitt. I det första ger författaren inblickar i sin barndom och de övergrepp hon utsatts för. I det andra beskriver hon sitt arbete med sig själv i grupp inom ramen för Alanons program baserad på Anonyma Alkoholisters tolv steg, med steg som Att formulera och våga be om hjälp, se sin själs innersta, erkänna fel och brister samt ödmjukt försöka avlägsna dem. Steg som gottgörelse, söka sinnesro, fördjupa sin närvaro och att söka Gud avslutar programmet.

Det tredje avsnittet är en transkriberad dialog med fadern där författaren söker svar på "varför" och vad fadern menar med "förlåt". Avslutningsvis redovisas journalkontakter från 1996 och 2004 som beskriver hur dottern/författaren tillsammans med fadern vill reda ut när i tiden övergrepp skedde och få till samtal medan fadern var i livet. Vid ett av dessa samtal erkänner fadern att han förgripit sig på döttrarna men vid övriga tillfällen säger han sig inte minnas. I en kort översikt sammanfattar hon sina erfarenheter och menar att den glömska som hon länge levde i, stödd av familjens förnekande, var hennes räddning men inte en läkande väg på sikt. Kampen kom att handla om att återerövra sina egna minnen, lita på sig själv och frigöra sig från beroendet av förövaren och själv komma att äga frågan om att förlåta eller ej.

Dysfunktionell familj

Författaren ger inledningsvis läsaren en inblick i betydelsefulla, känslomässigt laddade situationer, "flisor" ur olika faser av sitt liv, inte minst kopplade till den smärtsamma relationen till modern. Mamman som hon älskat och fått lov att plocka ner från sin piedestal. Skuld att inte finnas vid dödsbädden. Känsla av att ha skadat henne och familjen. Mamma och den frusna sorgen. Övergreppen berörs också liksom bedömningen från barnpsykiatriska kliniken vid Kronprinsessan Lovisas sjukhus: "veterligt inte blivit utsatt för sexuella övergrepp. Blivit skrämmd av en kamrat vars pappa som berättat spökhistorier." Samma pappa som senare döms för sexuella övergrepp! Här finns den tydliga spänningen mellan författarens och omvärldens verklighetsbeskrivning. Skildringarna är starka, berörande och välformulerade med otvetydig litterär, ibland närmast poetisk kvalitet. Här framgår tydligt hur smärtsam triangeln mamma, pappa, barn är vid övergrepp – rädd för pappa, förringad av mamma.



Förlåt, sa han
Eva Berglund
Ekström & Garay, 2020

Far och dotter

Den transkriberade dialogen mellan far och dotter upptar en tredjedel av boken. Temat och processen blir ganska snabbt tydlig:

"Jag tycker vi hade ett bra samtal."

"Ja."

"När du sa förlåt."

"Förlåt?"

"Du sa förlåt till mig, det där med Mallorca du vet."

"Jaså, det kommer jag inte ihåg."

"Det vet du ju, du har ju sagt förlåt."

"Ja, men varför?"

"Men det vet du väl."

"Nej, jag kommer inte ihåg."

"Ja, men jag kommer ihåg. Det är inte roligt att du säger förlåt och glömmer bort att du sagt förlåt."

Pappans reaktion: "Det är jäkligt jobbigt ska jag tala om för dig att inte komma ihåg saker och ting."

Han kan tillstå att han måste ha varit pervers och att han hade mått dåligt men tycks göra halt inför att benämna själva övergreppet. Det verkar vila ett slags slöja över "det där" som pappan dock erkänt tidigare bland annat för en av dotterns kusiner. Pappan tycks ha lika svårt som dottern tidigare haft att "se sanningen i vitögat".

Den långa vägen

Författaren har arbetat med sig själv i olika terapiformer, gruppterapi, musikgruppterapi, självhjälpsgrupp, psykodynamisk terapi, Rosenterapi och hypnoterapi. Men det var först i Alanon, i samtalen med andra i gruppen i vilken man lyssnar, inte avbryter, avstår att ge råd och synpunkter och tar varandra på allvar som hon kunde dela de känsloladdade minnena av övergreppen, vilka sänkt hennes psykiska mående och stört hennes förhållningssätt i relation till andra och göra dessa re-

aktioner begripliga och hanterbara. Allt eftersom hennes förmåga att göra erfarenheter av stöd från andra ökade, fördjupades kontakten med det intuitiva barnet inom henne liksom med en Gudsförtröstan som stärkte hennes självkänsla. Hennes "toleransfönster" för intensiva affekter föreföll att vidgas och det blev möjligt att "släppa till sig" för upplevelser som tidigare haft karaktär av outhärdlighet. Hon fick också bättre tillgång till positiva upplevelser och det goda som fanns också inom henne och hon får svar på sin fråga "kan man förlåta en person som begått sådana övergrepp". Hon avslutar boken med att citera Alanons tolfte steg "Störst av allt är kärleken".

En berörande framställning

Komplexiteten i att i vuxen ålder hantera övergreppstrauma i barndomen belyses från flera infallsvinklar och "skrivstilar" vilka bidrar till förståelse av övergreppens infärgning av livsförloppet. Ett djup och en omfattning av denna förståelse aktiverar samtidigt frågan om avgränsning gentemot anhörigas integritet – levade eller avlidna. Jag kan inte se att denna gränsdragning diskuteras av författaren. Här finns kanske ingen "lycklig lösning". Det förtar dock inte betydelsen av författarens bidrag vilket ju också kräver ett mod att dela med sig av starkt berörande personliga upplevelser och dilemman.

Björn Wrangsjö
*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Dansa mjukt med tillvaron
Om mening, mod och möjligheter

Anna Kåver
Natur & Kultur, 2020

Anna Kåvers nya bok *Dansa mjukt med tillvaron* har mer en existentiell ton än hennes tidigare böcker. Hon utforskar här vad som är centralt för vårt psykologiska och existentiella välbefinnande. Det är inte så mycket träning och mindfulness som presenteras, utan mer personliga essäer.

I boken påminns vi om våra egna resurser och vad vi kan (och borde) betona lite mer i våra liv som exempelvis: vår inre frihet, vårt mod, vikten av att vara psykologiskt flexibel i tankar och känslor och att som motiverade individer leva ett så engagerat och nyfiket liv som möjligt.

