

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen – Mars 2026



TEMA

HELHET

ANSVARIG UTGIVARE:
Maria Larsson



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare
Tove Gunnarsson
- 6 SPF styrelseruta, ledare
Jonas Eberhard
- 7 SFBUP styrelseruta, ledare
Carl-Magnus Forslund
- 8 SRPF styrelseruta, ledare
Peter Andiné
- 9 Kommande temanummer
- 10 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 72 Bokrecension: Längtan
Björn Wrangsjö
- 74 Bokrecension: Vardag med varannan vecka. Barn på deltid, känslor på heltid
Kerstin Höfler
- 75 Bokrecension: Det existentiella grundvillkoret. Jaget, viet och tillvaron
Björn Wrangsjö
- 78 Bokrecension: Celebrity Mad. Why Otherwise Intelligent People Worship Fame
Thomas Silfving
- 80 Kalendarium
- 81 Ta del av våra remissvar
Tove Gunnarsson
- 83 Glöm inte våra hemsidor

Tema:

- 12 Psykiatrin – ett moment 22. En gubbtjuvs betraktelse,
Olle Hollertz
- 14 Kan den psykiatriska vården utvecklas utan att vi förlorar helheten?
Madeleine Liljegren
- 15 Stuprör eller någonting annat,
Daniel Frydman
- 16 Helhet – delhet
Sigmund Soback

Tema:

- 17 En kraft att räkna med. Rapport från SLOHM:s konferens 2026, **Alessandra Hedlund**
- 18 Vi bidrar till helhet. Intervjuer med medarbetare från skilda yrkeskategorier.
Hanna Edberg, Alessandra Hedlund, Kerstin Höfler
- 28 Psykiatrisk perspektivlära, **Göran Bolin**
- 29 Helheten är brokig!, **Jerker Hanson**
- 30 44 år med psykosvård – Vart tog helheten vägen?
Nils Lindefors
- 32 Helhet – reflektioner och förslag, **Maiken Fjelkegård**
- 33 Ecce (totus) homo eller Se (hela) människan
Cecilia Gotby
- 34 Helhetssyn och sammanhang i psykiatrin
Varför har vi svårt att se det uppenbara i mötet med patienten?, **Imri Demisai**
- 35 Alla mina rum, **Lioudmila Mendoza**
- 36 Existentiell hälsa: när precision möter mening. Om öppningstemat för Svenska Psykiatrikongressen
Jonas Eberhard

Övrigt:

- 37 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
Styrelsen SPF
- 37 Dags att nominera Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, **Styrelsen SPF**
- 41 Nordic Congress of Psychiatriy i Uppsala maj 2027
Maria Larsson
- 54 Inbjudan till Svenska Föreningen för barn- och ungdomspsykiatri kongress, 9-11 september 2026
Styrelsen SFBUP
- 56 SPF Kunskapstest 2026, **Karl Lundblad**
- 57 European Board Examination in Psychiatry. Ett europeiskt prov för ST-läkare i psykiatri
Karl Lundblad
- 58 Åländsk psykiatri – litenhetens styrka och ansvar
Herman Holm
- 60 Inbjudan till SFBUP Vetenskapsdagar, 7-8 maj 2026
Styrelsen SFBUP
- 67 Välkommen att skicka in abstracts till WPA:s World Congress of Psychiatry, Stockholm
- 68 Öppet brev från WPA till mötet i Davos
Lade Smith, Danuta Wasserman
- 70 SSSB:s vårmöte i Stockholm den 11 mars
- 76 Upphovsrätt, **Stina Djurberg**

Rapporter från möten:

- 17 En kraft att räkna med. Rapport från SLOHM:s konferens 2026, **Alessandra Hedlund**
- 61 ADHD i klinisk vardag. Rapport från Läkartidningens webinarium
Tarmo Kariis
- 63 Whanau-centrerad psykiatri i Aotearoa Nya Zeeland. Reserapport från en Cullbergstipendiat
Niklas Kahlmann
- 66 Inspirerande dagar. Rapport från STP-konferensen 2026
Johan Nilsson

Psykiatriska nyheter:

- 42 Equity in Mental Healthcare Use in Sweden: Needs-Adjusted Utilisation Rates, Trends and Modifiable Factors
Joseph Junior Muwonge
- 43 Long-term Mental Health and Multimorbidity Outcomes in 22q11.2 Deletion Syndrome
Lena Wallin
- 46 Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri
Johan Bengtsson, Behroz Dehdari, Emma Fagerstedt, Martin Hultén, Lena Nylander, Markus Ljungman, Sofia Thulin
- 50 Nordic Journal of Psychiatry - den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift
Steinn Steingrímsson, Jonas Eberhard

Debatt:

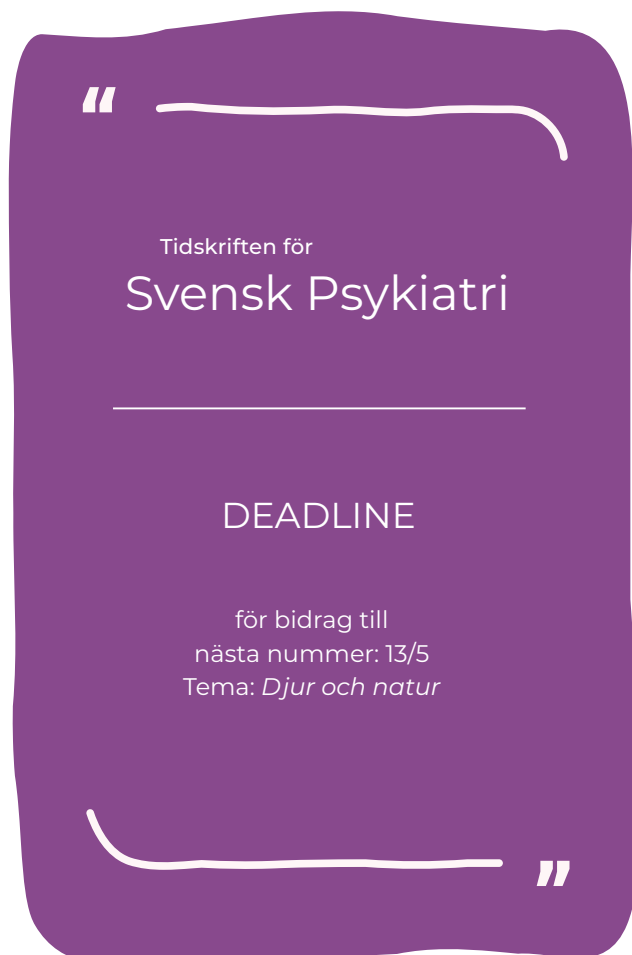
- 14 Kan den psykiatriska vården utvecklas utan att vi förlorar helheten?
Madeleine Liljegren
- 38 Vad händer med individen som fått autismdiagnos?
Lena Nylander
- 39 Psykiatrisk diagnostik
Herman Holm

Psykiatrins historia

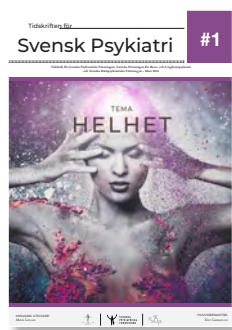
- 30 44 år med psykosvård. Vart tog helheten vägen?
Nils Lindefors
- 51 En betraktelse av barnpsykiatri anno 1959
Kerstin Höfler



Foto: Shutterstock/melitas



Tidskriften för
Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare

Något slags rekord...

SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Maria Larsson

HUVUDREDAKTÖR

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER

Hanna Edberg
hannamariaedberg@gmail.com

Daniel Frydman

daniel.frydman@icloud.com

Alessandra Hedlund

alessandra.hedlund@regionstockholm.se

Kerstin Höfler

kerstin.m.hoefler@gmail.com

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 (SHUTTERSTOCK)

Nejron Photo

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

... blev det kanske, den här gången. Rekord i antal bidrag på det aktuella temat "Helhet". Helt enkelt blev det en helhet med många delar. I artiklarna avhandlas patienter, vård, bemanning, organisation och en del annat, utifrån helhet eller brist därpå.

Som vanligt hittar du förstås mycket annat på dessa 84 sidor: debatt, mötesrapporter, recensioner, nyheter och information. Många av våra bidragsskrivare efterfrågar respons. Så om någon av texterna får dig att fundera lite extra – skriv gärna en respons eller reflektion till nästa nummer!

Nästa nummer...

... har temat *Djur och natur*.

Kanske behöver det inte så mycket förklaring?

Hur påverkar djur och natur den psykiska hälsan och hur kan de användas i psykiatrisk behandling?

Här följer några infallsvinklar att fundera vidare kring:

"Naturens läkande kraft".

De gamla mentalsjukhusens stora vackra parker – vilken funktion fyllde de?

Fysiologiska reaktioner av att umgås med/klappa djur eller av att vistas i naturen.

Hundar och andra husdjur i vården, djur som "vårdpersonal".

Djur som ger trygghet, sällskap och har "medkännande förmåga", för i övrigt ensamma människor.

När ens problemlösningsförmåga akut ställs på prov vid insikten att den tvångsvårdade patienten har en katt eller hund kvar därhemma, utan tillsyn.

Säkert kommer du på mycket mer – så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Skarp deadline till nästa nummer är den 13 maj och författarinstruktioner hittar du på sidan 9.

För vuxna med
långvarig insomni

Återhämtande
sömn

med QUVIVIQ™ 50 mg¹⁻³

Aktiva
dagar

Besök oss gärna
i vår monter på SPK!

Verkningsmekanism via orexinsystemet

QUVIVIQ verkar genom att tillfälligt blockera orexin, vilket **reducerar de överaktiva vakenhetssignalerna** och möjliggör återhämtande sömn utan att förändra de naturliga sömnstadiernas proportioner^{1,4-6}

I kliniska studier på upp till 12 månader påvisades:¹⁻³



Förbättrad
sömn



Förbättrad
funktion dagtid



Ej fysiskt beroende
eller missbruk

Referenser:

1. QUVIVIQ™ SmPC www.fass.se. 2. Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022; 21(2): 125–139. 3. Kunz D, et al. CNS Drugs. 2023; 37(1): 93–106. 4. Nofzinger EA, et al. Am J Psychiatry. 2004; 161(11):2126-2129 5. Roch C, et al. Psychopharmacology. 2021; 238(10): 2693–2708. 6. Saper CB, et al. Nature. 2005; 437(7063): 1257–1263.

QUVIVIQ™ (daridorexant) 25 mg och 50 mg filmdragerade tabletter. Orexinreceptorantagonist, ATC-kod N05CJ03. Rx, EF. **Indikation:** avsett för vuxna med insomni sedan minst 3 månader där symtomen har en betydande påverkan på funktionsnivån dagtid. **Dosering:** till vuxna 50 mg en gång per kväll, inom 30 minuter före sänggåendet. **Kontraindikationer:** överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, vid narkolepsi eller vid samtidig användning med starka CYP3A4-hämmare. **Varningar och försiktighet:** patienter uppmanas att avstå från att utföra potentiellt farliga aktiviteter, framföra fordon eller använda tunga maskiner om de inte känner sig fullt alerta. Försiktighet skall iakttas för patienter som uppvisar symtom på depression samt vid svår KOL. Rekommenderas inte vid kraftigt nedsatt leverfunktion. **Graviditet:** det finns inga data från användning hos gravida kvinnor och skall därför bara användas under graviditet om det är absolut nödvändigt. **Biverkningar:** de vanligaste rapporterade biverkningarna är huvudvärk, sömnhet, yrsel, illamående och trötthet.

▽ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning och innebär bland annat att utvecklingen vad gäller biverkningar kontrolleras särskilt noggrant.

För ytterligare information www.fass.se. Datum för senaste översyn av produktresumén är 04/2025.
Kontakt: Idorsia Pharmaceuticals Nordics AB; medinfo.se@idorsia.com; tel: 0201 605 601

Hela människor

Helhet är ett av de där orden som låter självklart – tills man märker hur lätt den går att tappa. Vi lever i en tid av specialisering: tydliga roller, avgränsade spår och mätbara resultat. Det kan ge ordning på papperet. Men i verkligheten är vi inte byggda med separata mapper. Vi är människor i ett stycke, och livet vill bli förstått som en helhet.

Det märks särskilt när belastningen varit hög länge. Många bär flera parallella ansvar: uppdrag som kräver närvaro, ett ordinarie arbete som inte pausar för att kalendern redan är full, och ett privatliv som förväntas fungera som om energin vore obegränsad. Då händer något välbekant: ju mer man fyller dagarna, desto mer rinner tiden iväg. Och kanske är det kroppen som först säger till – sömn som inte återställs, irritation som tänds fortare, trötthet som inte går att vila bort.

På millennial-svenska heter det *work-life balance* – de yngre kollegrornas ideal, ibland nästan en rättighet. Vi äldre växte upp med den lustfyllda spänningen i att få ihop helheten medan man springer: fler bollar i luften än man har händer till. Förr eller senare tappar man en; då plockar man upp den och fortsätter. Helhet är sällan perfekt jämvikt – oftast en rytm som måste återtas. En period av anspänning behöver följas av återhämtning.

I relationer kan det finnas en helhet i det komplementära – yin & yang, om man så vill. Under press drar vissa mot struktur och kontroll, andra mot distans och frihet. Det kan se ut som konflikt, eller så är det bara två sätt att reglera samma stress.

I den västerländska traditionen har idén om att “bakom varje framgångsrik man står en (ibland förvånad) kvinna” inte bara varit ett ordspråk, utan en praktisk överlevnadsstrategi. Men när rollerna kastas om är det inte ovanligt att fåfången gör sig påmind – en sorts existentiell svindel när han inte får hålla i pokalen. Den som valt att dela liv med en briljant partner får lära sig stå sitt kast. Dragkampen kan vara stärkande, men när spänningen blir för stor behövs en dos stoicism – för det är sällan kärleken som saknas, oftare återhämtningen.

Något mer hoppfullt finns under ytan: en längtan efter att vara ett team. Att turas om att ta plats, släppa prestigen och bära varandra. När återhämtningen fungerar blir det lättare att vara generös – med tolkningar, tonfall, tålamod. Lagom press vässar. För mycket press sliter. Trygghet är inte sentimentalitet. Det är funktion.

Det är också här idéhistorikern **Cecilia Riving** blir en oväntat praktisk följeslagare. I sin psykiatriska bok *Hela människor* visar hon hur psykiatris kärnfråga ständigt återkommer: möter vi en människa, eller hanterar vi ett problem? Helhet är inte främst en slogan, utan något som görs: i rummet, i samtalet, i hur vi försöker hålla ihop symtom med sammanhang.

Men helheter kan konkurrera med varandra. Den organisatoriska helheten vill ha tydliga uppdrag och rena flöden. Den medicinska vill väga samsjuklighet och prioritering efter tyngd. Patientens helhet vill ha ett liv som fungerar. När dessa inte får plats samtidigt börjar systemet dela upp verkligheten – inte av ondska, utan av



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



JONAS EBERHARD

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Jonas Eberhard
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE:
Mats Adler
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE/ INTERNATIONELL SEKRETERARE:
Tove Mogren
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE:
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Steinn Steingrimsson
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FACKLIG SEKRETERARE: Matilda Naesström
(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: Johan Nilsson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITA: Maria Larsson
(maria@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/WEBMASTER: Karl Lundblad
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246, 400 16 Göteborg
(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

logik. Resultatet blir att människor vandrar mellan stuprör och att det som borde hänga ihop blir något man “remitterar vidare”.

I tider när tempot skruvas upp erbjuds genvägar – välj sida, välj etikett, välj ett förenklat svar. Men tydligt är inte alltid sant, och snabbt är sällan hållbart. Helhet är motsatsen till opportunist. Som Henrik Ibsen skrev: “Vær ikke ett i dag, i går og noe annet om et år. Det som du er, vær fullt og helt, og ikke stykkevis og delt.”