Boken är läsvärd och Kåver förmedlar hur viktigt det är att leva ett rörligt och balanserat liv, vilket kräver att vi är *perspektivflexibla*. Enligt författaren inbegriper människans inre frihet bland annat att "tillåta sig själv att ställa sitt eget liv mot andras, sig själv i kontrast till andra. Att betrakta de olika perspektiven, men inte alltid lomma iväg som förloraren. Att ha inre frihet är också att kunna vinna sådana lägen genom att bara släppa dem." Så att alltid behöva få rätt är, enligt Kåver, "en allmänt spridd sjuka". Vilket kan innebära en risk att också bli stel och oflexibel till både kropp och själ. Hon skriver: "Insikten om att människan är sammansatt och motsägelsefull mjukar upp vår stränghet och gör oss mer toleranta, överseende och förlåtande." Inser vi det underlättar det alltså vår nyfikenhet på både oss själva och andra, vilket är till gagn för vårt psykiska och fysiska välbefinnande.

För den läsare som vill lära mer om mindfulness är *Dansa mjukt med tillvaron* inte att rekommendera. Om det har Anna Kåver skrivit om i sina tidigare böcker. *Dansa mjukt med tillvaron* är mer en samling eftertankar kring ett yrkesliv präglad av att vända psykisk sjukdom till psykisk hälsa. Vi vill inte begränsa oss enbart till Kåvers yrkesliv för många kan nog känna igen sig i det hon både personligt och professionellt delar generöst med sig av. Med andra ord är det lätt att dansa med i hennes tankegångar. Boken är lättläst och samtidigt djup och allvarlig för med sina texter söker Anna Kåver utforska vad som är centralt för vårt psykologiska och existentiella välbefinnande. Hon ser mer till vad vi har att underkasta oss och tampas med på vår livsresa snarare än det "sjuka" och avvikande. Ingen kommer liksom undan sådant som exempelvis vad lycka, mening, val och mod betyder i ens liv samt i tillvaron i stort. I boken ges

också utrymme för hur viktigt det är leva ett liv i kärlek, vänskap och nöjesamhet. Författaren är man, enligt Kåver, när man "uppskattar det som är bra, är nöjd med det man har utan att önska eller begära mer, man är tacksam, kan känna glädje och kanske stolhet över sitt liv och det man gör i det". Författaren betonar vikten av att också kunna vara nöjd med det lilla som livet ger. Man behöver alltså inte alltid vara på topp och allt behöver inte vara "awesome" – *grymt bra*. Evig framgång och lycka är en självbedräglig föreställning som både stressar och gör oss olyckliga. Att släppa loss vårt inre och att få lite kul på vägen underlättar därför och dämpar de orimligt hårda krav man ställer på sig själv. Så att *Dansa mjukt med tillvaron* är också att bjuda upp till reflektion över meningen med livet. Förhoppningsvis också att komma till ro med sig själv och sitt liv utan tillägget "att det borde vara på något annat sätt". Let it be, som Beatles sjöng.

Anna Kåver är leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och handledare. Hon är författare till flera böcker och senast till boken *Oro* – att leva med tillvarons oviss-het som vi tidigare recenserat i denna tidskrift. Idag är hon en flitigt anlitad föreläsare och verksam vid en privatmottagning.

Gunilla Nilson
Leg psykolog, psykoterapeut och specialistpsykolog

Thomas Silfving
Leg psykolog, psykoterapeut, specialistpsykolog och författare



KBT ur ett barnperspektiv
Förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete

Anna Rosengren
Natur & Kultur, 2019

Vem vet bäst, vem bestämmer

Att ta hand om barn borde vara ganska lätt. Vi vuxna vet ju vad barn behöver och vi ger dem det gärna efter vår förmåga. Ifrån detta "naturligt" auktoritativa föräldraperspektiv har vi i vissa avseenden under senare decennier rört oss emot ett angeläget jämlikhetstänkande som ibland kan ha kommit att lägga mycket ansvar på barn där deras vilja, inte deras behov, har kommit att bli styrande i familjen. Att få bli lyssnad på och tagen på allvar är inte detsamma som att få bestämma. Att se barnet med dess begränsade erfarenhet som en människa i ett jämbördigt existentiellt perspektiv är en utmaning.

Arbeta inom barn- och ungdomspsykiatri

Behandlingsarbete inom barn- och ungdomspsykiatri kräver en flexibel bemötandeförmåga av behandlaren vare sig det gäller barn som inte har språk, tonåringar som har sitt "läge" i förhållande till vuxna, unga föräldrar, gamla föräldrar och även far- och morföräldrar. Psykologen och KBT-terapeuten Anna Rosengren tar sig an denna arbetssituation i sin bok *KBT ur ett barnperspektiv. Förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete*. Författaren slår fast att varje steg i bedömning och behandling av psykologiska/psykiatriska problemställningar måste innehålla barns och tonåringars eget perspektiv och vad som är bra för dessa i linje med FN:s barnkonvention. Barnen ska förstå att behandlaren är på deras sida. Denna förståelse är en viktig komponent i etablerande av den arbetsallians mellan barn/tonåring och behandlare som kräver både kontakt och kontrakt för ett framgångsrikt behandlingsarbete.

Upplägg

Författaren beskriver utredning och behandling av barn, ungdomar och familjer vad gäller tecken på psykisk ohälsa och utvecklingsavvikelse inom ett spektrum av vanliga psykiatriska problemställningar för tre åldersspann, 0–5, 6–12 samt 13–17 år. Hon berör också behandlaruppgifter som att skriva journaler, intyg och utlåtanden. Författaren beskriver sitt grundläggande förhållningssätt till familjer/föräldrar i utrednings- och behandlingsarbetet samt sitt arbete med familjer med svåra konflikter. Arbete med HBTQ+, trauma, suicidalitet beskrivs i separata kapitel liksom neuropsykiatriska utredningar. Hon påpekar att barn med autistisk problematik ofta anses vara oempatiska, men att detta inte beror på en oförmåga till empati i sig, utan på att barn med låg mentaliseringsförmåga inte har

förstått, inte kunnat "avkoda" den andres mentala och sociala situation. När förståelsen finns kan både inläggande och medkänsla aktiveras.