Det citatet kan läsas som en uppmaning till integritet: att låta värderingar och handlingar hänga ihop över tid. Helhet är att försöka hålla ihop det som hör ihop, i livet och i professionen, när det vore enklare att dela upp, förenkla och skynda vidare.

Jonas Eberhard
Ordförande SPF

Helhet - när underlaget är fragmentariskt

Inom barnpsykiatri strävar vi efter att skapa en helhetsbild av barnet – dess mående och situation i familjen, skolan och samhället. Men vilka bitar består denna helhet egentligen av, och hur många saknas? Vårt kliniska arbete vilar ofta på ett förvånansvärt begränsat underlag: några formulär, ett eller ett par samtal, skattningar samt beskrivningar från skola och föräldrar.

Dessa beskrivningar ges inte i ett vakuum. De formuleras i ett språk där barns beteenden och känslor i allt högre grad har medikaliseras, där vardagsnära svårigheter lätt får symtomstatus och där diagnosnära begrepp används för att skapa begriplighet, legitimitet eller tillgång till stöd.

Samtidigt har våra olika informanter sina egna, ibland outtalade, agendor. Skolan behöver förklaringar som kan möjliggöra anpassningar eller resurser. Föräldrar har ofta kämpat länge för att bli hörda och tagna på allvar. Barnet självt navigerar mellan lojaliteter, önskan att passa in och rädslan för att sticka ut. Yngre barn saknar ibland förmåga att beskriva sina svårigheter, medan äldre barn kan vägra att prata om dem alls – eller svara med det klassiska ”vet inte”. Det är detta sammantagna material vi som kliniker förväntas omvandla till en sammanhållen berättelse. En helhet.

Hur ska vi i detta avgöra hur sömnen faktiskt fungerar? Om barnet verkligen sover för lite, eller om upplevelsen av dålig sömn färgas av stress och konflikter i hemmet. Eller om föräldrar söker en snabbare lösning än det ofta mödosamma arbetet med sömnhygien – ett melatoninrecept som de hört gott om via sociala medier. Hur ska vi förstå koncentrationssvårigheter: är de genomgripande, situationsbundna eller rimliga reaktioner på en stökig och resursfattig skolmiljö? Och hur skiljer vi mellan nedstämdhet som uttryck för psykisk sjukdom och nedstämdhet som begriplig respons på livsbelastning? Våra begränsade datapunkter fångar inte alltid komplexiteten i detta, vilket ökar risken för långtgående slutsatser baserade på ögonblicksbilder och andrahandsuppgifter.

Här blir uppföljning en avgörande komponent i skapandet av helhet. Det är först över tid som mönster kan urskiljas, hypoteser provas och omprövas, och tillfälliga tillstånd skiljas från mer stabil problematik. Korrekt diagnostik och adekvat behandling är sällan resultatet av ett enskilt bedömningsfall, utan växer fram i en process präglad av kontinuitet, återkoppling och justering. Ju fler datapunkter vi får – gärna genom metoder nära barnets vardag – desto närmare kommer vi en meningsfull helhetsbild. Detta kräver dock tid och resurser.

I den kliniska vardagen är detta ofta svårt att realisera. Barnpsykiatri präglas av hög efterfrågan och resursbrist, med ett konstant tryck att effektivisera. Vårdprocesser slimmas, utredningar komprimeras till snabbspår och tidskrävande uppföljningar tvingas glesas ut. Fokus riskerar att förskjutas från kvalitet till kvantitet – kortare kontakter, snabbare flöden. Tillgänglighet och nybesöksgaranti som mantra.

Konsekvensen blir att de barn som har mest komplex problematik – där behovet av helhet är som störst – riskerar att få för lite utrymme. Barn med samsjuklighet, svår psykosocial belastning eller otydliga kliniska bilder kräver tid, kontinuitet och uthållighet. Utan detta ökar risken för förenklade eller felaktiga slutsatser, med konsekvenser som i värsta fall leder till skada snarare än lindring eller bot.

Vi behöver därför tala tydligare om medicinska prioriteringar inom barnpsykiatri. Helhet kan inte skapas lika för alla, samtidigt. Att ge verklig helhet för de mest utsatta och svårast sjuka barnen kräver att vi vågar prioritera uppföljning, fördjupning och



CARL-MAGNUS FORSLUND

Ordförande Svenska Föreningen för barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

VICE ORDFÖRANDE: Jonas Nilsson
(jonas.nilsson@sfbup.se)

FACKLIG SEKRETERARE:

Amelie Kjellstenius
(amelie.kjellstenius@vgregion.se)

KASSÖR: Cecilia Månsson (kassor@sfbup.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:

Linda Halldner Henriksson
(linda.halldner.henriksson@regionvasterbotten.se)

ST-REPRESENTANT:

Linda Jarawka-Ranneberg
(linda.jarawka-ranneberg@regionhalland.se)

LEDAMOT: Beata Bäckström
(beata.backstrom@skane.se)

LEDAMOT: Tove Friskopp (tove.friskopp@sfbup.se)

LEDAMOT: Susanna Terling (susanna.terling@sfbup.se)

LEDAMOT: Pär Höglund (par.hoglund@regionstockholm.se)

LEDAMOT: Helena Strömbergsson
(helenastrombergsson@akademiska.se)

LEDAMOT: Hilke Wulfers-Sievers
(hilke.wulfers-sievers@regionvastmanland.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

relation. Helhet blir då inte en administrativ ambition, utan ett professionellt ställningstagande.

När detta nummer når brevlådorna har SFBUP nyligen arrangerat sitt **årliga möte med BUP Sveriges verksamhetschefer och chefläkare/MLA**. Årets tema är just medicinska prioriteringar. Med medverkan från Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Socialstyrelsen, SKR och Regeringskansliet har samtal förts om hur prioriteringar kan och bör göras i en verksamhet där behovet överstiger resurserna.

Förhoppningen är att dessa dagar inte bara bidrar med ökad kunskap, utan också stärker det professionella mod som krävs för att fatta svåra beslut. Beslut som kan göra den ständiga ekvationen mellan kvantitet och kvalitet något mindre omöjlig – och som i förlängningen ökar möjligheten att följa barn över tid, samla fler och bättre datapunkter och därmed skapa en mer meningsfull helhetsbild för dem som behöver den allra mest.

Carl-Magnus Forslund
Ordförande SFBUP

Tack

Tack till er som läst mina ord i Tidskriften för Svensk Psykiatri under fyra år. Tack till redaktör Tove Gunnarsson för ett fantastiskt dedikerat och högkvalitativt arbete med tidskriften. Tack till mina styrelsekollegor för allt ert fina arbete för föreningen trots en många gånger tung klinisk börda. Föreningen får en ny ordförande vid det årsmöte som hålls den 11 mars 2026 i samband med SPK. Enligt föreningens stadgar är just fyra år en lämplig tidslängd för ett ordförandeskap. Mina ord i denna ruta har präglats av en rättspsykiatri i förändring, både medicinskt och kriminalpolitiskt. Förhoppningsvis har ni fått en viss inblick i ämnet som inbegriper både livets mörker och ljus i kondenserad form.

Allt talar för att den nya påföljden säkerhetsförvaring kommer att införas från den 15 april 2026 och att en sänkning av straffbarhetsåldern till tretton år börjar gälla från den 3 juli 2026. Vi har då en kriminalpolitisk ny arena där riskbaserad inlåsning, tidigare kallad internering, återinförts, och där trettonåringar kan bli rättspsykiatriska patienter. Vid både Rättsmedicinalverket och den rättspsykiatriska vården pågår förberedelserna under stark tidspress. Hur ska vi riskbedöma på bästa sätt? Hur ska vi utreda, vårda och ta hand om barn? Jag undrar hur vi kommer att se på dessa förändringar om tio år?

Tre tragiska mordfall under hösten och vintern, där gärningspersonerna hade haft kontakt med psykiatrin, har återigen väckt frågan om hur vi förhindrar det som i media kallas vansinnesdåd. Syndabocker och enkla lösningar efterfrågas. Svaret är att samhällets alla delar måste ta ansvar. Miljöpartiet föreslog att fler skulle dömas till rättspsykiatrisk vård men det skulle ju inte förhindra några indexbrott. Socialminister Jakob Forssmed meddelade nyligen att vuxenpsykiatrin tilldelas 1,5 miljard kronor för att förstärka vårdkapaciteten. Att i ett akut läge ha en tillgänglig vårdplats för en person med psykisk sjukdom, substansbruk och våldstankar kan i vissa fall vara avgörande.

Ett tema som återkommit i mina texter, närmast terapeutiskt, är hur vi kan hålla oss vid våra sinnen i denna svåra tid. Vetenskap och litteratur har varit ett svar. Jag läste nyligen en av Johan Hiltons krönikor i Göteborgs-Posten. Han berättar om en dystopisk film (28 Years Later – The Bone Temple) som beskriver en värld, drabbad av ett världsvirus, som ter sig som en logisk förlängning av dagens utveckling. I filmen finns dock en Dr. Kelson som

”...har byggt ett tempel av de dödas ben, där var och en av de stupade vördas och högtidlighålls. I denna fristad fortsät-



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE/VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Hedvig Krona
(vetenskapligsekreteraren@srpf.se)

SEKRETERARE/KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Cilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

FACKLIG SEKRETERARE: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

ST-LÄKARREPRESENTANT: Sara Ahlin
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel, Erik Nilzén, Fia Klötz Logan

HEMSIDEANSVARIG: Daniel Krona
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

ter han envist att upprätthålla civilisation genom att läsa, lyssna på musik och forska i botemedel mot viruset.”

Från 300-talet finner vi Förnuftets råd till Augustinus om hur en upptäckt eller en insikt ska förmedlas:

”Be om god hälsa och om hjälp att få det du strävar efter, skriv ner bönen och låt alstret inge mod. Sammanfatta sedan dina slutsatser i ett par korta meningar. Bry dig inte om att bli läst av en större skara, ett fåtal av dina medmänniskor räcker.”

Häri finns en för människan nödvändig ödmjukhet och ett hopp.

Peter Andiné
Ordförande SRPF

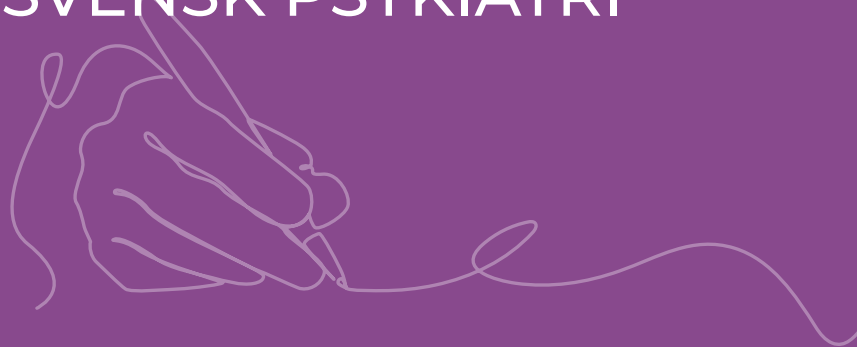
Rekommenderad läsning:

Proposition (2025/26:95), Säkerhetspåföljd – en ny tidsbestämd frihetsberövande påföljd

Lagradsremiss (2026) Skärpta regler för unga lagöverträdare



Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



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 max 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

Deadline för bidrag till nästa nummer: **13/5**

Tema: *Djur och natur*

UTGIVNING 2026

Nummer 2 2026

Tema:

Djur och natur

Deadline:

13 maj

Utkommer:

Vecka 23

Nummer 3 2026

Tema: *Ett gott råd*

Deadline:

26 augusti

Utkommer:

Vecka 38

Nummer 4 2026

Tema: *Inbillning*

Deadline:

11 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



Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

En fråga som diskuterats på utbildningsutskottets senaste möten är hur man ska kunna **utvärdera professionellt bemötande** under utbildning, på grund- men även under ST-utbildningen. Psykiatri, liksom alla specialiteter med patientkontakt, ställer höga krav på ett professionellt förhållningssätt, och det är rimligt att man i utbildningen tar det lika seriöst som t.ex. läkemedelskunskap och diagnostik. Samtidigt är det viktigt att man arbetar fram bedömningsmodeller och arbetsätt som är användbara i verkligheten och inte bara en pappersprodukt eller ett moment som bara bockas av. Professionellt bemötande behöver en gemensam nationell standard som följer utbildningskedjan – frågan är dock hur det ska utvärderas och användas som en del i utbildningen.

BT illustrerar en annan nationell utbildningsutmaning när det gäller att skapa en likvärdig utbildning. I nuläget **skiljer det sig åt hur man organiserar BT-utbildningen i de olika regionerna** samt att man på flera orter har krympt placeringstiden inom psykiatri. Det uppstår då en viktig fråga om vad som egentligen är minimivån för att kunna uppfylla BT-målen? Utbildning behöver utrymme för lokala lösningar, men också en nationell standard. Annars riskerar vi att skapa en generation läkare vars erfarenheter varierar vilket i längden kommer påverka våra patienter som möter dem.

På många håll i landet pågår det **digitaliseringsförändringar som också påverkar utbildningen**. Något som lätt glöms bort när det införs nya digitala system och arbetsätt. Ett tydligt exempel på detta är t.ex. rapporteringen om att övergången till nya journalsystem har orsakat att studenter på kliniska placeringar inte längre har tillgång till digitala intyg och kan därmed inte träna centrala moment i försäkringsmedicin eller LPT-vård. Detta är ett utbildningshinder som direkt påverkar färdighet, självständighet och i förlängningen trygghet i patientnära beslut. Vi pratar ofta om behovet av mer praktisk träning i och med att från och med nästa år kommer de första legitimerade kollegorna från nya läkarutbildningen ta examen.

När det gäller specialistfortbildning önskar utskottet att man nationellt arbetar för att det ska finnas en **studierektorsfunktion för specialister** på alla kliniker. Det är viktigt att komma ihåg att specialistbeviset inte är mållinjen, det är startskottet för ett yrkesliv där kunskapsutvecklingen måste vara strukturerad och fortlöpande. I dag blir fortbildning ofta det som ryker först när trycket



Matilda Naesström

*Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet*

ökar. Ett mer strukturerat arbete med fortbildning på klinikerna är ett sätt att skydda kvalitet – och vår trovärdighet som specialister.

Med alla förändringar inom utbildningsstrukturerna som nya läkarutbildningen, BT, digitalisering och specialistfortbildning, kommer det både möjligheter och utmaningar som vi i utskottet ser fram emot att fortsatt bevaka och arbeta med under det nya året 2026. Har du själv tankar eller reflektioner om utbildning så kanske vi hörs på SPK?

Matilda Naesström

*Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU*

PINEALIN® – FÖR EN KORTARE SÖMNRUTIN^{1*}

Nu finns
Pinealin®
tillgängligt



FLEST STYRKOR TILL LÄGST PRIS⁴

Det är vanligt att barn med ADHD upplever sömnsvårigheter och ett motstånd mot att lägga sig.² Problem med sömnen kan leda till konflikter vid sänggåendet eller svårigheter att komma igång på morgonen.³ Melatonin ökar benägenheten till sömn och kan vara en hjälp vid insomning.¹ Pinealin är indicerat för insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga.¹

Pinealin behöver förskrivas och är inte utbytbar på apotek.

Barnet på bilden är inte en riktig patient.

* Genomsnittlig aktigrafisk uppskattning av tid till insomning visade en förbättring på $26,9 \pm 47,8$ minuter med melatonin till skillnad från placebo där insomningstiden försköts med $10,5 \pm 37,4$ minuter ($p < 0,0001$). 48,8 % av barnen som fick melatonin visade en förbättring av tid till insomning >30 minuter jämfört med 12,8 % med placebo ($p = 0,001$). **Referenser:** 1. Produktresumé Pinealin 2023-11-17. 2. Läkemedelsverket: Sömnstörningar hos barn - Bakgrundsdocumentation 2:2015 (s.49). 3. 1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar/adhd/ 4. www.tlv.se Priser inom subvention september 2025. Prissjämförelse baseras på AUP per tablett, 100-pack 2–5 mg: Pinealin (2,81 kr), Arinton (3,17 kr), Melatan (3,45 kr), Mellozzan (5,73 kr), Melatonin OPQ Labs (5,81 kr), Melatonin AGB (5,90 kr). Pinealin är inte utbytbar mot de läkemedel som ingår i jämförelsen. Parallellimport är ej inkluderat. Subventionerat pris gäller endast indikationen insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD.