Förhållningssätt

I beskrivningen av arbetet med avvisande och tigande ungdomar visar författaren hela sin repertoar av kreativa infallsvinklar för att skapa tillit och samarbete. Föräldrarna är ofta utleda på att tjata på dessa ungdomar och ungdomarna är utleda på deras tjat. Om tonåringar kan övertygas om att terapeuten inte övervägande är föräldrarnas förlängda arm för att "få dem att", utan är mer genuint intresserad av att tillsammans med dem försöka lösa en svår situation är dessa ungdomar ofta inte helt obenägne att kompromissa och mer möta föräldrarnas önskemål att få slut på tjetet från dessa. Utgångspunkterna i detta grundläggande förhållningssätt är inte svåra att formulera men krävande att genomföra: Att utgå ifrån att var och en, även den mest oförstående förälder eller tjuriga tonåring gör sitt bästa – vilket inte hindrar att de har potential att göra något bättre om de får rätt redskap. Att lyssna, validera, stödja och känna in – på riktigt, påminna sig att vi har med människor och deras tillkortakommanden att göra – patient eller inte! Att kunna be om ursäkt när något blivit fel eller missuppfattats "jag kanske inte var så tydlig". Att fokusera på att lyfta fram det som fungerar, "bygga" styrka och mod inför att ta itu med problem som kräver exponering vilket är KBT:s paradgren, inte utan goda skäl!

Intressant innehåll och levande presentation

Författaren skriver uttryckligen att KBT utgör hennes och framställningens referensram.

Framställningen är dock bred och allmängiltig, utan att vara ytlig och kan läsas med stor behållning av snart sagt all barn- och ungdomspsykiatrisk personal. Framställningen flyter väl. Stilen är snarast berättande med såväl författaren som läsaren närvarande i texten.

Framställningsformen underlättas av att fotnoter och referenser utesluts – sådana har ofta en tendens att göra texten mer abstrakt. Varje kapitel är dock försett med ett eller ett par lästips och registret är utförligt vilket gör det lätt att hitta i texten. Boken är, tror jag, i det närmaste unik vad gäller vinjetter och fylliga dialoger som konkretiserar terapeuten förhållningssätt och ordval och klienters svar (om man bortser från KBT-baserade självhjälpsmanualer). Det är en konst att omvandla ett



talspråk till skriftlig framställning på ett sätt som gör att dialogen upplevs autentisk, vilket författaren har lyckats bra med. Det finns också en logik i god vardagspsykologisk mening i de psykoedukativa sammanställningarna och i det terapeutiska bemötandet. Här kommer författarens följsamhet, lyhördhet och kreativitet till sin rätt. Hon betonar i inledningen att hon inte redogör för psykologisk och psykiatrisk teori eller forskning. Efter att ha läst boken måste jag erkänna att jag inte saknar dessa aspekter.

Författaren tar också upp de känslomässiga påfrestningar som arbetet innebär och hur dessa kan hanteras. På ett par rader, väl kortfattat enligt min mening, kommenterar hon att de känslor som till exempel ungdomar väcker hos terapeuten, också kan väckas hos andra inte minst familjemedlemmar men också lärare och andra. Detta kan ha ett potentiellt familjediagnostiskt värde. Här saknar jag dock ett annat perspektiv, att framför allt patienter med djupgående problematik inte sällan genom sitt agerande "dumpar" komplexa affekter i sin terapeut som då får till oformulerad uppgift att stå ut med att hantera dessa affekter utan att själv agera i skeden där patienten själv inte förmår avstå från detta.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

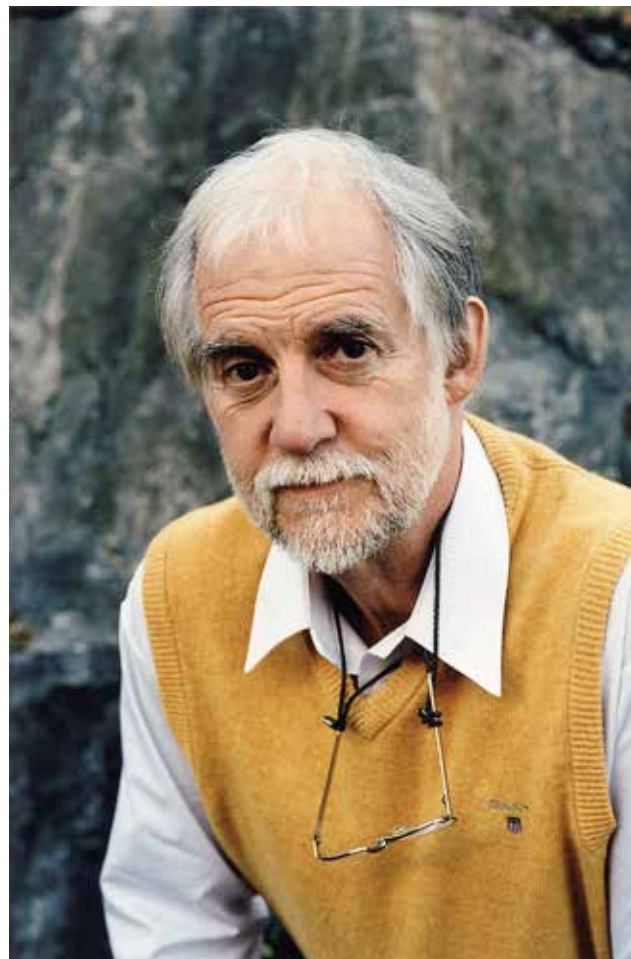


Foto: Ulla Montan



Konsten att fördärva sitt liv - eller inte

Stefan Einhorn

Natur & Kultur, 2020

Stefan Einhorn, som tidigare skrivit böcker om olika intressanta ämnen har nu kommit med boken *Konsten att fördärva sitt liv - eller inte*. Ordet *förändra* har man låtit stryka över i titeln på bokens omslag och ersatt med ordet *fördärva*. Den första tanken som kommer till en: Tror författaren att vi kan välja mellan att fördärva och förändra när det är just det vi inte kan. Livsvillkoren är nog inte riktigt skapta på så vis.

I inledningen ägnar författaren sig åt frågan varför vi människor förstör för oss själva, är destruktiva och hur vi kan förändra den egenskapen. I ett tillägg "En sak till ..." berättar han om sin sjukdom, Parkinsons sjukdom, som gett honom insikten att livet är värt att leva. Den omständigheten ger en särskild tyngd åt hans reflektioner över livet och hur det bör levas. Han vill "väcka" vår inneboende förmåga att skapa och leva ett gott liv genom att göra goda val, ta hand om oss själva, våra relationer och ha omsorg om andra. Väl tänkt.