Pinealin (melatonin) 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tabletter. Rx (F) Subventioneras endast för insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. Sömnmedel och lugnande medel. **Indikationer:** Korttidsbehandling av jetlag hos vuxna. Insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Melatonin kan orsaka däsighet. Melatonin-tabletter ska därför användas med försiktighet om det är sannolikt att effekterna av däsighet medför säkerhetsrisker. **Äldre:** Exponeringsnivån av melatonin efter oral administrering till unga och måttligt äldre vuxna är jämförbar. Oklart om väsentligt äldre personer är särskilt känsliga för exogen melatonin. Försiktighet bör iakttagas vid behandling av denna ålderskategori och individuell dosering rekommenderas. **Immunologiska sjukdomar:** Enstaka fallrapporter beskriver försämring av autoimmun sjukdom hos patienter som tar melatonin. Melatonin-tabletter rekommenderas inte till patienter med autoimmuna sjukdomar. **Epilepsi:** Melatonin har rapporterats att både öka, minska och att inte ha någon effekt på anfallsfrekvens. Viss försiktighet bör iakttagas vid användning hos personer med epilepsi. **Nedsatt glukostolerans/diabetes:** Begränsade data tyder på att melatonin som intas i nära anslutning till kolhydratrika måltider kan försämrå blodglukoskontrollen under flera timmar. Melatonin-tabletter ska tas minst 2 timmar före och minst 2 timmar efter en måltid, helst minst 3 timmar efter en måltid hos personer med signifikant nedsatt glukostolerans eller diabetes. **Graviditet och amning:** Rekommenderas ej under graviditet eller till kvinnor i fertil ålder som inte använder preventivmedel. Rekommenderas inte till ammande kvinnor.

Datum för översyn av produktresumén: 2023-11-17. **För ytterligare information och priser se:** www.fass.se

Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas från AGB-Pharma. Rev. 06/2025

AGB-Pharma AB / Medicon Village / 223 81 Lund / 046-805 52 / info@agb-pharma.com

Psykiatrin - ett moment 22

En gubbtjuvs betraktelse

Foto: Shutterstock/Stunning Art

När kartan och verkligheten börjar divergera i allt högre grad, uppstår en kamp om tolkningsföreträde. Den inre spänningen mellan olika skolor, som tolkar verkligheten på olika sätt, tilltar. Globalt kan vi se att ICD-11 introducerar traditionell kinesisk medicin, som en alternativ beskrivning av sjukdom, diagnoser och behandling. Det blir intressant att se hur detta kommer att hanteras av Försäkringskassan, utbildningsansvariga och inte minst professionen, t.ex., SPF och SLE.

Här hemma ifrågasätts systemet med diagnoser baserade på kriterier för att strukturera och förstå mänskligt beteende. Allt oftare lyfts funktion fram som den determinerande faktorn, inte symtom. Eller annorlunda, grovt förenklat uttryckt, det finns lika många med avvikande beteende och som uppvisar s.k. symtom, som har hög funktion, som det finns s.k. normala individer som har låg funktion. Samhällsförändringar har tydliggjort tillkortakommanden, som klassas som symtom och ger underlag för diagnoser, men är det verkligen uttryck för psykisk sjukdom.

Det psykiatriska paradigmet, oavsett om det är analytiskt, dynamiskt, kognitivt, neuropsykiatriskt eller biologiskt, håller på att kollapsa pga. inre spänningar och det har blivit extra tydligt när det gäller diagnoserna adhd och autismspektrumstörning.

Svårigheten att entydigt formulera kriterier har lett till ett moment 22, där du har adhd eller autism eller både och, därför att du har ett visst antal dåligt definierade kriterier, som typ, rastlöshet, impulsivitet, social inkompetens och koncentrationsproblem. Samtidigt definieras adhd och autism av dessa

kriterier, delvis påverkade av den miljö och det samhälle du lever i. Diagnosen i sig innehåller ingen orsak, ingen etiologi, ingen förklaring.

Även om DSM säger sig vara neutralt i förhållande till etiologi, avspeglar diagnoserna ändå mer eller mindre medvetna grundantaganden angående orsakssammanhang. Detta gör nuvarande situation ännu mer förvirrande för alla inblandade: patienter, anhöriga, behandlare av alla kategorier, forskare och beslutsfattare.

Det finns ingen fast punkt att ta spjärn emot för att definiera psykisk sjukdom. Ingen biologisk markör har gått att identifiera, vilket föranledde professor Nancy C Andreasen, i förordet till DSM, att konstatera att DSM-diagnoser inte lämpar sig som grund för forskning.

Under nästan hela mitt yrkesverksamma liv, som kliniskt aktiv psykiater med specialintresse för ADHD och autism, har jag försökt förhålla mig till denna diffusa vetenskapliga bakgrund. Det har blivit alltmer tydligt för mig att alla psykiska symtom och beteenden manifesterar sig på ett spektrum. I sin extrema form är de uppenbart reella, och har fått benämningen schizofreni, mani, djup depression, tvång, ångest, ADHD, autism och anorexi. Det har också blivit tydligt för mig att de psykiska symtomen är deluttryck för systemsjukdomar. Adhd är förknippat med överrörlighet i leder och hyperelasticitet i hu-

Det finns ingen fast punkt att ta spjärn emot för att definiera psykisk sjukdom.

den, schizofreni och autism uppvisar s.k. "soft signs", är bl.a. strama i huden med nedsatt hudkonduktans och har avvikande mönster när det gäller stimuli-hjärnstamsrespons.

Min strategi har formats av omständigheterna, eftersom jag arbetat, på samma mottagning i 30 år och haft förmånen att följa vissa patienter 25 år, träffat flera medlemmar från samma familj och ibland också representerande tre generationer. Det har möjliggjort att iakta nyanser och mönster, där subgrupper utkristalliserat sig, där arv, psyke och soma korrelerar. Hypotesen med bakgrund i dagens kunskapsläge är att det borde gå att identifiera genetiska markörer. Tyvärr har den förhoppningen inte infriats, utan svaret har varit att orsaken är polygenetisk eller epigenetisk under inflytande av miljöfaktorer. Således står vi i stort sett på samma fläck och stampar, när det gäller att förklara psykisk sjukdom.

Arv och miljö i olika kombinationer ger resultat som tolkas på olika sätt.

Kanske finns det fördelar med att beskriva verkligheten på detta sätt, men samtidigt kan irrationella faktorer avgöra vem som för stunden har tolkningsföreträde. Historien har radat upp olika skolor och olika terapier, med blandat resultat. Psykiatrin har stagnerat och klamrar sig fast vid gamla föreställningar.

Psykofarmakologin gör inga genombrott längre, utan ägnar sig åt att damma av gamla hippiedroger. I brist på konkreta kunskapsgenombrott flyttar byråkrater med hjälp av riktlinjer och utvärderingsinstrument fram sina positioner. Riktigt skrämmande kan det bli när AI dominerar analysen av medarbetare och verksamhet.

Adhd och autism, vilket var ett nytt sätt att beskriva vissa identifierbara beteenden, integrerades aldrig med den etablerade psykiatrin, utan föll offer för marknadskrafterna.

Jag har inte kunnat låta bli att reagera på **uppmärksamheten kring ADHD**, exemplifierat bl.a. av SvD:s artikelserie om ADHD och hur bedömningar och behandling havererat. Vi var några stycken, som för ca 25 år sedan uppmärksammade diagnosen inom vuxenpsykiatrin, men det är som diagnosen aldrig riktigt integrerats inom den s.k. etablerade psykiatrin, vilket öppnat upp för parallell "neuropsykiatrisk" psykiatri. Den offentligt finansierade psykiatrin har inte varit beredd och har inte skaffat sig den kompetens som krävs för att avgöra när det är adhd/autism eller inte. Den etablerade modellen med hänvisning till vetenskap och beprövad erfarenhet har inte fungerat, vilket inneburit att det är oklart, närmast anarki, när det gäller vem som har tolkningsföreträde. Privata aktörer har upptäckt att det finns pengar att tjäna på denna otydlighet. Detta förstärks av att diagnoskriterierna är grumliga, vilket

även inneburit att samhällsfenomen påverkat symtom och diagnostik. Ingen har riktigt orkat ta tag i och reda ut detta, sannolikt för att problematiken är komplex och att det är enklare att diagnostisera och medicinera än att förändra skola, arbetsliv, barnuppföstran m.m.

Individen som lider är hänvisad till droger, sociala media, spel och underhållning, religionen, filosofi, självhjälpsböcker, kloka anhöriga eller sunt förnuft, vilket inte behöver vara så illa och en del lösningar kan luta sig mot en lång tradition.

Psykiatrin har sin plats för att hantera de mest extrema beteendena, men har också blivit en tillflykt för många med psykisk ohälsa. **Hur som helst så blir allt väldigt rörigt till slut och de som blir förlorare är de svårast psykiskt sjuka med lägst funktion. Deras problematik hamnar idag i skuggan av tidsandans oförmåga att på ett konstruktivt sätt hantera existentiell ångest och utanförskap.**

För deras skull borde vi bli **bättre på att identifiera och tydligt beskriva subgrupper**, som kvalitativt uppvisar samma psykiska beteende, men som också förenas av gemensamma biologiska markörer. Dessa subgrupper kan sedan utgöra underlag för forskning, för att kartlägga neurofysiologiska mekanismer och potentiella verkningsmekanismer möjliga att påverka. Ett problem i sammanhanget är att läkemedelsbolagen inte lockas att forska på små patientgrupper. Kostnaden för att ta fram nya preparat är hög och det behövs stora volymer för att ge vinst i slutändan. Idealet är omeprazol, betablockare, statiner m.fl, som ordinerar till stora befolkningsgrupper under många år.

Sammanfattningsvis anser jag att funktionsbedömningar har en viktig plats att fylla när det gäller att prioritera begränsade resurser, men vi borde kunna bättre än så. Ur ett grundforskningsperspektiv är nuvarande diagnosmanualer en återvändsgränd, snarast ett hinder, men försvarar sin plats för att hålla kaos och anarki borta. Tyvärr har det i det offentliga rummet blivit på modet att kokettera med allmänmännsliga psykiska problem.

Olle Hollertz
Kristdala



Kan den psykiatriska vården utvecklas utan att vi förlorar helheten?

Hur mycket kan vi dela upp en människa utan att förlora helheten? Jag får anledning att reflektera över frågan då min region under våren 2025 lägger fram ett förslag om att skapa ännu en ny psykiatrisk verksamhet: Psykosvård Stockholm. Intentionen är god. Syftet är att minska den ojämlikhet som i dag finns i regionen för patienter med psykossjukdom. Omhändertagandet ska strömlinjeföras. Vården som erbjuds ska vara likvärdig och högkvalitativ, oavsett mottagning eller upptagningsområde.

Schizofreniförbundet uttrycker sitt starka stöd. I en inlägga till psykiatriutskottet skriver de:

”En gemensam ledningsstruktur för psykosvården inom SLSO skulle utgöra ett nödvändigt steg för att återupprätta jämlikhet, kvalitet och långsiktighet i vården av personer med psykossjukdom – och ge deras anhöriga det stöd de har rätt till.”

Men alla är inte lika positiva. Kritiken från läkarna är omfattande. I ett protestbrev, undertecknat av ett 80-tal kollegor, påtalas att förslaget saknar en tydlig plan för hur samverkan mellan kliniker, bemanning, utbildning och jourlinjer ska organiseras. Den lokala läkarföreningen förklarar sig oenig med arbetsgivaren i MBL-förhandlingarna.

Under sommaren fattas det formella beslutet. Verksamhetschef tillsätts och den 20 januari 2026 överförs de första avdelningarna och mottagningarna, däribland min egen, till den nya organisationen.

Vi backar bandet. Under sommaren 2025 arbetar jag som vanligt, som överläkare i vår slutenvård. Jag uppskattar verkligen mitt yrke. Jag tilltalas av variationen av patienter och sjukdomstillstånd. Det är såväl fascinerande som tillfredsställande att se en svårt sjuk patient komma till oss, ibland mot sin vilja, för att några veckor senare kliva ut genom dörrarna, helt återställd. Ena dagen behandlar jag en svår depression, nästa dag en mani, därefter en patient med ångest och insomni, och sedan en person med nydebuterade psykotiska symtom. Ingen dag är den andra lik. Jag lägger fler och fler patientfall till min minnesbank. I mötet med patienterna och i diskussioner med kollegor inom vitt skilda specialiteter påminns jag om hur mycket jag fortfarande har kvar att lära.

Men sommaren präglas också av återkommande organisatoriska gränsdragningar. En patient vi vårdar, med BMI 13, får tyvärr inte plats i ätstörningsvårdens slutenvård. Min kollega svarar mig uppgivet att de har över 15 patienter i kö, vissa med BMI 10. En annan patient med återkommande drogutlösta psykoser bollas mellan allmänpsykiatrin och beroendevården. Beroende menar att patienten har en psykossjukdom som kräver behandling. Psykiatrin menar att det är drogerna som orsakar tillståndet och därför behöver personen vara drogfri först.

Patienten själv saknar motivation för kontakt med någon av verksamheterna.

Jag kommer på mig själv med att sucka över denna uppdelning av människor, som om de vore beståndsdelar i en trasig maskin. Som om komplexa livsförlopp kan reduceras till mekaniska systemfel. Vad händer med helhetsperspektivet? Vem tar ansvar för hela patienten?

Psykos är inte en sjukdom, utan ett symtom på en underliggande sjukdom. Det kan bero på allt från substansintag, psykossjukdom, affektiv sjukdom, sömnbrist, stress, autism, läkemedelsintag; ”somatiska” orsaker som stroke, autoimmun encefalit, kognitiva sjukdomar eller metabola rubbningar. Den diagnostiska bredden är en del av psykiatris kärnkompetens. Kanske bidrar min egen forskningsbakgrund till ödmjukheten jag känner inför hjärnans komplexitet; det som initialt verkar vara ett ”psykiatriskt” symtom kan visa sig vara något helt annat.

Vad händer med den diagnostiska bredden när nu även patienter med psykosymtom organisatoriskt separeras? Hur ska vi läkare upprätthålla kompetens inom psykosområdet om vi inte får möta dessa patienter? Vilka konsekvenser får det för utbildningsläkare? Och ytterst – hur påverkas patientsäkerheten?

Jag reflekterar över den övergripande trenden i övriga delar av hälso- och sjukvården: där talas det om sammanhållen vård, starkt primärvård, färre stuprör. Vikten av helhetssyn betonas. Mot den bakgrunden framstår det som paradoxalt att psykiatrin rör sig i motsatt riktning. Och med sådan brådska dessutom.

Missförstå mig rätt. En av anledningarna till att jag valde att bli psykiater var just min vilja att arbeta med personer som drabbas av psykossjukdom. Jag är den första att hålla med om att vården för psykossjuka behöver stärkas. Det är uppenbart att det finns mottagningar som fungerar mindre väl och att variationen i kvalitet är ett problem. Men kanske är lösningen inte ytterligare uppdelning, utan att i stället stärka den lokala psykosvården. Ställa tydliga krav på adekvat bemanning, fortbildning, multiprofessionella team, tillgång till mobila insatser och strukturerad uppföljning.

För om vi fortsätter att dela upp människor, vad blir då nästa steg? En verksamhet för neuropsykiatri? Äldrepsykiatri? Affektiva sjukdomar?

Frågan är inte om den psykiatriska vården behöver utvecklas. Frågan är hur vi gör det – utan att samtidigt förlora helheten.

Madeleine Liljegren
Specialistläkare i psykiatri, med dr

Stuprör eller någonting annat

O långt långt bort
 där simmar i ljusa himlen
 över en trädtopp ett moln
 i lycklig omedvetenhet!
 O djupt ner i mig
 där speglas från svarta pärlögats yta
 i lycklig halvmedvetenhet
 en bild av ett moln!
 Det är inte detta som är
 Det är någonting annat
 Det finns i detta som är
 men är inte detta som är
 Det är någonting annat
 ...
 i det som är nära
 finns någonting bortom
 någonting bortomnära
 i det som är hitomfjärran
 någonting varken eller
 i det som är antingen eller:
 varken moln eller bild
 varken bild eller bild
 varken moln eller moln
 varken varken eller eller
 men någonting annat!



buken. Där fann jag en pulserande resistens och anade att det skulle krävas annan behandling än en ortopedisk. Jag gick då till kirurgerna på akuten och bad specialisten på plats att följa med till patientens brits. Efter att han känt på buken så fördes patienten snabbt till operation och hans dissekerande aneurysm hanterades. Det gick alltså bra på grund av min okunskap eller om det var för att jag inte följde instruktionerna ordentligt. Eller för att jag var så nyutbildad att jag fortfarande trodde att helhetsblick var något eftersträvansvärt.

Gunnar Ekelöf ger i dikten *Absentia Animi* från samlingen *Non Serviam* (1945) ett förslag på vad helhet skulle kunna vara för något. Det är inte detaljerna som vi uppfattar utan någonting mer, någonting annat. Detta någonting annat är det centrala, det som möjligen ryms i mötet med en annan människa. Det uppstår när två subjekt möts, om än för en mycket kort stund.

Frågan om helhet är inte bara aktuell inför det aktuella numret av svensk psykiatri. Vården och samhället brottas sedan länge, eller har kanske alltid brottats med problemet som handlar om ifall man ska lägga fokus på det komplexa eller om man ska lägga fokus på det förenklade. Ibland låter det som att det mest handlar om resurshantering och pengar men jag är verkligen inte säker på om det är grejen.

När vi arbetar som läkare så räddar vi inte alltid liv, det gör vi faktiskt ganska sällan. Ofta möter vi människor i kris som vi kan ge stöd, hjälp och hopp, kanske någon gång även bot. En gång råkade jag faktiskt göra något livräddande. Det blev bra för att jag gjorde fel, åtminstone enligt specialisten som var ansvarig för den delen av akuten den dagen. En patient kom in med förmodat ryggsnitt, eller om det var ett misstänkt diskbräck. I snabbhetens och flödets namn så skulle jag enligt sagde specialist i mitt status enbart ha riktat in mig på de kroppsdelar som kunde ha påverkan av dessa tillstånd. Eftersom jag var så ung i branschen, detta var min första dag på akuten på den första delen av min AT, så gjorde jag misstaget att göra ett mer omfattande status och kände även patienten på

Vårdflöden och stuprör är motsatsen till helhetssyn, tänker jag. Att ha superspecialiserade mottagningar där patientens svårigheter bryts ner till symtom av ångest, affektiva symtom, vanföreställningar, beroende, går ju på tvärs mot ett övergripande omhändertagande av patienten. Andra texter i det här numret belyser problemet med de stuprörsspecialiserade avgränsningarna så jag behöver inte gå in mer på den diskussionen här. Jag vill ändå peka på det faktum att det går att göra superspecialiserade institutioner som på samma gång tar ett helhetsgrepp kring frågan. Barnahus är namnet på den samverkan som finns när det gäller att utreda brottsutsatta barn. På samma plats finns då polis, åklagare, socialsekreterare, barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicin; alla är på samma plats för att på ett både smidigt och effektivt sätt ge barnet skydd och snabbt kunna ringa in barnets problem. Poängen är att barnet ska slippa åka runt till olika ställen för att få de olika myndigheternas hjälp. Tryggare och snabbare hjälp till barnet, och effektiv samtidig inhämtning av nödvändig information som delas av alla berörda myndigheter. Superhelhet med effektiva flöden och parallella stuprör som mynnar ut i en gemensam kunskapsreservoar helt enkelt.

Daniel Frydman
 Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
 Stockholm



Helhet – delhet

Foto: Shutterstock/ Hadrian

Helhet i motsats till delhet? Nej, något sådant begrepp finns inte på svenska förutom i IKEA:s produktkatalog, men kanske borde finnas. Det sägs alltid att helheten är större än de ingående delarna. Stämmer det?

Ja, i alla fall om man utgår från fysiken och naturen. Två är alltid större än ett plus ett. Ett plus ett blir inte tre, som en del hävdar. Det räcker med två för att vara större än två ettor. Den största helheten, universum, är ofantligt mycket större än de däri ingående delarna. Samma sak gäller atomen. Skogen är större än de enskilda träden. Flocken är större än den enskilda individen, och så vidare. Delheten, eller de ingående delarna i en helhet, påverkar dock ofta, eller alltid(?) helheten. I ett demokratiskt sammanhang räknas varje röst och sammantaget blir det en helhet som har mycket större inverkan på de ingående delarna än den enskilda delen, rösten. Gäller detta även i ett icke-demokratiskt sammanhang? Ja, faktiskt. Den tongivande delen kan aldrig utöva sin makt och inflytande utan stöd från andra delar, varvid det blir en helhet som är större och mäktigare än delarna var för sig.

Vi ser samma sak i vår egen bransch, psykiatrin, både vad gäller organisation och innehåll. Enskilda delar behöver vävas ihop till en helhet för att fungera. Tänk sytrådar och garn och resultatet när de blir en helhet. Likaså byggmaterial av alla de slag. Människan är sammansatt av otaliga delar men ändå söker vi fåfångt efter den enskilda delen som fallerar när helheten, människa, inte fungerar optimalt. Förslagen vilken, eller vilka delar i vår helhet som är "trasig" när en individ inte fungerar som förväntat har sedan urminnes tider varierat. En lång period var det någon av de fyra vätskorna: blod, slem, gul galla och svart galla som genom överskott eller brist skapade obalans i helheten. Vätskorna var dessutom kopplade till de fyra elementen: luft, vatten, eld och jord och gav upphov till olika personlighetsdrag. Detta var egentligen en helhetssyn, även om den vilade på antaganden, istället för på vetenskap.

Helhetssynen har därefter alltmer plockats isär till en "delhetssyn". Numera letar vi frenetiskt efter den trasiga delen. Ibland hittas den i form av en avvikelse i arvmassan, dna, men oftast inte. Inom psykiatrin har orsakerna till de olika tillstånden varierat och alltid har det hetat att vi nu vet exakt vad en åkomma beror på och att det bara gäller att åstadkomma rätt botemedel mot grundorsaken. Tyvärr har detta letande efter delarna, istället för helheten, oftast varit fåfångt och alltför ofta lett oss fel, vilket medicinhistorien i allmänhet och psykiatris historia i synnerhet visar oss. När jag började studera medicin 1970, visste man exakt vad magsår berodde på. Det vet man nu också, men det är något helt annat!

Ett holistiskt synsätt, det biopsykosociala, bejakar tesen att helheten är större än de ingående delarna. Detta synsätt är dock utmanande i dagens samhällsklimat, där fragmenteringen vinner alltmer terräng. Där man försöker hitta den så kallade grundorsaken till alla problem, både hos den enskilda individen, som hos samhället i stort. Istället för att se till helheten, se att allt hänger ihop och att det mycket sällan går att plocka ut enskilda delar som om de åtgärdas, leder till en långsiktig förbättring av helheten.

Helhetssyn verkar dock vara svårt och kräver "ett stort tänkeri", ett uttryck som dvärgen Will Try, beundrande brukade om Oliver B. Bumble i den nederländske tecknaren och författaren Marten Toonders serie Tom Puss. Tyvärr ser vi numera mycket sällan prov på detta "stora tänkeri". Delarna fogas inte samman till helheten, som alltid är större än de ingående delarna.

Sigmund Soback
Pensionerad barn- och ungdomspsykiater
Leg. psykoterapeut

En kraft att räkna med

Rapport från SLOHM:s konferens 2026



Lena Nylander

”Dit ska vi” pekade kollegan uppåt den branta slutningen, ”det är som att gå in i en annan värld.” Hon hade rätt, både bildligt och bokstavligt talat. Vägen dit: ett sagolikt landskap, träden täckta av gnistrande iskristaller. Därinne: ett 30-tal läkare, likasinnade trots olika erfarenheter och specialiteter; allmänmedicin, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rehabiliteringsmedicin, med mera. Det var Svenska Läkarföreningen för Habiliteringsmedicin (SLOHM) som höll sin årliga nätverksträff, 21–23 januari 2026, på Mössebergs Kurort i Falköping.

Föreningen

SLOHM har drygt 60 medlemmar och samlar specialistläkare som arbetar inom vuxenhabilitering eller är intresserade av ämnet. Föreningens huvudsyfte är ”att främja kunskaperna om och förståelse för medicinska aspekter hos vuxna med intellektuell funktionsnedsättning, autism, svåra hjärnskador och medfödda eller tidigt förvärvade rörelsenedsättningar”. En riktigt bred målgrupp som kräver en läkare på 360 grader, som kan sina pusselbitar utan att tappa bort helheten, som klarar av att hålla flera tankar i huvudet samtidigt.

Patientgrupperna är mycket varierande, avseende både diagnoser och funktionsnivå. De kan ha nedsatt autonomi, kommunikationssvårigheter, rörelsenedsättningar, behov av stöd och hjälpmedel, med mera, eller olika kombinationer av flera funktionsnedsättningar. Det är patienter som kan falla mellan stolarna i den moderna sjukvården, där subspecialisering har blivit norm och så kallad ”resursprioritering” alltför ofta handlar om att dissekera gränserna mellan specialiteter (till nytta för vem, kan man fråga sig). De här patientgrupperna riskerar att fara illa, när vårdavtal som ska ”främja effektivisering” i praktiken inte tillåter längre besökstid, i t.ex. primärvård. Då måste särskilda uppdrag tillskapas, vilket känns lite bakvänt. Vad händer med principer som rättvisa, tillgänglighet och universell utformning? De får inte bara bli floskler i ett dammig styrdokument någonstans.

Apropå organisation och styrning: habiliteringsverksamhet för vuxna finns i hela landet, men organiseras olika i olika regioner. Vilka professioner som arbetar i verksamheten kan också skilja sig åt. Det finns (ännu) inte någon medicinsk specialitet som innefattar vuxenhabilitering, något som föreningen, med ordförande Malin Nystrand i spetsen, aktivt arbetar för. På barn- och ungdomssidan finns en sådan specialitet, men inte på vuxensidan. Märkligt, med tanke på att de flesta patienter är vuxna och har behov av habiliteringsinsatser långt efter 18-årsdagen.

Konferensen

Programmet var precis så brett som det borde vara, utan att det upplevdes som spretigt. Det är just komplexiteten som är spännande.

Efter en inledning om trafikmedicinska bedömningar, fick jag äran att hålla ett föredrag på tema kulturella aspekter av intellektuell funktionsnedsättning (IF). Nästa dag bjöd på en gedigen uppdatering om cerebral pares, en tillbakablick på föreningens historia och två vetenskapliga avhandlingar, om cerebral pares respektive 22q11-deletionssyndromet. På tredje dagen var det stort fokus på autism, hur begreppet och diagnostiken har förändrats, samt hur man kan tänka kring avdiagnostisering. Dagen rundades av med en presentation av det pågående arbetet i den Nationella Arbetsgruppen (NAG) Behovsanalys Habilitering.

Det var högt i tak för diskussioner och samtalen fortsatte till kvällens middag och frukosten dagen därpå. Storleken på sällskapet, där alla (nästan) känner alla, bidrog till en gemytlig och välkomnande känsla. Självklart önskar man att gruppen ska växa sig större, men det var otroligt lyxigt att hinna prata klart om saker, gå på djupet, ställa den där extra frågan som man kommer på dagen efter, samt att även de mest tystlåtna fick komma till tals. En liten guldkant: så skönt att slippa få en konstig blick för att man säger ”funktionsnedsättning” och inte ”funktionsvariation”. I den här gruppen var det självklart att vi visste vad vi pratade om.

Ett varmt tack till SLOHM:s styrelse för att ni bjöd in mig till ett lärorikt och trevligt möte. Tack för att ni finns och verkar för det komplexa i vårt yrke. Jag hoppas att styrelsens viktiga arbete leder till ökad kunskap och en ny tilläggsspecialitet. Ni är definitivt en kraft att räkna med.

Text och foto:

Alessandra Hedlund

Psykiater
Stockholm

P.S. Bli medlem du också! Du hittar oss på <https://slf.se/slohm/>

Vi bidrar till helhet

Varje vårdavdelning eller mottagning kan ses som en helhet, en helhet som är beroende av att alla delar finns på plats. Delar som utgörs av alla de kompetenser som krävs för en god och patientsäker vård.

Redaktionen har intervjuat medarbetare från skilda yrkeskategorier och frågat hur de ser på sitt arbete och vad de kan bidra med till helheten.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Zara

medicinsk sekreterare, psykiatrisk öppen- och slutenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin?

I cirka 15 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Att kunna bidra till att hjälpa patienter som mår dåligt men även personal så att de i sin tur kan hjälpa patienterna.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Att se till att allt det administrativa blir rätt utfört av all personal.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Unikt är väl diktatskrivning och det bidrar genom att informationen från besök förs in i journalen så att nästa som träffar/har kontakt med patienten har den senaste informationen gällande patientens tillstånd. Även receptionsarbete där vi bidrar med att välkomna patienter, registrera besöken och svara på eventuella frågor från patienterna, mest rörande administrativa frågor men även ekonomiska bl.a.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatrin?

Fler läkare men även fler sekreterare så vi kan avlasta vårdpersonal.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatrin är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Huvudsakligen teambaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Ja, det tror jag. Är inte intresserad av att arbeta inom annan specialitet.

Pontus

rehabiliteringskoordinator, psykiatrisk öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin?

11 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Omvärldsbevakning och möjligheten att påverka. Förändringsarbete och nätverkande.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Att utifrån våra patienters förutsättningar hitta möjligheter att kunna arbeta.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Samverkan med andra myndigheter och vårdgivare. Motiveringsarbete.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatrin?

Kuratorer. Det är mycket socialt i livssituationer och förutsättningar för livet som påverkar våra patienter.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatrin är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Huvudsakligen teambaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Troligtvis är jag kvar. Jag är på en bra plats och tycker det fungerar. Sen kan förutsättningarna ändras.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatrin:

Att arbeta i psykiatrin innebär ett stort ansvar som ibland inte är i paritet med förväntningarna från omgivning och patienter.



- Lioudmila -

Vad är roligt i ditt arbete?

Jag slutar aldrig att förvånas över hur generösa patienter är som delar sina innersta tankar med oss som är helt okända personer för dem.

Lioudmila läkare, psykiatrisk öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

I 25 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Det är många saker. Vad ska man börja med? Jag slutar aldrig att förvånas över hur generösa patienter är som delar sina innersta tankar med oss som är helt okända personer för dem. Bara för den yrkesroll vi har! Men det bästa är nog att man kan påverka, förbättra en annan människas liv. Att det blir skillnad. Ibland vet man inte varför. Är det läkemedel? Är det något man har sagt? Är det medkänslan och hoppet man lyckats förmedla? Varje gång det miraklet händer blir man inspirerad och tacksam för att man har ett sådant arbete! Det är mödan värt!

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Tidsbrist. Man skulle vilja hinna med så mycket mer kring varje patient.

Att inte hamna i byråkrati – se bara symtom, funktionsnedsättningar, processkartor mm. Dessa är viktiga men att se en helhet, en människa, är viktigare.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Läkare står för helheten. I kraft av vår utbildning kan vi se det biologiska, psykologiska och sociala samspela. Vi kan lägga pussel av många bitar.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatrin?