Den människosyn han presenterar innebär att vi kan välja att vara goda människor eller att förstöra livet för oss själva och andra. Boken har en rad av exempel på det: "hur man förstör en parrelation", "hur man saboterar relationen till vänner, familj, arbetskamrater och alla andra", "hur man oroar sönder tillvaron", "några specifika förhållningssätt som kan fördärva våra liv" och så vidare. Under dessa rubriker ger han exempel på hur man skall bete sig för att förstöra och fördärva och sedan en lista på hur man skall bete sig för att undvika destruktivt beteende. Boken avslutas med den "hoppingivande" slutklämmen: "Jamen, så gör det då! Eller inte."

Förklaringar till varför vi är som vi är ges i form av vetenskapliga forskningsrapporter där ett, av många exempel, är att oro inte är genetiskt betingad utan överförs från vuxna till de "oskrivna blad" som barn är. Ett annat är att "grämsle och bitterhet ofta är kopplade till ilska och anklagelser mot omgivningen..." och förklarar därför att sociala relationer förtvinar. I vår värld finns det ju reella saker att oroa sig för. Oro kan ses som en medfödd egenskap som gör att vi agerar och tar ansvar. När människor oroar sig för politiska övergrepp, för hur nyhetsförmedling styrs och liknande är oro en signal som innefattar en stark förändringspotential. Detsamma gäller bitterhet och grämsle som vi förutan troligtvis skulle bli som en dumsnäll flock av följare till än den ena och än den andra politiska inriktningen.

Att fastna i de, enligt författaren, destruktiva förhållningssätten är givetvis inte bra. Men att använda dem och att ta dem på allvar i vår livslånga strävan att komma till tals med oss själva och livsvillkoren vi måste underkasta oss ser vi som ett måste.

På ett yttligt plan har Stefan Einhorn rätt: det borde vara lätt att bryta negativa livsmönster och idén att det är möjligt genom

att läsa boken och följa instruktionerna är tilltalande. Boken ligger i linje med den ytliga människosyn och den "må-bra"-önskan som dominerar i dag med all självhjälpslitteratur som okritiskt översvämmar marknaden. Fokus läggs på individen som ges hopp om att "allt är möjligt" bara man styr sina handlingar och tankar; blir snäll, förstående, förlåtande, accepterande, äter sunt och givetvis motionerar: helst på gym med en personlig tränare (PT) som tar hand om just *min* kropp.

Kan det vara så att Stefan Einhorn i sin bok driver med läsaren – att han, genom sin livserfarenhet och sitt yrke, självklart är kunnig i psykets komplexitet råder ju ingen tvekan, likaså att han känner till de filosofer, teologer, läkare och psykiatriker som genom historien brottats med just dessa frågor: är människan god, har vi ett fritt val, varför gör inte vi det goda fast vi önskar det och så vidare. Teodicéproblemet, där problemet också gäller Gud: om gud är god och allsmäktig, varför sker då så mycket ont (?) är gammalt och olöst. De psykologiska teorierna kring aggressiviteten som medfödd eller inlärd är fortsatt ett tvisteämne. Och att han nu, genom de enkla, nästan banala råden, får oss att förstå hur lättlurade vi är. I så fall lyckas han bra. Att vi verkligen kan leva ett gott liv genom att bara välja bort motsägelser, komplexitet och ambivalens är en utopi och lämnar oss i en tvådimensionell verklighet. Vi anar att det är det bakomliggande syftet med boken: att vi skall genomskåda vår självbedrägliga önskan att vi är goda och att vi har möjlighet att leva ett liv utan den korrigering som våra destruktiva sidor ger.

Att boken kan vara självkorrigering och få oss att reflektera över vårt fåfänga hopp om valfrihet avseende att bli kvitt egna tillkortakommanden gör den läsvärd. Men likväl måste nog läsaren hålla tungan rätt i munnen för att läsa det allvarliga budskapet mellan raderna. Den fråga vi ställer efter att ha läst boken är: Har vi förstått rätt när vi tror att författaren beskrivit de mänskliga villkoren så förenklat och banalt att vi skall förstå hur komplext och invecklat det egentligen är att vara människor?

Stefan Einhorn är professor och ordförande vid Centrum för social hållbarhet vid Karolinska Institutet, överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset och flitigt anlitad föreläsare inom bland annat etik. Med en rad uppmärksammade och framgångsrika böcker, bland annat bästsäljaren *Konsten att vara snäll*, har han vunnit en hängiven läsekrets.

Gunilla Nilson

Leg psykolog, psykoterapeut och specialistpsykolog

Thomas Silfving

Leg psykolog, psykoterapeut, specialistpsykolog och författare



Falsk spegel

Reflektioner om självbedrägeri i en modern tid

Jia Tolentino

Natur & Kultur, 2020

Falsk spegel är Jia Tolentinos debutbok. Den har blivit mycket uppmärksam i USA och anses vara en av de mest intressanta och aktuella essäsamlingarna på många år. Det är inte svårt att förstå med tanke på att den täcker områden som internet, populärkulturen vi lever i och den politiska scenen i vår så kallade moderna tid.

Det intressanta med boken är att vi upplever att vi lever i en tid då saker bara händer oss. Det finns liksom så mycket och många att skylla på så vi kommer aldrig riktigt fram till oss själva. Mängden och vår upptagenhet av syndabocker skymmer sikten för självinsikt. Författaren reflekterar över internets roll, och vad man själv har kvar att ge i gengäld när man skyller sitt predikament på allt och alla: "Vi skulle behöva fundera mycket noga på vad vi får ut av internet och hur mycket vi ger i gengäld. Vi skulle behöva bry oss mindre om våra identiteter, vara djupt misstänksamma mot våra egna outhärdliga åsikter, vara uppmärksamma på när motstånd gynnar oss och skämmas ordentligt när vi inte kan uttrycka solidaritet utan att sätta oss själva först." Det är bland annat här som igenkänningsfaktorn blir så förrädisk eftersom den inte alls kanske är så med- och inlämnande som den vill framstå. Kan den ibland vara ett uttryck för ett slags självbedrägligt navelskåderi utan egentlig trovärdighet?

Enligt författaren är det således väldigt lätt och självbedrägligt att kommunicera moral på internet, men väldigt svårt att leva moraliskt. Det intressanta här är att en digital publik aldrig behöver gå sin väg. Vilket försvårar möjligheten att få tid för reflektion som är nödvändigt både med tanke på moraliska

betänkligheter på individnivå samt moraliskt tänkande allmänt sett.