Jag vill se flera kuratorer. De flesta patienter behöver hjälp i praktiska frågor. Vi behöver ha flera experter som kan lagar, patienternas rättigheter, de som kan stötta patienter och anhöriga. Ingen medicin eller terapi hjälper utan social trygghet som bostad, försörjning, arbete.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatrin är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Jag är lyckligt lottad att arbeta i ett team där vi hjälps åt och kompletterar varandra. Sen är vi läkare juridiskt ansvariga för en hel del inom psykiatrin.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Ja, jag trivs med det och jag tycker fortfarande att det är meningsfullt.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatrin:

Jag minns att som jourhavande ST-läkare på länsakuten kunde jag tänka: "och jag får lön för det!" Jag kan få sådana tankar även nu: att jag har privilegiet att ha ett arbete som är så spännande och givande.

Nia
läkare, psykiatrisk utredningsenhet

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Sedan 2012.

Vad är roligt i ditt arbete?

Jag uppskattar variationen, skojar även att jag är doktor Figaro. Kan ha en konsultation på IVA, patient för en neuropsykiatrisk utredning, handledning med yngre kollegor och akut psykiatrisk patient på samma dag.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Ibland kan dokumentationen bli för mycket och man måste ha stenkoll på att alla anteckningar, journalmallar och KVVÅ-koder finns.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Min yrkeskategori kräver en lång och mycket krävande utbildning samt att man jobbar med sig själv för att inte "överföra" sina problem till patienterna. Det finns inte en professionell utveckling utan en personlig utveckling.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Jag hoppas att fler unga läkarkollegor väljer psykiatri.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

På utredningsenheten är vi team och på vårdkonferenserna varje vecka kan man lära sig mycket och utbyta erfarenhet med alla yrkeskategorier på kliniken.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Jag hoppas innerligt på det.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Även om det är ett svårt jobb som kan uppfattas som lite abstrakt om man har jobbat inom somatiken är det otroligt spännande och under konstant utveckling.

1. Intervjuarens kommentar: På aktuell vårdavdelning har varje patient ett team bestående av sjuksköterska, skötare, pedagog och arbetsterapeut. Teamet har särskilt ansvar för planering kring patienten.

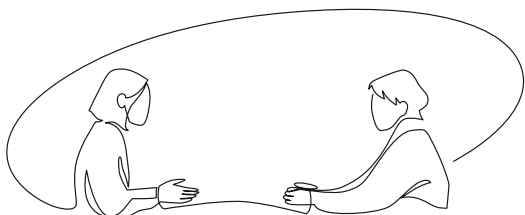


Foto: Shutterstock/Samuai

Jessica
arbetsterapeut, rättspsykiatrisk slutenvård i Danmark

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

2,5 år.

Vad är roligt eller givande i ditt arbete?

Att se en patient lyckas med sina mål.
Att erbjuda träning och aktiviteter som hjälper patienterna att förbereda sig för ett liv utanför sjukhuset.
Att kunna använda humor i arbetet.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt i ditt arbete?

Att få tid att använda min kompetens och tid att sammanställa och presentera resultaten från de undersökningar jag gör.
Att jag är en del av grundbemanningen och säkerhetsstrukturen på avdelningen, och att det därför kan vara svårt att få tid för databearbetning, analys och sammanställningar.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Jag arbetar mycket med **sensoriska profiler** och funktionsbedömningar som visar en helhetsbild av patienterna. Genom de sensoriska profilerna kan jag ge patienterna redskap för att lära sig reglera intryck och känslor.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Arbetsterapeuter och pedagoger. Vi skulle kunna erbjuda patienterna fler aktiviteter, vilket hjälper dem att finna alternativ till droger och passivitet.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri huvudsakligen är teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Teamet (1) har huvudansvaret, när någon av dem är i tjänst. Om de inte är i tjänst och frågan inte kan vänta, tar övrig personal beslut.

De som har mer erfarenhet tar oftare beslut än de som har mindre erfarenhet.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av ditt yrkesliv (om inte: varför)?

Det hoppas jag. Men det krävs att personalomsättningen minskar, och våra arbetsscheman behöver bli mer flexibla. Politiker behöver ha ett större fokus på psykiatri.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Det är värdefullt när man får uppleva hur mycket en relation kan betyda, särskilt när man har arbetat hårt tillsammans med patienterna.

Jag skulle önska att vi var mer ärliga gentemot våra patienter och vågade erkänna när vi gör fel eller inte har svar på deras frågor.

1. Intervjuarens kommentar: På aktuell vårdavdelning har varje patient ett team bestående av sjuksköterska, skötare, pedagog och arbetsterapeut. Teamet har särskilt ansvar för planering kring patienten.

Jonas
sjuksköterska,
rättspsykiatrisk slutenvård i Danmark

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?
2,5 år.

Vad är roligt eller givande i ditt arbete?

Relationen till patienter när det uppstår en fungerande och meningsfull kontakt. Att lägga upp planer för patienterna och se att det gör en skillnad

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt i ditt arbete?

När det inte finns utrymme för terapeutiskt arbete. När man upplever att en patient är obehaglig.

Vad är unikt med din yrkesgrupp, och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan behandlingsrelaterad aktivitet?

Det är viktigt för mig som patientansvarig sjuksköterska att ha överblick över patientens vårdförlopp. Jag lägger stor vikt vid att patienternas basala behov är tillgodosedda.

Vilken yrkesgrupp skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Läkare, särskilt överläkare.
Arbeterapeuter.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri huvudsakligen är teambaserat eller baseras det på en hierarki med tydlig beslutsordning?

Jag upplever att det huvudsakligen är kompetensbaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av ditt yrkesliv (om inte: varför)?

Ja, det är superintressant.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Jag älskar de unika och speciella personerna.



Foto: Shutterstock/Ground Picture

Pia
skötare (1), rättspsykiatrisk slutenvård i Danmark

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?
5,5 år.

Vad är roligt eller givande i ditt arbete?

Det är ett givande arbete när man kan se att behandlingen fungerar.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt i ditt arbete?

Det är svårt när man har en patient som inte kan förstå eller inse att de åtgärder man vidtar är för patientens bästa.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Min yrkesgrupp har en bred kompetens där vi har kunskap om bland annat läkemedel, somatik, psykiatri, ADL, kost, motion och pedagogik.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Dietister/kostvägledare, eftersom våra patienter generellt sett har osunda matvanor.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri huvudsakligen är teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Jag tycker att det ofta är teambaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av ditt yrkesliv (om inte: varför)?

Jag är 54 år nu så jag räknar mycket med att detta är mitt sista arbete. Jag älskar mitt jobb.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Jag tycker att det är ett hårt men givande arbete. Att arbeta med psykiska sjukdomar är spännande.

Intervjuarens kommentar: Det danska "social- och sundhedsassistent" motsvaras närmast av skötare i en svensk kontext.

1. **Intervjuarens kommentar:** Det danska "social- och sundhedsassistent" motsvaras närmast av skötare i en svensk kontext-

Sebastian

psykolog, rättspsykiatrisk slutenvård i Danmark

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin?

Cirka 3 år.

Vad är roligt eller givande i ditt arbete?

Det mest givande är när jag har byggt upp en stark och trygg relation till patienten, så att patienten vågar öppna sig och berätta om sitt psykotiska universum.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt i ditt arbete?

Psykologisk behandling är något som rättspsykiatriska patienter kan tacka nej till.

Det är inte alla rättspsykiatriska patienter som har lust eller insikt i att vilja behandlas.

Vad är unikt med din yrkesgrupp, och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan behandlingsrelaterad aktivitet?

Min yrkesgrupp har ett särskilt fokus på våldsriskbedömningar.

Som psykolog ser jag det som en viktig del av mitt arbete att skilja mellan normala och patologiska reaktioner eller beteenden.

Vilken yrkesgrupp skulle du vilja se mer av inom psykiatrin?

Jag önskar inte fler av någon enskild yrkesgrupp.

Yrkesgruppernas mångfald och olika perspektiv på patienten är vår styrka.

Vi ska bara komma ihåg att kunna vara professionellt oeniga på ett bra sätt.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatrin huvudsakligen är teambaserat eller baseras det på en hierarki med tydlig beslutsordning?

Jag ser båda delarna, och det beror mycket på vem som är överläkare på avdelningen.

Det är önskvärt att arbeta teambaserat, men ibland upplever jag en förväntan om att överläkaren ska fatta alla beslut och ta allt ansvar.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av ditt yrkesliv (om inte: varför)?

Det tror jag.

Jag uppskattar den komplexa psykopatologin: "One size fits none".

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatrin:

Alla psykologer borde skaffa sig erfarenhet från rättspsykiatrin.

Det är ett bra ställe att lära sig förstå de diagnostiska arketyperna.



- Sebastian -

Vad är roligt eller givande i ditt arbete?

Det mest givande är när jag har byggt upp en stark och trygg relation till patienten, så att patienten vågar öppna sig och berätta om sitt psykotiska universum.

Jennie

medicinsk sekreterare, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Snart 3 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Att det är ett varierande, ansvarsfullt och viktigt arbete med många olika arbetsuppgifter. Det tillsammans med det höga tempot gör mitt arbete roligt. Ingen dag är den andra lik!

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Som medicinsk sekreterare arbetar vi ofta i en miljö med deadlines och ibland kan det kännas som att man inte räcker till. Att prioritera kan ibland vara både utmanande och svårt. Samt att jag upplever att vi är en bortglömd yrkesgrupp. Kanske på grund av att man inte har kunskap om vår roll i vårdkedjan och hur viktiga vi är för patientsäkerheten.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Vi kombinerar vårt administrativa arbete med medicinsk terminologi vilket är unikt för vår yrkeskategori. Vi har en central roll i att hålla ihop vårdkedjan genom att ansvara för medicinsk dokumentation, patientadministration och genom att ge stöd åt vårdpersonal.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Svårt att välja för vi har alla en viktig roll för att skapa bra vård. Men jag slår ett slag för min egen yrkeskategori. För vi är de som är proffs på det administrativa och vi avlastar vårdpersonalen vilket gör att de kan fokusera på det som de är bäst på, att ge våra patienter god vård.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Både ja och nej. Jag tycker att man arbetar teambaserat där man tar tillvara på de olika kompetenserna för patientens bästa. Vilket är tydligt vid till exempel behandlingskonferenser där alla yrkeskategorier har möjlighet att bidra med sin kunskap kring en patient eller dess tillstånd. Sen tror jag att det nog finns en viss hierarki där läkarna har det yttersta ansvaret för vissa beslut.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Svår fråga, jag har inte arbetat så länge inom psykiatri och tycker det är intressant men jag har många år kvar i yrkeslivet så vi får väl se.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Ibland är det både krävande och tungt att arbeta inom psykiatri, vi möter människor i livets alla olika skeden. Men det är också mycket spännande och utvecklande och det känns verkligen som att vi gör gott!



- Jennie -

Vad är roligt i ditt arbete?

Att det är ett varierande, ansvarsfullt och viktigt arbete med många olika arbetsuppgifter.

Helena

sjuksköterska, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Ca 27 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Träffa och stötta/hjälpa människor. Hjälpa barn att lyckas. Jobba med härliga kollegor. Följa med i utveckling i psykiatri.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Väntelistor. Önskar fler kunde få stöd/behandling snabbare. Många kontakter.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

En flexibel yrkesgrupp som spänner över många arbetsuppgifter. T.ex. stödsamtal med barn och vårdnadshavare, kontroller, nätverka.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Framför allt arbetsterapeuter. Även dietist, sjukgymnast.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Inget hierarkiarbete. Teambaserat. Alla i teamet lyssnas på och alla kontakter är viktiga.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Absolut!

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Härlig arbetsplats med fina kollegor. Fina familjer och härliga patienter.

Henni

psykolog, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

4 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Att tillsammans med kollegor få möjlighet att möta och hjälpa barn och familjer i svåra livssituationer och att få se en förändring.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Att ha tålamod med att förändring tar tid och att stå ut med de otillräcklighetskänslor det kan väcka då hjälpen inte räcker till.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Psykologer har en bred kompetens att på ett evidensbaserat sätt både utreda, bedöma och behandla psykisk ohälsa. Utifrån bredden i kompetensen ser jag att psykologer ofta kan bedöma patienters unika behov av vård, vad som kommer att påverka vårdförloppet och föreslå insatser som kan matcha patientens livssituation och förutsättningar.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Läkare för möjlighet till mer samarbete och utveckling. Men även arbetsterapeuter eller professioner som kan arbeta mer "hands on" med vardagliga situationer och att utveckla patienternas fritid.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Jag upplever det nog mer som teambaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Kanske inte resten av arbetslivet men ett tag till i alla fall!

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Otroligt utvecklande med möjlighet att få en bred klinisk erfarenhet och att få fördjupa sig i en mängd olika områden. Men kan bli för hög arbetsbelastning och emotionellt tungt emellanåt.

- Andrea -



Vad är roligt i ditt arbete?

Alla möten med barn/ungdomar. Jag vet aldrig vad som möter mig och ingen dag är sig lik.

- Henni -



Vad är roligt i ditt arbete?

Att tillsammans med kollegor få möjlighet att möta och hjälpa barn och familjer i svåra livssituationer och att få se en förändring.

Andrea

arbetsterapeut, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Lite mer än 2 år inom BUP men innan dess 13 år på Habiliteringsmottagning barn och unga i ett autismteam.

Vad är roligt i ditt arbete?

Alla möten med barn/ungdomar. Jag vet aldrig vad som möter mig och ingen dag är sig lik. Det är även en härlig känsla när barnet/ungdomen eller vårdnadshavaren uttrycker att de utmaningar de haft innan inte finns längre.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Det är inte alltid lätt när vårdnadshavare ser ett stort behov men barnet/ungdomen inte är motiverad till att jobba med den delen som vårdnadshavare önskar. Då får jag försöka få fram vad som motiverar barnet/ungdomen så börjar vi i den delen. Barns delaktighet och motivation är viktigt i förändringsarbete.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Som arbetsterapeut jobbar jag med tydlig struktur, fungerande rutiner, tidsuppfattning, energibalans och sinnesintryck. Veldig många patienter inom psykiatri har stora utmaningar inom just dessa områden. Sen är vi arbetsterapeuter "experter" på att jobba med visuella material, konkreta anpassningar och kognitiva hjälpmedel – vilket uppskattas av många inom psykiatri.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Lätt svar – Arbetsterapeuter.

Vi är alldeles för få och behovet av att träffa en arbetsterapeut i antingen gruppformat eller individuellt är stort.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Arbetet är till stor del teambaserat, men med en medicinsk hierarki där läkaren har det formella ansvaret.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Det finns en stor chans att jag gör det. Mitt hjärta slår lite extra för barn/ungdomar med "osynliga utmaningar", som de ofta har inom psykiatri.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Det kan vara utmanande men är framför allt givande att jobba inom psykiatri. Att varje vardag möta olika människor som har olika behov och att underlätta vardagen för dem. Det är en fin känsla!

Erika

kurator, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin?

Sammanlagt i 7–8 år fördelat på olika arbetsplatser och områden inom psykiatrin.

Vad är roligt i ditt arbete?

Det jag tycker mest om med mitt arbete är variationen – att jag får arbeta terapeutiskt med patient och familj, men också göra bedömningar och utredning samtidigt som jag får möjlighet att delta i samverkansgrupper med andra myndigheter för att förbättra situationen för barn och unga.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Att inte kunna styra över t.ex. väntetider och att till viss del ha ett begränsat handlingsutrymme.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Är man kurator med vidareutbildning av olika slag/inriktning kan man ofta få ett helhetsgrepp kring patienter och kunna jobba både individuellt och med hela systemet som med samverkan (skola, socialtjänst mm), behandling, terapeutisk insats och med fokus på familjesystemet och miljön vilket förenklar det för patienterna.

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatrin?

Jag skulle vilja se mer arbetsterapeuter, då det är något jag ser ett stort och växande behov av inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatrin är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Jag upplever det som att det kliniska arbetet i grunden är teambaserat, vi fattar oftast gemensamma beslut och de som är involverade i patienten har en dialog kring vårdplan. Men det finns också utrymme för att fatta beslut själv.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Jag har en önskan om att fortsätta arbeta inom psykiatrin resten av mitt yrkesliv, har förhoppningsvis 30 år kvar att arbeta.