Falsk spegel handlar inte bara om internet. I bokens nio texter får vi även bekanta oss med fenomen där våra kollektiva idéer och fantasier kommer till uttryck. Insiktsfullt, roligt och klart oroväckande skriver Tolentino bland annat om religion, ecstasy, bröllop, kapitalism, feminism och glorifieringen av bedragare i det amerikanska samhället. Vill du lära dig mer om dessa områden (och mycket därtill) uppmuntrar jag dig att läsa boken. Författaren Jia Tolentinos tankar är allmängiltiga för en hel samtid som lever genom sociala medier.

I sig en paradox kan tyckas eftersom internet och dess framväxt gjort oss mer ensamma, individualistiska och självupptagna. Borde inte därför sociala medier kallas egoiala medier? Så även i det avseendet lyckas vi alltså bedra oss själva som författaren vill uppmärksamma oss på med sina provocerande och intresseväckande reflektioner om självbedrägeri i en modern tid.

Jia Tolentino är född 1988 i Toronto, Kanada, uppväxt i Houston, Texas, med föräldrar från Filippinerna. Nu bor hon i Brooklyn, New York. Hon är utbildad på University of Virginia och University of Michigan. Sedan 2016 har hon varit anställd som reporter på The New Yorker.

Thomas Silfving

Leg psykolog och leg psykoterapeut



BOKRECESSION

Att recensera facklitteratur

Några år in på 70-talet på en tågreså råkande jag träffa Anna Lisa Kälvesten som tillsammans med en kollega hade gett ut en bok baserad på en psykodynamisk granskning av ett familjematerial på Barnbyn Skå. Jag hade som ganska grön recensent på DN skrivit om boken, ganska ifrågasättande. Anna Lisa tittade trött på mig och sa "Jaha, en sådan där recension som fastnar i vad en bok inte handlar om och missar vad den faktiskt handlar om". Jag kände mig träffad väl medveten om att min granskning av boken hade skett utifrån en systemisk referensram, inte en psykodynamisk som var bokens teoretiska ansats. Med denna erfarenhet i bakhuvudet och en ambition att göra författare och deras verk rättvisa tar jag mig an att skriva om Stefan G. Hofmanns *Känslor och psykoterapi. Från forskning till behandling* vilken får kraftfulla rekommendationer av kända KBT-företrädare. Steven C. Hayes skriver "omistlig kunskapskälla" och Anna Kåver skriver "för alla som vill arbeta känslofokuserat med sina patienter är boken helt enkelt ett måste".

Utgångspunkter

Syftet med boken är att visa hur insikter från emotionsforskningen kan användas i klinisk verksamhet. Evidensen för de strategier författaren beskriver är närmast kopplade till KBT, men de konkreta rekommendationerna för terapeutiskt arbete med emotioner som han ger ska inte ses som begränsade till en viss psykoterapimodell. Med affekter avser han subjektiva upplevelser av emotionella tillstånd. Emotioner, som framförallt differentieras i positiva och negativa, är mer mångdimensionella och omfattar även motiverande tendenser, kontextuella och kulturella faktorer. "Känslor" som begrepp definieras inte utan tycks användas som "vardagsord".

Upplägg

Bokens första kapitel avhandlar emotionernas natur. Relevanta emotionsteorier presenteras i både ett historiskt och aktuellt perspektiv. Det andra kapitlet berör individuella skillnader beträffande upplevelse, uttryck och reglering av emotioner bland annat vad gäller koppling till närmande, undvikande och målrelatering. Kapitel tre berör emotion och motivation. Kapitel fyra och fem handlar om självet och självreglering framför allt vad gäller emotioner. Det sjätte kapitlet ägnas åt värdering och omvärdering som viktiga aspekter av klinisk metodik inom KBT. Här beskrivs dels relativt ingående det klassiska kognitiva bidraget till teorisyntesen samt de maladaptiva scheman som utvecklas ur tidiga negativa relationella erfarenheter. I det sjunde kapitlet diskuteras under rubriken "positiv affekt och lycka", hur positiva affekter kan förstärkas bland annat av meditationsstrategier och ökad förmåga till medveten närvaro. I sista kapitlet presenteras en översikt över de neurobiologiska korrelaten till emotioner och emotionsreglering. Där visar författaren också på både svårigheter och möjligheter vad gäller att överbrygga klyftan mellan emotionsforskning och klinisk vetenskap. Samtliga kapitel avslutas med en koncis sammanfattning.

Intressanta aspekter

Författaren redovisar ingående experimentella studier av evidens för psykoterapeutiska antaganden och interventioner, redovisningen av olika modeller som belyser och differentierar emo-

Känslor och psykoterapi
Från forskning till behandling

Stefan G. Hofmann
Natur & Kultur, 2019

tions/affektområdet. Den ömsesidiga affektregleringen mellan två parter berörs också liksom fokuseringen på positiva affekter. Stimulerande av utveckling i vid mening handlar ju inte bara om att lära in effektivare problemlösningar utan också om att söka näringen i de goda upplevelser som skapar hopp och gör livet värt att leva. Han påpekar att grubbel handlar om det förflutna och oro om framtiden, liksom att vi i vår föreställning om hur vi känslomässigt kommer att påverkas av framtida händelser i stor utsträckning styrs av de omständigheter som råder då dessa händelser väl inträffar. Det påminner oss också om att de faktorer som utlöser emotionell problematik vanligen inte är desamma som upprätthåller den. I avsnittet om mindfulness och meditation blir författaren mer inklämmande och personlig i sin framställning, liksom i ett appendix där han beskriver hur terapeutstött skrivande kan fungera som en kompletterande terapeutisk metod.

Begränsat perspektiv

Avsnitten om självets utveckling på knappt en halv sida och emotionsreglering med indelning i positiv och negativ affekt tycker jag är tunna även om det framhålls att komplexa emotioner ofta innehåller både positiva och negativa emotioner i samma "ackord". Framställningen kopplar knappast alls till annan klinisk utvecklings- och traumateori. (Vilket ju författaren heller inte utger sig för att vilja göra). De kliniska vinjetterna som illustrerar hur teori och begrepp omsätts i praktik är i sig dock klargörande och utmynnar ofta i en psykoedukativ sammanfattning, men jag är osäker på i vilken utsträckning detta tillför nya infallsvinklar till det psykoterapeutiska fältet i stort utöver KBT. Det förefaller ju vara så att även om bakomliggande teori, metodik och teknik uppvisar stora skillnader mellan olika psykoterapeutiska skolor så tenderar den faktiska löpande dialogen mellan terapeuter och klienter inte att skilja sig lika mycket.