– Erika –

Vad är roligt i ditt arbete?

Alla möten med barn/ungdomar. Jag vet aldrig vad som möter mig och ingen dag är sig lik.

Anna-Karin
sjuksköterska, BUP öppenvård

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Ca 27 år.

Vad är roligt i ditt arbete?

Mötet med barn och föräldrar, att man kan göra skillnad, samarbetet med kollegor.

Vad kan vara särskilt utmanande eller svårt med ditt arbete?

Etisk stress, t.ex. väntelistor, att vi inte räcker till för alla som behöver vår hjälp. Ofta negativ vinkling av vårt jobb i t.ex. media.

Vad är unikt för din yrkeskategori och på vilket sätt kan den särskilt bidra till ett patientförlopp eller annan vårdrelaterad aktivitet?

Sjuksköterskor är en flexibel yrkeskategori, som kan ha flertalet olika arbetsuppgifter, allt från medicinuppföljningar, somatiska kontroller, stödsamtal, telefonrådgivning etc. Sjuksköterskan är ganska ofta den person som finns med i vårdprocessen under lång tid och ofta samverkar med andra instanser vid t.ex. SIP, lite "spindeln i nätet".

Vilken yrkeskategori skulle du vilja se mer av inom psykiatri?

Arbetsterapeut! Så viktig funktion och kan göra så stor skillnad. Dietist, skulle behövas dels för ÄT-patienter men även för många av våra ADHD-patienter.

Upplever du att det kliniska arbetet inom psykiatri är huvudsakligen teambaserat eller baseras det på en hierarki med en tydlig beslutsordning?

Teambaserat.

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta inom psykiatri resten av yrkeslivet (om inte: varför)?

Troligtvis.

Egna kommentarer om att arbeta inom psykiatri:

Generellt god stämning och gott kollegialt stöd inom psykiatri, men speciellt på denna mottagning! Fantastiska kollegor och att vi trivs och har trevligt på jobbet gör att vi orkar med trots tung arbetsbörda.

Intervjuare:

Hanna Edberg
(rättpsyk. Danmark)

Alessandra Hedlund
(psyk.)

Kerstin Höfler
(BUP)

Samtliga redaktionen Svensk Psykiatri



Sjuksköterskor BUP Helsingborg

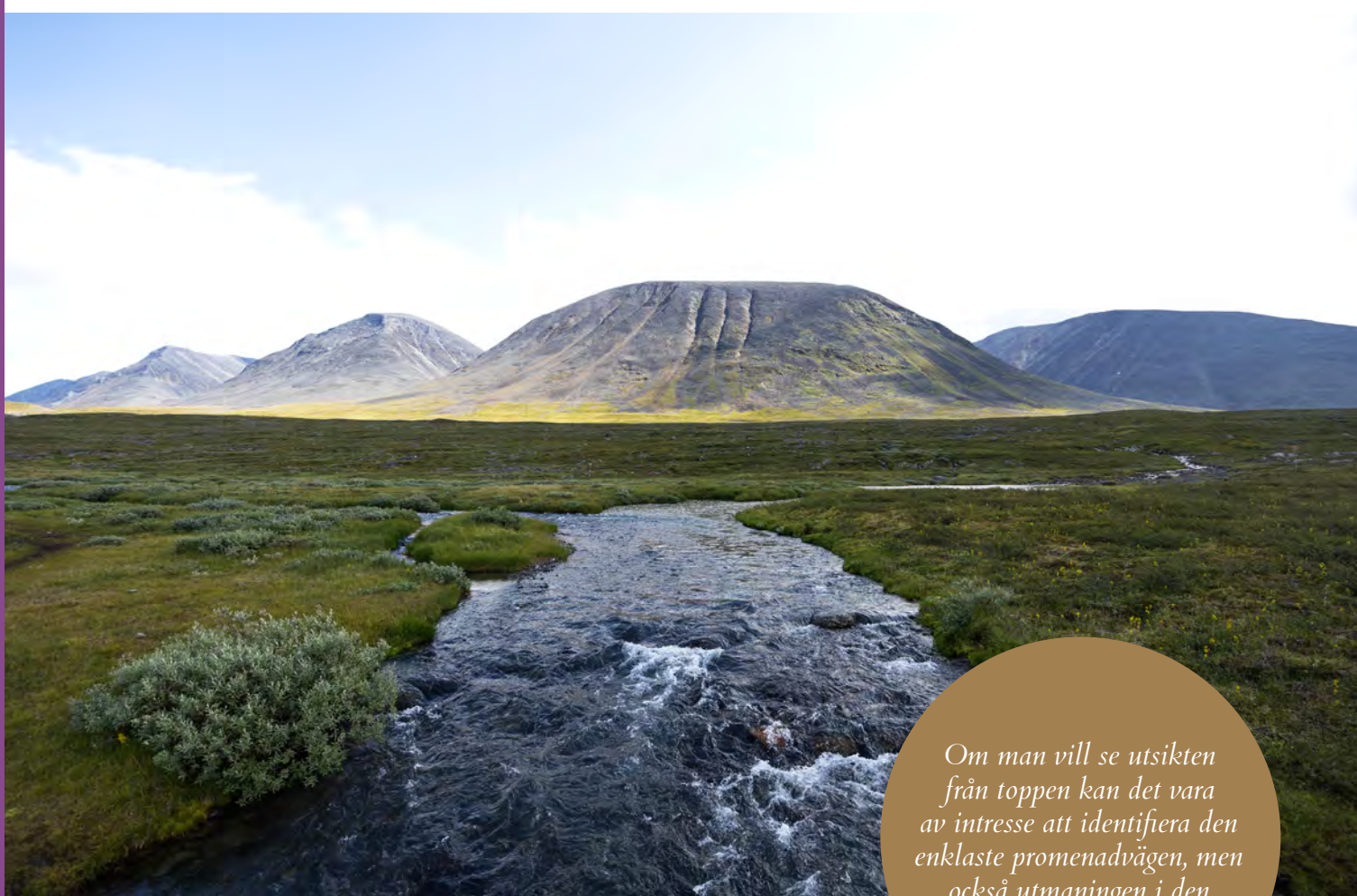


Foto: Shutterstock/sasha_gerasimov

Om man vill se utsikten från toppen kan det vara av intresse att identifiera den enklaste promenadvägen, men också utmaningen i den svåraste klätternväggen.

Psykiatrisk perspektivlära

Om man vill veta hur ett berg ser ut måste man gå runt det, så att alla perspektiv kan ses och beskrivas och tillsammans bilda en helhet. Om man vill se utsikten från toppen kan det vara av intresse att identifiera den enklaste promenadvägen, men också utmaningen i den svåraste klätternväggen. Perspektiven beskrivs efter väderstrecken.

Inom psykiatri har vi sedan länge intresserat oss för tre huvudperspektiv som tillsammans kan skapa en helhetsbild: det organisk/farmakologiska, det psykologiska och det sociala. Kulturtillhörighet skulle kunna vara ett fjärde perspektiv, med betydelse för individens tolkning och reaktion på olika upplevelser och fenomen, avgörande vad hen kan betrakta som begripligt och normalt mänskligt. Psykisk sjukdom, eller "oordning" enligt DSM-5, kännetecknas allmänt av långvarigt lidande med funktionsnedsättning.

I gränsområdet mellan farmakologi och psykologi finns placeboeffekterna, som försvårar för vetenskapen, men som kan vara en stor tillgång i behandlingsarbetet! Ser man samma fenomen i rent psykoterapeutisk behandling kallas det överföringsbot.

Alla perspektiv äger sin egen giltighet men är också icke exkluderande. Läkekunst är att söka det optimala för varje patient under givna förutsättningar.

Under goda förutsättningar kan man vid midsommartid från toppen av Marsfjället se södra Lappland i skymningsljus med midnattssolen över horisonten. Ett bevis på att jorden inte är platt!

Göran Bolin

Timanställd pensionär psyk, BUP och NHV Åtstörningar Sundsvall

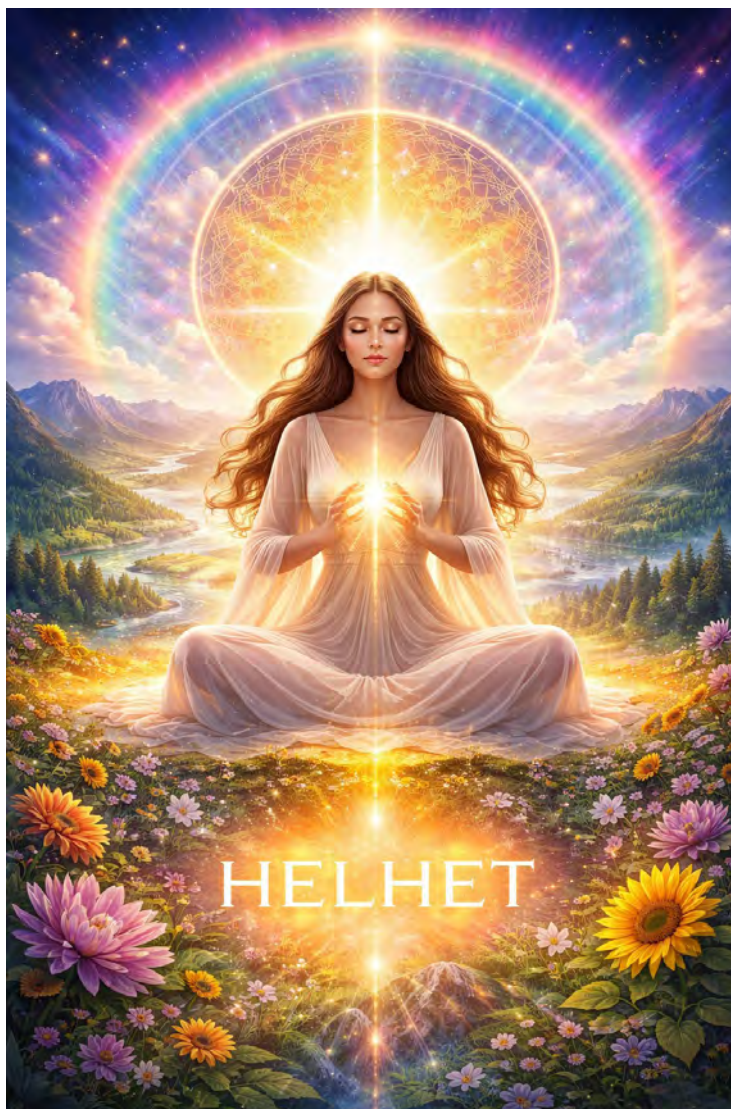
Helheten är brokig!

Ju mer man ser desto brokigare blir det. Vill man ha det enkelt får man blunda eller i alla fall blinka.

I en verklig "helhet" finns också sådant man inte gillar om man tittar efter. Ett idealiserat, homogent begrepp "helhet" för vilse och bäddar för besvikelse.

Jag associerar gärna "helhet" till en grupp människor som hör ihop på något sätt. Men utan spänningar i en grupp – ingen dynamik! "Il faut de tout pour faire un monde" sade kirurgen jag bodde hos i Chinon 1955 när jag yttrat mig kritiskt om något. "Vive la différence!" kan man också säga.

"Identitet" uppfattar vi gärna som något helt. I en lite pratig bok av en filosof med brokig bakgrund läser jag hur identitetersmyter kan dela upp oss och ställa oss mot varandra. Samtidigt skapar de möjligheter för att göra bra saker tillsammans. "De är lögnerna som binder oss samman."



Jag ber ChatGPT ta fram en bild på "Helhet". Det blir en fe, lite spöklik tycker jag, om än vacker

Hur förhåller man sig till det man kallar ondska och som finns i helheten? Det finns ingen sådan smitta som man kan ha fått en släng av. Däremot finns människor som är illasinnade eller sadistiska på något sätt, vilket de själva bör ta ansvar för. Ofta har de för övrigt goda intentioner.

Helheten är svår! Det är enklare att gilla några trevliga delar!

Man måste förstå att alla inte är "snälla" jämt. Man måste ofta gilla läget, "leben und leben lassen!". Bättre "gilla läget" än att försöka ändra på verkligheten eller blunda för densamma!

Finns det homogena helheter där allt är lika helt igenom? Det beror väl på hur djupt man tittar? Vad säger kvantfysiken?

Jerker Hanson
jerker.hanson@telia.com
Docent, pensionerad psykiater
Stockholm

Referens

Kwame, Anthony Appiah. Lögnerna som binder oss samman. Fri Tanke, Stockholm, 2019.



Foto: Johan Fredriksson, CC BY-SA 3.0 via Wikimedia Commons

44 år med psykosvård – Vart tog helheten vägen?

*Under 90-talet minskade
antalet platser snabbt på
Beckomberga.*

Min barndom i Norra Ängby (Bromma) med närhet till Beckomberga sjukhus bidrog kanske till att galenskap blev aningen välbekant, om än mystiskt. Det blev aldrig något skötarvik där för min del, men väl ett underläkarsvikariat sommaren 1982. Galenskap fick där och då ett tydligare ansikte. Psykossjukdom går inte så bra att tänka sig förrän man träffar den i en medmänniska. De föreställningar patienterna på "Beckis" generöst delade med

sig av gav bestående intryck och intresse, så till den grad att jag aldrig helt lämnat psykosvården.

Beckomberga sjukhus tillkom under 30-talet mot bakgrund av en strävan att skapa enhetlighet och sammanhållen struktur i dåtidens spretiga vård vid sinnessjukdom. Avsikten var att tillskapa förutsättningar för ett helhetsansvar för den som var i behov av vård och behandling för allvarlig psykisk sjukdom. Den lagstiftning som banade väg till den dåvarande moder-

niseringen av sinnessjukvården initierades via *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.*

Fram till psykiatrireformen 1995, innebar vården på Beckomberga ett helhetsansvar för vårdgivaren. Människor med omfattande funktionspåverkan som vid schizofreni fick vid behov bästa vård och omsorg enligt den tidens möjligheter. Det förekom behandlingsförsök med de metoder som löpande gjordes tillgängliga, dessvärre oftast med begränsade effekter. Det är givet att introduktionen av antipsykotiska läkemedel vid 1900-talets mitt innebar stora framsteg. Många med mild till måttlig psykosjukdom kunde skrivas ut efter betydligt kortare vårdtider. Miljön på Beckomberga var tilltalande med parker och möjlighet till berikande sysslor.

Efter psykiatrireformen som trädde i kraft 1995, skulle psykiskt funktionshindrade integreras i samhället genom att flytta ansvaret för deras psykosociala stöd och boende till kommunerna. Målet var att avveckla mentalsjukhusen, förespeglande öppnare vårdformer och normaliserade livsvillkor. Fina ord och god vilja och en stor portion idealism samt en förödande okunnighet om betydelsen av funktionsbegränsningar vid kronisk psykosjukdom. Det erbjöds påtagligt begränsade möjligheter att individanpassa kommunal omsorg och stöd i vardagen. Det kommunala ansvaret skulle erbjuda socialt stöd, boende och sysselsättning. Det angavs att kommunerna skulle få ekonomiska incitament att minska behov av långvarig slutenvård. Ekonomin för sjukhusvården låg kvar på landstingskommunerna vilket inte oväntat lämnade många med bestående funktionsnedsättning med alldeles otillräcklig hjälp, då sjukhuskostnaderna belastade landstingsvården. Så mycket för det kommunala incitamentet. Den kommunala budgeten för anvisat uppdrag tycks ha varit godtycklig, enligt principen att disponera det som kan tilldelas, snarare än det som tillgodoser behoven.

Under 90-talet minskade antalet platser snabbt på Beckomberga. I många avseenden saknades anpassade vårdformer för en expanderad öppenvård. För dem med svårare former av kronisk psykosjukdom är situationen fortfarande bedrövlig. Epidemiologiska uppföljningar under tidigt 00-tal visade dessbättre att andelen med schizofreni i Stockholms län som inte behövde psykiatrisk heldygnsvård gradvis ökade. Avbrott i antipsykotisk läkemedelsbehandling var och är fortfarande en återkommande orsak till en ny vårdkrävande psykosepisod. Tillkomst av antipsykotiska läkemedel under/från 90-talet, med mindre besvärande biverkningar och tillgång till hjälpsamma depotberedningar har fortlöpande underlättat och bidragit till bättre kontinuitet och färre återinsjuknanden.