Tillämpbarhet

Boken är väl skriven och "informationstät", intressant med redovisning även av de ansatser som är åtskilliga decennier gamla även om det kan bli många uppslag att följa. Som sammanfattning och uppdatering av arbete med känslor inom en KBT-ram är den säkert välkommen och viktig då känslor historiskt sett varit mindre fokuserade än beteende och tänkande. Den väl redovisade forskningen har ett odiskutabelt värde för den kliniska psykologin. Jag är dock, som nämnt, osäker på omfattningen av generaliserbarheten i den kliniska praktiken för andra terapiformer. Därför ser jag gärna att någon kollega ger en "second opinion" om boken i detta avseende.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Få ämnen är så engagerande och väcker så mycket känslor som "skolan". Alla har gått i skolan och har sina erfarenheter och synpunkter på vad som varit bra, dåligt och hur skolan borde vara egentligen. Många av oss har, övervägande från åskådarplats, sedan kunnat följa barns och kanske barnbarns resa genom ett högst föränderligt skollandskap genom åren.

I boken *Psykisk hälsa i skolan. Främja, skydda och stärka* ger skolöverläkare Kristina Bähr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, sin syn på vad vuxna i skolan kan göra för att stärka elevernas motståndskraft mot psykisk ohälsa, hur man kan förstå och hantera livets motgångar, anpassa lärmiljö och undervisning, samt se och lyssna på elever som mår dåligt. Författaren vänder sig till lärare, elevhälsoteam, rektorer, skolhuvudmän samt andra vuxna i skolan.

Upplägg

Av de fem kapitlen handlar det första om vad som påverkar en elevs förmåga och vilja att lära – kunskaper om motivation och mindset. Andra kapitlet berör hur barn och unga utvecklas personlighetsmässigt och psykosocialt samt samband mellan psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar, mobbning, flerspråkighet och livsstilsfaktorer. I det tredje kapitlet beskrivs vanliga psykiska sjukdomar och skillnaden mellan psykisk ohälsa och hälsa. I det fjärde fokuseras på de vuxnas bemötande och lyhördhet för elevers behov och inställningen till deras förmåga. I det femte slutligen presenteras elevhälsans övergripande uppdrag, vad den ska och inte ska göra. Samtliga kapitler avslutas med en punktviss summering.

Hålla sig till uppdraget

Författaren lyfter fram hur elevhälsovårdens fokus från att handla om enskilda elevers förutsättningar har skiftat till att handla om utvecklingsarbete som gagnar alla elevers lärande och arbetsmiljö. Hon anser att vuxna, av omsorg om eleverna, lägger för mycket tid på det som inte ingår i skolan uppdrag. Att behandla psykisk ohälsa ingår inte. Elevhälsoteamet ska följa upp elevfrånvaro, ta reda på vilka faktorer i skolmiljön som ligger bakom, stötta mentorer och pedagoger att införa och genomföra elevhälsoinsatser. Rektor är den som har översikt och kan fatta ekonomiska beslut och är den som bör leda elevhälsoarbetet och initiera utredningar när vanliga stödsatser i klassrummet inte räcker till. Risken är annars, menar

författaren, att elevhälsans andra professioner kan ålägga pedagoger eller lärare uppgifter eller uppdrag som inte går att genomföra. Rektor, menar hon, är dessutom den som oftast har kontakt med föräldrarna för att planera skolgång och ta in information om planering av kunskapsinhämtandet.

Att vara elev och lärare

Att inte klara skolan är en riskfaktor för elevers framtida utveckling, därför prioriteras uppgiften att säkerställa kunskapsinhämtningen. Elevens förutsättningar vad gäller hemmiljö och mental utrustning har ofta avgörande betydelse för denna kunskapsinhämtning. Författaren betonar vikten av elevens goda och starka relationer med vuxna och kamrater vilket fungerar som skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa. Bemötandet av inlärningssvårigheter kan vara helt avgörande. Om en elev inte klarar en uppgift, sänk inte svårighetsgraden utan undersök om eleven har otillräckliga baskunskaper och öka stödet! Elevers beteendeproblem beror ofta på för höga eller för låga krav. "Gå till skolan och antingen känna sig dum eller understimulerad!" Se upp för att ställa krav på "skärpning" om förmågan och/eller stödet saknas för eleven, eller för utgångspunkten "eleven kan om den bara vill" när förutsättningarna faktiskt brister. Valet kan stå emellan att öka ansträngningen, eller tappa sugen och ge upp, se upp för inlärslöshet. Hjälp då till att hitta strategier. Bägge parter uthållighet kan vara avgörande. Elevens uthållighet styrs av en kombination av intresse, hopp, förmågan att öva och upplevelsen av ett syfte som går att identifiera sig med samt ett mål som går att nå. Det är svårt för elever att lära om de inte känner sig trygga, rättvist behandlade eller om de saknar den motivation som förutsätter en känsla av kompetens, delaktighet och möjlighet att kunna påverka.

Olika behov och förutsättningar

Förutsägbarhet i läromiljön är central. Pojkar behöver tydligare ledning och ramar för att komma igång och genomföra uppgifter. De överskattar sin kompetens, medan flickor underskattar sin, har sämre självkänsla och mår psykiskt sämre. Det finns andra individuella skillnader än kön. Extroverta elever laddar batterierna genom yttre stimuli och pratar gärna ihop sig med andra, medan de introverta kan tappa energi i samspel, behöver betänketid och vill hellre skriva än prata. De saknar utrymme för sitt behov av stillsam återhämtning. De snabba och aktiva premieras lätt i klassen. Kanske man kan säga att



BOKRECENSION

Psykisk hälsa i skolan
Främja, skydda och stärka

Kristina Bähr
Natur & Kultur, 2020

de introverta har tidsandan emot sig. Många elever har svårt att be om hjälp, inte minst vad gäller brister i språkförståelse. Första talade språk är viktigt för inläringen. Man bör lyssna på erfarenheter hos de utrikes födda och deras behov menar författaren.