Fram till psykiatrireformen 1995, innebar vården på Beckomberga ett helhetsansvar för vårdgivaren.

Under 1999 fick jag i uppdrag av klinikchefen att bilda en psykossektion med sammanhållen vårdprocess inom dåvarande Psykiatri Centrum Karolinska i Solna. Vårdansvaret gällde vård av personer med psykosjukdom boende i Solna eller Sundbyberg. En öppenvårdsenhet (Centrummottagningen i Solna Centrum), två vårdavdelningar vid Karolinska Solna samt en vid Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby, med personal, ingick som vårdresurser. Grundläggande syfte var att erbjuda individanpassad evidensbaserad vård och behandling. Ett löpande samarbete med lokalföreningen inom Intresseföreningen för Schizofreni (IFS) erbjöd löpande dialog som stöd för verksamhetsutveckling och en tjänst som vårdutvecklare inrättades. Omfattande forskning pågick för läkemedelsutveckling och neurobiologisk forskning inklusive hjärnabbildning i samverkan med Karolinska Institutet. Dessa FoU-processer underlättades av en sammanhållen organisation, för rekrytering av försökspersoner och långtidsuppföljning. Den sammanhållna organisationen blev tyvärr inte så långvarig. Den tog abrupt slut efter några år när en nitisk budgetorienterad direktör i nordvästra sjukvårdsområdet plötsligt omorganiserade vårduppdraget med separat psykiatrisk sjukhusvård respektive öppenvård i olika och separata verksamheter. Principer för sammanhållen vårdprocess fanns nog alls inte med i beslutsunderlaget. Jag vet, jag var där.

De senaste fem åren har jag haft möjlighet att verka som specialläkare inom både öppen psykosvård och heldygnsvård för boende i Bromma, Hässelby och Vällingby, dvs samma område där Beckomberga sjukhus var beläget. Hemtrakter således. Det kan konstateras att den kliniska psykiatrin har utvecklats väl sedan 80-talet. Å andra sidan föreligger fortfarande skamligt otillräckliga kommunala resurser avseende anpassade boenden och sysselsättning

Vart tog helhetssynen från 1929 års riksmöte vägen, när rosenkindade idealister sjösatte psykiatrireformen, med misär för många ensamboende/isolerade människor med kronisk psykosjukdom? Det eländet och den skammen kvarstår!

Nils Lindefors

Bromma

*Pensionär, deltidsarbetande överläkare vid Psykosvård Stockholm
Docent i psykiatri, tidigare professor*

Helhet - reflektioner och förslag

Foto: Shutterstock/valiansin suprunovich

När detta ämne introducerades som temaförslag i Svensk Psykiatri kändes det för mig som om det skulle vara underbart att få tänka helhet. En förhoppning om att det skulle vara möjligt att få till en sådan, inte bara inom psykiatri men i hela samhället. En längtan efter att kunna prioritera och ha ambitioner om att få till en helhet.

Lösningar på problem, inte kamp om resurser eller ensidiga, kortvariga projekt.

Vårdkedjor som fungerar, både inom specialiteten och i relationer till resten av sjukvården samt, vid behov, socialtjänst och polis.

Metoder som är evidensbaserade. En människosyn som även omfattar förståelse för den enskilde patienten och dennes livssituation, familj, tar hänsyn till vårdpersonalens arbetssituation, behov av tillräcklig tid och utbildning.

Kan detta bli verklighet?

"Det kräver resurser. Det finns för få specialister. Landets finanser ska räcka till många olika områden", säger man nog då.

Och

"Det har väl redan gjorts många psykiatriutredningar som har haft goda förslag, många vårdprogram med reviderade behandlingsmetoder, evidensbaserade. Förslag till samarbete mellan olika enheter".

Så är det nog.

Varför blir det inte till en helhet?

Varför lyssnar ingen på varandra?

Ibland känns det som att det är så världen är, den är för stor att hantera. Ingen lyssnar på varandra. Inom psykiatri ökar komplexiteten med ökad kunskap. Ingen har tid att tänka klokt eller på ett nytt sätt. Kraven ökas också. Flera patienter, flera diagnoser, mera dokumentation och kontroll.

Jag vet inte om det kan bero på att man inte har tid, att man inte har tilltro, att man tycker man är klokast och vet bäst. Inte

vill eller kan förstå grannen. Varken i vården eller mellan vårdenhet och politiker. Att det inte går.

OK. En utopi alltså, helhet, ett omöjligt projekt.

Men

Jag skulle då i alla fall bara vilja bidra med ett litet förslag som inte kostar något.

Låt de som har erfarenhet undervisa de som är yngre och låt inte någon erfaren psykiater bara försvinna ut till pension, behåll dem i verksamheten på något sätt, just med deras erfarenhet, låt dem fortsätta vara med på viktiga möten på kliniken, uppdatera dem i metodutveckling och medicinerings så att de vid behov kan gå in och hjälpa till när det behövs.

De behöver ingen lön eftersom de faktiskt får en bra pension. Det skulle kunna ingå i deras avtal vid pensionen, att de fortsätter bidra med kompetens. Om de vill förstås, men det tror jag faktiskt att många gärna vill. Man kunde ta en period på fem år åt gången och utvärdera.

Man ska väl inte ge upp.

Man kan tänka som Bob Hansson i *Halleluja liksom* (2005): "Varför är vi så bra på att köpa flygbiljetter och så dåliga på att verkligen ta oss någonstans?"

Eller som vid julpusslet – varför kan vi inte få ihop alla pusselbitarna till en helhet?

Det är klart att vi kan!

Jo, kan – kan vi. Vi kanske kan börja jobba på den visionen – att det är möjligt att ändra det som inte fungerar.

En långsiktig och sammanhållen strategi.

Maiken Fjelkegård

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg. psykoterapeut



Foto: Shutterstock/voronaman

Ecce (totus) homo eller Se (hela) människan

Som psykiater har man en möjlighet som inte andra specialister har i samma omfattning. Jag vet att det finns allmänläkare och jag känner även en professor i kardiologi som också har ett outtömligt människointresse. Det jag syftar på är möjligheten att möta en människa och ställa frågor kring i stort sett allt som berör hennes livshistoria och livssituation, med respekt och lyhördhet för den man har framför sig naturligtvis. Men det har sitt ursprung i en önskan att förstå och kunna hjälpa den person jag har framför mig.

Dessvärre har det återkommande begränsats under mitt yrkesliv utifrån att ledningen från mig enbart önskar, så snabbt som det bara går, att jag ska ställa diagnos och påbörja behandling om det krävs. Min erfarenhet och kompetens är av ringa betydelse bara jag kan skriva recept har det känts som. Det har till och med sagts att man kan börja med en diagnos och om den visar sig vara fel, det vill säga, patienten blir inte bättre, då kan man välja en annan diagnos och pröva sig fram.

Nu är ju de flesta människor mer komplexa än så och bör också behandlas därefter.

Senast arbetade jag på BUP i 10 år och under åren jag arbetade där ändrades perspektivet att «Se barnet i sitt sammanhang» och Familjeinterventioner till att bara se en liten patient som skulle ha KBT och/eller läkemedelsbehandling.

Innan jag började arbeta på BUP arbetade jag några år på en äldrepsykiatrisk mottagning.

När jag fick en ny patient frågade jag alltid var de var födda, var och hur de vuxit upp och om de hade syskon. För mig var det viktigt att förstå hur uppväxten påverkat den personliga utvecklingen och fortsatte göra det även om de fyllt 65 år. Det fanns till exempel de som adopterats bort, eller fosterhemsplacerats och som alltid haft olika slags svårigheter utifrån det.

En kvinna jag frågade var hon vuxit upp skrattade och sa att hon kom så lång uppifrån Tornedalen att jag aldrig skulle veta var det låg.

Jo, säg nu, sa jag.

Hon svarade till slut med namnet på en liten by nästan uppe vid Treriksröset.

Där växte min mamma upp, svarade jag henne, och tillade att jag faktiskt varit där flera gånger.

Det är ju inte alltid man kan komma så rätt, men jag tror att den pusselbiten i henne historia ändå bidrog till att vi fick ett gott möte och i förlängningen ett gott behandlingsresultat.

Cecilia Gotby
Specialist i psykiatri
Leg. psykoterapeut

Helhetssyn och sammanhang i psykiatrin

Varför har vi svårt att se det uppenbara i mötet med patienten?

Intelligens är beteckningen på förmågan att se sammanhang
Karl Ove Knausgård

När det gäller frågan om människans ställning i sin värld har vi å ena sidan den individcentrerade synen med djupa rötter i europeisk idéhistoria, där människan framställs som enastående och särskild. Mot denna idé står den moderna ekologiska synen eller systemsynen, där varje individ betraktas som del i en större helhet (1).

I Spinozas filosofi blir allt som är mindre än helheten av ett ting ett modus av den helheten. Alla distinktioner upplöses, och individer försvinner i varandras oändliga stilla hav som sträcker sig genom evigheten utan gräns... (2).

Helhet och hälsa

Vad längtar människorna efter? Det är en önskan att vara hel. Men vad är helhet för en människa? Familjen är människans "yttre jag", har Gregory Bateson uttalat en gång. En erfaren psykolog i Stockholm var ännu mer konkret: "Det psykologiskt väsentliga som sker i människolivet, är det som sker mellan honom och henne och barnen, och den äldre föräldragegenerationen" (3).

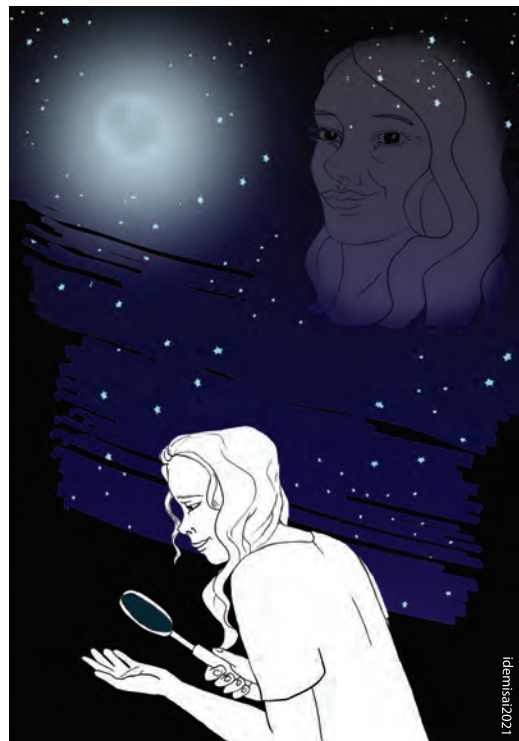
De flesta av oss glömmar tyvärr detta i mötet med patienten. Människan betraktas i första hand som en biologisk varelse.

"En ung flicka, som hade problem med nedstämdhet och ångest, gick till en psykklinik för att få tala med någon. Hon klagade inför psykiatrikerna över att hon mist greppet om sitt liv, hon var vilsen och rädd. Jag vet inte varför jag är deprimerad, sa hon.

- Men det vet jag, sa läkaren. För ingen människa är unik. Läkaren kunde sina mönster och mallar för hur man skall ringa in den typ av symtom som flickan visade upp. Med hjälp av dem ställde han diagnos och gav henne medicin. Flickan var 17 år när hon gjorde detta första besök i psykvården. Det ledde till cirka fem års åkande in och ut på sjukhus, först som frivillig, senare som tvångsintagen enligt lagen om slutna vård. Det är svårt att räkna alla de preparat som prövades på henne..." (4).

Familjesystemisk helhetssyn

Begreppet helhetsperspektiv handlar inte bara om att se patienten i sitt livssammanhang – det innebär också att läkaren ser sin egen roll i samspelet, både som yrkesutövare och människa. Först då bildas en helhet. Om läkarna, som diagnosticerade och behandlade den 17-åriga flickan, hade haft en aning om den naturliga hierarkin i patient-läkarrelationen, hade de vid det mötet inte sett endast henne. De hade sett hennes mor och hennes far och hennes familj och alla hade fått en plats i be-



handlarens hjärta. En sådan hållning, där familjen är nummer ett och flickan nummer två i hierarkin, ger oss ett mycket starkt utgångsläge. Då befattar man sig inte med känslor. Känslorna är ett resultat av vad som hänt. Man befattar sig med fakta. Vad har hänt, och hur ser anknytningsmönstret ut? Relationen till modern är särskilt viktig för en så ung kvinna då det påverkar hennes självbild och de beslut hon tar senare i sitt liv, hennes relation till andra, och speciellt relationen till sin livspartner och barnen.

Imri Demisai

Privat psykiater med vårdavtal, Actavita.se

imri.demisai@gmail.com

Illustration: Vanessa Stavenow

Referenser

1. Öquist, O. Systemteori i praktiken, konsten att lösa problem och nå resultat. Gothia Fortbildning 2013.
2. Scruton, R. Filosofi för den moderna människan - en inång till tankens värld. Översättning Birgit Lönn. Svenska Förlaget 1998.
3. Pojkar i överläge och män med makt. En artikelserie ur Svenska Dagbladet. SvD Pocket. Graphic Systems AB, Göteborg 1983.
4. Genom kris till helhet. En artikelserie ur Svenska Dagbladet. SvD Pocket, Team Offset i Malmö 1987.

Alla mina rum



© Lioudmila Mendoza

Hur väljer vi alla dessa rum,
platser som vi besöker?
Vi samlar dem i minnesalbum
och plockar fram och beskådar!

Flickrum från barndomen, soligt och ljust.
Föräldrarnas röster som hörs bakom väggen.
Det blev med åren ett slitet hus,
dock djupt i mitt hjärta beläget!

Och mitt sommarhus på bara ett rum,
där vaknade jag av sonens läte.
Och mamma som släppte starkt sommarljus
och lade dag framför våra fötter.

Och alla mina kärleksrum,
där jag såg i fönster mina älskare försvinna.
Att våga beträda nya rum
och rädsla och skräck övervinna!

Och alla oändliga kalla jourrum,
där jag tillbringade nätter och helger.
Att välja dem, var jag bara dum?
Istället för sin familj – dessa rum välja?

Att våga besöka mitt inre rum,
där staplas allt skräp från förflutna.
Att kasta ut, röja bort tum för tum
och göra de band oavbrutna.

Och plötsligt uppleva att jag hittat rätt,
med älskade fyllde jag rummet!
Det var banne mig inte alls så lätt,
att göra mitt rum till hemmet!

Jag har alltid funderat på varför vi hamnar på vissa platser i livet. Vad som är slump och inte? Finns det ens slump? Och så fick jag en tanke att skriva om olika viktiga rum som jag befunnit mig i under mitt liv. Riktiga, inbillade, symboliska – rum som gjorde mig hel.

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*

Existentiell hälsa: när precision möter mening

Om öppningstemat för Svenska Psykiatrikongressen



Psykiatrin har blivit alltmer specialiserad. Det har gett oss precision och ibland remarkabla framsteg – bättre diagnostik, mer riktade behandlingar, tydligare vårdkedjor. Men det har också kostat. När varje diagnos får sin mottagning och varje symtom sitt vårdspår riskerar människan att falla mellan stolarna. Inte för att kompetensen saknas, utan för att ingen äger helheten.

Det är mot den bakgrunden vi valt *psykisk och existentiell hälsa* som tema för kongressens öppning. Inte som en reaktion mot det medicinska, utan som en nödvändig komplettering. Frågan vi vill ställa är konkret: Hur bygger vi en vård som är både träffsäker och mänsklig?

Vad är existentiell hälsa?