Innehållsrik skrift

Boken rymmer en uppsjö på goda idéer som förmedlas med ett engagemang i framställningen. Den är väl underbyggd med aktuella referenser och klargörande översikter. Författarens engagemang och omsorg om elevgruppen genomsyrar texten. Lärarrollen tonar fram som utomordentligt väsentlig – och krävande. Goda föredömen presenteras genom vilka lärare kan hämta inspiration. Möjligen har ansatsen något av visionens och nolltoleransens karaktär även om texten i sig är problematiserande.

Reflektion

Principen att skolpersonal inte ska syssla med psykiatrisk behandling kan förefalla självklar liksom att psykisk ohälsa ska förebyggas. Men det finns en gråzon mellan störande brister i mentalt välbefinnande och barnpsykiatriska DSM 5-diagnoser. Författaren betonar att elever med svårigheter ska känna sig

förstådda och lyssnade på och ha åtminstone en vuxen i skolan som de kan lita på. Finner de en sådan kan den relationen i sig ofta "bära" och ibland "läka" – någon som verkligen bryr sig! Det är inte så lätt att "omplantera" en känslig elev som har lyckats rota sig i en lärar/psykolog/sköterske/kuratorrelation. I vilken utsträckning ska man ta hänsyn till en utsatt elevs eget val? Hur ska t.ex. kuratorn hantera situationen? Svåra beslut! En "korrekt" och välmenande "omplantering" till exempel till BUP kan vara äventyrlig. Författaren har en poäng men problematiserar inte detta dilemma utan föreslår ett par administrativa "Alexanderhugg", "Att behandla psykisk ohälsa ingår inte i uppdraget" och "Rektor har översikt och vet bäst".

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Nåt psykiskt

Nåt känns alldeles fel kroppen och är oroande, men kroppsdoktorn hittade inga fel. Symtom och besvär i en gråzon kunde avfärdas – ”det är bara som det känns, inbillning, påhitt” – något psykosomatiskt. I takt med att kunskapen om neurofysiologi, hjärnans funktion och dynamik via hjärnabbildningsmetoderna har vuxit fram, har undan för undan en förklaring till olika psykosomatiska tillstånd och sjukdomar ökat, även om man ännu inte fullt ut har förstått hur de uppstår. Psykosomatik har sålunda fått en neurobiologisk förklaring och blivit en ”domän i sig”, definierad enligt strikta kriterier.

Uppdaterat om psykosomatik i barnaåren

I boken *Barn och psykosomatik – förståelse och bemötande*, redigerad av Gösta Alfvén, docent i pediatrik, utvecklas och fördjupas perspektivet, i vilket stress är ett nyckelbegrepp, på denna medicinska domän. Bokens första del handlar om barnet i skolan, familjen och samhället, den andra delen behandlar hjärnan, stressens påverkan på kroppen samt psykosomatiska besvär hos barn med flyktningbakgrund. Tredje delen omfattar hur kroppen reagerar vid stress, diagnostik och psykologiska och psykiatriska aspekter. Fjärde delen är inriktad på behandling. Förkortningar, ordförklaringar samt en beskrivning av symtom som kan förekomma vid psykosomatiska sjukdomar kompletterar framställningen.

Utesluta kroppsliga orsaker

Boken täcker det stora fält som dels bildas av psykosomatikens komplexitet i sig då psyke och soma möts, dels omfattas ett åldersspann mellan 0 och 18 år. Den riktar sig till alla intresserade av barn och psykosomatik inom vård, skola, socialvård, administration och politik, men tyngdpunkten ligger ändå inom vårdsektorn och elevvårdsteamerna. Sjukvårdens första uppgift är att utesluta en somatisk förklaring till symtombilden som kan vara komplex och samtidigt hålla öppet för att psykosomatiska och somatiska sjukdomar kan föreligga samtidigt. En lista i boken över symtom och reaktioner som kan förekomma

vid psykosomatiska tillstånd rymmer mer än trettio symtom. Framställningen i boken ligger dock huvudsakligen på ont i magen, huvudvärk och ledbesvär.

Riskfaktorer och stressreaktioner

Riskfaktorer beträffande psykosomatisk symptomatologi tycks i princip vara samma företeelser som man finner såväl vid tecken på psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som vid barn- och ungdomspsykiatriska störningar, till exempel stress och otrygghet i skol- och familje- och kamratsammanhang, neurohandikapp samt ohälsosam livsföring vad gäller kost, sömn, fysisk rörelse samt – numera – skärmtid.

Stressad kropp

Symtomen fyller funktionen att påverka individen till att förändra sitt beteende. Barn liksom vuxna hanterar akuta hot genom attack, flykt eller tillbakadragande/freeze-beteende. Dessa förhållningssätt har alla sin avspeglning i kroppens fysiologi och kemi. Författaren beskriver och levandegör hur stress i olika åldrar kan påverka barns tankar, känslor och kroppsupplevelser samt hur de avspeglas i deras kroppshållning. Ett barn i stress med inslag av smärta kännetecknas ofta av en ”kramp och krymp”-reaktion, huvudet och axlarna dras framåt, bålen böjs framåt, magmuskulerna bli ömmande och spända och ansiktsdragen blir stelare. Är barnen i ”språklig” ålder kan deras kroppsupplevelse fångas genom att de på tecknade barnsiluetter markerar var i kroppen stressen känns.

Hjärna, nervsystem och förklaring

Hur ser då samspelet mellan kroppen och själen ut? Alfvén rör sig utförligt, klagande och ”hemtamt” i hjärnans anatomi, fysiologi och kemi. Framställningen har två nivåer, en allmän och en baserad på fördjupningsrutor för till exempel blivande läkare och sjuksköterskor. Stress utlöses av inkommande stimuli från omvärlden vilket leder till aktivering av såväl amygdala som hypothalamus vilka påverkar sympatiska nervsystemet, vilka tillsammans kan sägas utgöra stressens och många emo-



Barn och psykosomatik -
förståelse och bemötande

Gösta Alfvén (red.)
Studentlitteratur, 2019

tioners neurobiologiska centrum. Via det centrala kontrollnätverket, främst insula, går processen vidare mot omvandling till medvetna upplevelser av bland annat känslor, minnen och inte minst av jaget. Cingulum i pannloben tar över och styr motivation, känslomässig och motorisk utlevelse/handling, men kan också reglera såväl somatisk som psykisk smärta. Då kopplingen mellan stress och symptom på detta sätt kan göras begriplig blir det lättare att förstå och acceptera att människor reagerar som de gör på stress. Då finns också utgångspunkten för formulering av psykoedukativ förklaring till de psykosomatiska symptomen som kan vara av stor betydelse i kontakten med patienterna.

Utredning och bemötande

Fokus i boken ligger inte på behandling. Några inblickar ges dock. I avsnittet om utredning och behandling beskrivs ett upplägg där barnläkare som vill remittera patienten till barnpsykiatri, träffar familjen tillsammans med barnpsykiatriker och psykolog för att stämma av olika aspekter av problemen i en process där föräldrarnas erfarenheter och observationer uppmuntras och tas tillvara. Detta arbetssätt kan vara viktigt i situationer när oroliga och ambitiösa föräldrar inte kan acceptera ett somatiskt frikännande – ”det måste finnas någon kroppslig förklaring som man inte har hittat”, särskilt om man också har att göra med en ”terapeutavvisande” tonåring.

I reflekterande processinriktad familjebehandling kan en gemensam förståelse av problematiken växa fram genom att föräldrarna kan få lyssna till en dialog mellan behandlarna vilken föräldrarna själva kan kommentera och reflektera över. I barnorienterad familjebehandling, BOF, ligger fokus på mönster i hur små barn och föräldrar vid lek med varandra i sandlåda samspelar vad gäller initiativ, gränssättning och kommunikation.

I kapitlet om fysioterapi kan man få följa en behandlingsprocess i sessionerna steg för steg. Målsättningen är att finna strategier för att hantera stress, smärta, oro, ångest och ned-

stämdhet. Gradvis får barnet lära känna sina kroppssensationer, våga använda kroppen. I samförstånd med barnet fokuseras på andning avslappning, kroppsberöring, massage samt arbete med kroppshållning. Behandlingen kräver dock ett väl avvägt stöd – inte krav – från föräldrarnas sida.

Tydlig tyngdpunkt

Boken är angelägen och välskriven men speciell så till vida att redaktören har skrivit drygt hälften av texten, han har iklätt sig en tämligen rymlig språkdirkt, vilket är stimulerande och gör framställningen lätt att ta till sig. Tio medförfattare har fått dela på resten av utrymmet. Dessas bidrag har därmed övervägande blivit kortfattade och översiktliga med begränsat utrymme för kliniska vinjetter. Det är alltid frestande att komma med förslag i antologier när man som recensent, i motsats till författare och förlag, inte behöver ta hänsyn till ekonomi och utrymme. Det lämnas inte mycket utrymme för utvecklingspsykologi, traumapsykologi eller familjeteori. Begrepp som anknytning och mentalisering omnämns dock. Den psykologiska referensramen kan nog närmast sägas svara mot vårdens vardagspsykologi, vilket i och för sig räcker ett bra stycke.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



En Pudel!

Det händer att saker blir fel och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in och bokstäver byter plats

Det händer alla och det har säkert hänt i den här tidskriften



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **10/02**

Tema: **Ensam och tillsammans**



Kalendarium

Pga. den rådande pandemin har kongresser ställts in, senarelagts eller omvandlats till virtuella möten. Nedanstående är en sammanställning av vad som är känt i dagsläget.

CINP (International College of Neuropsychopharmacology) World Congress

Skulle ha ägt rum 25-28 juni 2020. Kommer att genomföras som virtuell kongress 26-28 februari 2021.

<https://www.cinp2020.org/>

2nd CCITP Congress: Prevention of crisis and coercion

Rotterdam, Nederländerna

Skulle ha ägt rum 5-6 november 2020. Har skjutits upp till 4-5 mars 2021.

<https://ccitp.net/>

20th WPA World Congress of Psychiatry

Skulle ha ägt rum 14-17 oktober 2020 i Bangkok, Thailand

Kommer att genomföras som virtuell kongress 10-13 mars 2021

<https://wcp-congress.com/>

29th European Congress of Psychiatry (EPA 2021 Congress)

Virtuell kongress 10-13 april 2021

<https://www.europsy.net>

61st Annual Congress, Scandinavian College of Neuropsychopharmacology Stockholm

Skulle ha ägt rum 28-29 maj 2020. Har skjutits upp till 3-4 juni 2021.

<https://scnp.org/annual-meeting/2020.html>

19th International Congress of ESCAP 2021

27-29 juni 2021, Maastricht, Nederländerna

<https://www.escap.eu/escap-congresses/>

Svenska Psykiatrikongressen kommer inte att hållas på traditionellt vis 2021. Istället kommer SPF att erbjuda ett antal digitala seminarier, se information på sidan 34, 35 och 38.

BUP-kongressen kommer ej att hållas våren 2021. Se sidan 40.

ST-konferensen januari 2021 är inställd, se stpsykiatri.se



Foto: Alones/Shutterstock

Tillsammans kan vi bromsa smittan!

Det är allas ansvar att hindra spridningen av sjukdomen covid-19.

Här kommer några viktiga saker som alla kan göra:

- Stanna hemma även om du bara känner dig lite förkyld.
- Tvätta händerna ofta med tvål och vatten i minst 20 sekunder.
- Håll avstånd till andra både inomhus och utomhus.
- Håll avstånd till andra på bussen, tåget, tunnelbanan, spårvagnen och andra allmänna färdmedel.
- Undvik större sociala sammanhang som fester, begravningar, dop, kalas eller bröllop.
- Håll avstånd till andra på idrottsplatser, badhus och gym och undvik att byta om i allmänna omklädningsrum.
- Res inte i rusningstid om du kan undvika det.
- Avstå från onödiga resor.
- Är du 70 år eller äldre är det extra viktigt att du begränsar dina sociala kontakter och undviker platser där människor samlas.
- Folkhälsomyndigheten ansvarar för allmänna råd inom verksamhetsområdet smittskydd. Råden gäller fram till 31 december 2020.

Folkhälsomyndigheten



Ett steg till
mot flexibilitet.

Agila är ett av Nordens största företag för bemanning och rekrytering inom psykiatri. Vi har varit verksamma sedan 2008 och bemannar idag landsting, kommuner och privata kunder över hela Sverige!

Tveka inte med att höra av dig till oss så berättar vi gärna mer om våra uppdrag!

kontakt@agila.se eller 08 410 725 00

agila

Ett steg till_