Existentiell hälsa är ett sätt att tala om det som inte ryms i en remiss: mening, sammanhang, relationer och förmågan att leva med sin sjukdom, ändra vanor och stå ut. Det handlar om patientens upplevelse av att livet hänger ihop – eller inte gör det.

För psykiatrin är detta särskilt angeläget. En god bedömning handlar om mer än att ringa in en kategori. Den måste också fånga funktion, sammanhang och vad olika insatser faktiskt kan bidra med. När vården bara blir tekniskt korrekt riskerar den att bli mänskligt tunn. När den bara blir välmenande blir den vag. Världighet uppstår i kombinationen.

Öppningspanelen: tre perspektiv på helhet

Till öppningspanelen har vi samlat tre röster som på olika sätt arbetar med gränslandet mellan det medicinska och det mänskliga:

Anders Rosengren, professor i metabol fysiologi vid Göteborgs universitet, har visat hur livsstilsfaktorer och psykologiska mekanismer samverkar vid metabol sjukdom. Hans forskning påminner om att kropp och psyke inte är separata system.

Björn Eriksson, generaldirektör för Socialstyrelsen sedan augusti 2024, har tidigare varit generaldirektör för Läkemedelsverket och chef för hälso- och sjukvården i tre regioner. Hans erfarenhet av att leda komplexa vårdorganisationer blir särskilt relevant när vi diskuterar hur vården kan bli mer sammanhållet.

Ann Heberlein, teolog, författare och debattör, har i sin egen erfarenhet av psykisk sjukdom formulerat vad det innebär att möta vården som patient – och vad som händer när den existentiella dimensionen försvinner ur samtalet.

Tillsammans hoppas vi att panelen kan sätta tonen för en kongress som vågar ställa de stora frågorna, utan att tappa fotfästet i det kliniska.

Diagnostik i fokus

Temat existentiell hälsa löper som en röd tråd genom kongressen,

men kompletteras av ett annat centralt spår: diagnostik. Sam Fellowes från University of Lancaster inleder med en idé-historisk genomgång – från de första kategorierna till dagens dimensionella tänkande. Han kommer att utmana våra invanda sätt att se på vad en psykiatrisk diagnos egentligen är, och hur gränsdragningar alltid innebär avvägningar mellan precision och klinisk användbarhet.

Det är en diskussion som blivit allt mer aktuell. I vår nyliga debattartikel om ADHD i Svenska Dagbladet påpekade vi hur diagnosen har fått ett eget vårdspår med egna logiker – samtidigt som många med svårare psykiatriska tillstånd trängs undan. Det är i grunden en helhetsfråga: ser vi hela människan och hennes sammanhang, eller fastnar vi i enstaka symtom och diagnoskoder?

Kroppen som en del av helheten

En annan dimension av helhetsperspektivet handlar om kroppen. Personer med svår psykisk sjukdom lever i snitt 15–20 år kortare än andra – ofta på grund av somatiska tillstånd som vi vet hur vi ska förebygga. Metabol ohälsa, hjärt-kärlsjukdom och diabetes är överrepresenterade, och en del av förklaringen ligger i de läkemedel vi själva förskriver. När patienter – ibland under tvång – får behandling med kraftig viktökning som biverkan, har vi ett ansvar att motverka konsekvenserna.

Här öppnar GLP-1-analogerna nya möjligheter. Professor Anders Fink-Jensen från Köpenhamn föreläser under kongressen om *GLP-1 och beroendehjärnan* – en spännande genomgång av hur dessa läkemedel inte bara påverkar metabolism utan också tycks ha effekter på belöningssystem och beroendemekanismer. Det är forskning som kan få betydelse långt bortom viktbehandling.

Frågan om tillgång till GLP-1-analoger för våra patienter är också en jämlikhetsfråga. Att psykiatrins patienter ska stå utan effektiv behandling för läkemedelsbiverkningar som vi själva orsakat är svårt att försvara. Rörelsen är i rätt riktning, men ännu inte i mål.

Vetenskap och humanism – i praktiken

Svenska Psykiatriska Föreningens valspråk är "Vetenskap och humanism". Det är lätt att säga, svårare att göra. Denna kongress är ett försök att ta det på allvar – att utforska hur vi faktiskt håller ihop det precisa med det stora, biomarkörerna med meningen, diagnoskoderna med livssammanhanget.

Det är det vi hoppas att dessa dagar kan bidra till.

Jonas Eberhard

Ordförande, Svenska Psykiatriska Föreningen



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till
**Raffaella Björcks
minne**

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2027.

Vill du nominera någon till priset?

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

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2026.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

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.



Vad händer med individen som fått autismdiagnos

Ett antal av de många ungdomar och vuxna som fått diagnosen autism under senare år är vad som ibland kallas kognitivt utmanade (*cognitively challenged*). Med detta brukar menas att individen har en undergenomsnittlig begåvningsnivå; oftast avses teoretisk svagbegåvning eller lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IF). Det finns forskningsstöd och klinisk erfarenhet som talar för att autism är vanligare hos personer med låg begåvningsnivå än i grupper med medelmåttig eller hög intellektuell förmåga. Samma sak gäller, enligt bl.a. Dunedinstudien, de flesta psykiska sjukdomar inklusive schizofreni. Bland personer med IF anges frekvensen schizofreni vara 3–8 ggr högre än i övrig befolkning. Motsvarande siffra när det gäller autism är 5–6 ggr högre.

De klassiska och typiska psykosymtomen – hallucinationer och vanföreställningar – ingår inte i kännetecknen för autism (eller för IF). Varken i DSM eller ICD finns hallucinationer med bland diagnoskriterierna eller i beskrivningar av autism. Det är förvisso så att det klassiska autistiska syndromet för många år sedan kallades barnschizofreni, men sedan lång tid finns konsensus om att autism/autistiskt syndrom/autismspektrumstörning (med symtomdebut i tidig barndom) är en funktionsnedsättning skild från sjukdomen schizofreni. Schizofreni har ytterst sällan beskrivits hos förpubertala barn, och inte före 5 års ålder. Såvitt vi vet idag är dock såväl IF som autism riskfaktorer för att utveckla psykosjukdom/schizofreni. Detta bör inte vara särskilt förvånande eftersom en svag/sårbar hjärna sannolikt är mer sårbar för de faktorer som disponerar för insjuknande i psykisk sjukdom än hjärnan hos en person utan funktionsnedsättning.

Det som förvånar mig är att personer med autism (och ofta men inte alltid samtidig IF) som söker psykiatri på grund av hörselhallucinationer så ofta får höra att hallucinosen "beror på" autism. Även när störande, otrevliga och ibland imperativa röster har funnits under lång tid och tillsammans med funktionsförsämring är man i psykiatri påfallande obenägen att ställa schizofrenidiagnos. Motsägelsefullt är att förskrivning av antipsykotika till personer med autism är mycket vanlig, men då med indikationer som "stämningstabiliserande" eller "lugnande". Ibland är doseringen otillräcklig eller preparatvalet suboptimalt för att påverka de psykotiska symtomen, och genomgående avvisas personerna från specialiserade psykosverksamheter eftersom de inte "har psykosdiagnos". De får alltså

inte optimal behandling och den hjälp och det stöd som andra psykopatienter erbjuds.

Hur kommer sig detta, och varifrån kommer den felaktiga föreställningen att hallucinationer "beror på" eller "ingår i" autism? Är det den av mig tidigare beskrivna "schizofrenofobin" (se Svensk Psykiatri nr 4, 2022), som särskilt drabbar en grupp som redan är utsatt på grund av funktionsnedsättning? Varför verkar det vara svårare för en patient med autism, med eller utan IF, att få tillgång till specialiserad psykosvård än för en patient med liknande symtom men som inte fått autismdiagnos? Blir man diskriminerad i psykiatrisk vård om man har fått en autismdiagnos – som ju i regel är ställd av psykiatrien?

En del av schizofrenispektrum där förväxling med autism verkar (utifrån klinisk erfarenhet) vara särskilt vanlig är schizotypi (F21.0 i ICD-10), en diagnos som nästan är utrotad i svensk vuxenpsykiatri. Skillnaden mot Danmark, där schizotypidiagnos har ställts hos till exempel 15 % av OPUS-teamens (team för nyinsjuknade i psykosjukdom) patienter, är slående. I Sverige finns också regionala skillnader i diagnosfrekvens – F21.0 utgör mellan 0 och 2 % av ställda diagnoser inom schizofrenispektrum (F20–F29), beroende på vilken region det handlar om. Då flera studier talar för att schizotypa drag kan medföra suicidalitet kan man kanske till och med fundera över om en del av förklaringen till den höga suicidfrequensen bland vuxna som fått autismdiagnos kan finnas här, dvs i att man ibland/ofta inte känner igen schizotypi utan i stället ställer enbart en autismdiagnos.

Något som alltså verkar hända med autismdiagnosen – parallellt med den urvattning av begreppet som också verkar pågå (Svensk Psykiatri nr 4 2025) – är det som man kallar diagnostisk överskuggning – autism anses innefatta symtom som inte ingår i autism och som hos patienter som inte fått autismdiagnos skulle föranlett en annan handläggning. När symtom på psykisk sjukdom finns hos en individ som tidigare fått autismdiagnos bör man alltid fråga sig hur handläggningen skulle blivit om personen inte haft autismdiagnosen. Och när man tvekar att ställa en schizofreni- eller schizotypidiagnos – vad hjälper patienten bäst?

Lena Nylander
Vuxenpsykiater, med dr
Lund



Foto: Shutterstock/lenina1lonly

Psykiatrisk diagnostik

Jag är road över en utveckling där överdiagnostik, ökad samsjuklighet och reifiering blivit centrala problem i klinisk praxis. Vårt dominerande sätt att hantera psykiatrisk diagnostik – i huvudsak deskriptiv och kriteriebaserad – har onekligen styrkor, inte minst ökad reliabilitet, men också svagheter som tenderar att förbises.

Vi som psykiatriker har ett ansvar för att försöka förbättra den i grunden svåra konsten med diagnostik av psykisk sjukdom, störning, tillstånd.

Robert Spitzer

Robert Spitzer ritade 1980 om kartan med utgivningen av DSM-III. Från en tidigare mer psykodynamiskt orienterad diagnostik fick vi nu ett kriteriebaserat. Vi fick en betydligt förbättrad reliabilitet och forskning fick ett bättre stöd. Spitzer arbetade också fram en semistrukturerad intervju, SCID. Men reliabilitet är inte samma sak som validitet. I artikeln *Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary?* (1) pekade han på behovet av kompletterande metoder. Han presenterade LEAD (Longitudinal, Expert, All Data) för att förstå diagnoser i deras kontext samt pekade på att DSM är ett hjälpmedel vid diagnostik och inte ska användas som ett facit. LEAD ser jag som ett nödvändigt komplement där den aktuella symtombilden kan belysas på ett djupare plan. LEAD-principen i kliniskt arbete skulle höja kvaliteten i både diagnostik och validering.

Peter Tyrer, en inflytelserik brittisk professor, skrev artikeln *Robert Spitzers legacy. Agreement is halfway to truth* (2). Här ges en fördjupad bild av DSM-III:s svårigheter med validiteten.

Allen Frances

1987 fick han uppdraget att arbeta fram DSM-IV. Han hade varnat för hur kriterier och checklistor kan expandera så att normala svårigheter patologiseras. För att motverka detta så

infördes kriteriet om kliniskt signifikant lidande eller påtaglig funktionsnedsättning för de flesta av diagnoserna – ett viktigt skydd mot överdiagnostik. Hans praktiska verktyg “stepwise diagnosis” och “watchful waiting” är enkla men kraftfulla: börja med noggrann bedömning, uteslut andra orsaker, pröva icke-farmakologiska insatser och följ symtomen över tid innan slutlig diagnos sätts.

Han kom senare att bli en framträdande kritiker av DSM-5. Detta efter att han trots försök att begränsa överdiagnostik och behandling med DSM-IV sett vad han kallar för inflation av antalet personer som fått exempelvis diagnos ADHD, autism, bipolär II, depression. 2013, samma år som DSM-5 publicerades, gav han ut boken *Saving Normal: An insiders revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis* (3).

Kritiken av DSM

På APA 2024 lyssnade jag på Michael First. Mitt intryck var en något uppgiven auktoritet som, när DSM kritiserades från olika håll, vände frågan tillbaka mot publiken: “Har någon förslag på bättre verktyg? HiTOP och RDoC har inte infriat förväntningarna.”

Hur man använder DSM och ICD är därför central. Klassifikationens plats i diagnostiskt arbete måste diskuteras öppet – inte som dogmer utan som verktyg med begränsningar.

I klinisk vardag blir problemen konkreta. Många mottagningar ägnar stor kraft åt triagering och använder en uppsjö av frågeformulär. Dessa kan användas med omdöme – eller utan. En deskriptiv symtombeskrivning tillsammans med siffror från flera formulär kan få en tyngd som skymmer sikten. Jag har kritiserat MINI (4) i detta sammanhang. Om det används mekaniskt enligt manualen blir resultatet ofta en stark överinklusion i antal diagnoser. Den idag vanligaste remissen inom både barn- och vuxenpsykiatri rör ADHD. Det är ofta bifogat kriterier (ASRS, DIVA) och patientens egen uppfattning är



som regel att det finns stort lidande och funktionsnedsättning. Patienter med koncentrationssvårigheter kommer ofta med självtestresultat och remissformulär som visar många kryss i rätt rutor. Prevalensen, på flera håll, överstiger med råge både nationella och internationella epidemiologiska studier. Strukturerade formulär fångar mönster men om vi stannar vid kryssrutorna riskerar vi att missa sömnbrist, stress, relationsproblem eller trauma.

Individens betydelse

Det är viktigt att försöka bilda sig en uppfattning om individen bakom symtomen. Personliga drag färgar av sig i alla symtom-sammansättningar; mycket ängsliga individer "scorar" högt på många skalor och riskerar att lämnas med en bukett diagnoser. På andra sidan finns de som jag kallar biljardbollpsyken – hård yta, risk för dissimulation – där t.ex. låga MADRS-poäng måste tolkas i ljuset av personlighet. Begåvning och intellekt påverkar också hur symtom uttrycks och tolkas.

Etiologin tycker jag måste få större plats. Deskriptiv diagnostik har ofta skyggglappar för varför ett lidande uppstått. Många patienter lever med frågan "varför?" – särskilt de med upprepade trauman. ACE-studier (*Adverse Childhood Experiences*) (5) har på ett övertygande sätt visat på tydliga samband mellan ACE och senare psykiska och somatiska problem. Även prospektiva studier, som den sedan 70-talet pågående *Nyzeeländska Dunedins-studien* (6), visar tydliga samband mellan "childhood adversity" och senare psykopatologi. Detta är inte perifert; det bör påverka både bedömning och behandling.

Samtidigt finns paradoxen att vissa tillstånd riskerar underdiagnostik, exempelvis psykotiska syndrom i vissa kontexter, vilket *våra danska kollegor* (7) pekat på. En som arbetar med psykiatrisk diagnostik måste därför kunna hantera osäkerhet. Jag välkomnar flitigare användning av UNS/NUD och Z-koder i ICD i tidigt skede

Tre konkreta förslag att införa i nationella riktlinjer:

1. Integrera LEAD som rekommenderad metod vid osäker eller komplex presentation.
2. Formalisera "stepwise diagnosis" och "watchful waiting" med tydliga tidsramar och uppföljningsplaner.
3. Utöka diagnostikens kontextfält: obligatorisk dokumentation av livshändelser, funktion, kultur och möjliga utlösande faktorer.

Diagnoser behövs för forskning, behandling och resursfördelning. Men låt oss återerövra diagnosens roll som verktyg – en

med patienten gemensam karta som hjälper oss navigera. Diagnostik är ett gemensamt arbete som i de allra flesta fall även fungerar terapeutiskt. I en tid när information är ett klick bort behöver vi mer klinisk klokskap och omdöme. Låt Kliniska riktlinjer för psykiatrisk diagnostik spegla detta – annars riskerar vi fortsätta förvärra problem med överdiagnostik, samsjuklighet och reifiering.

Herman Holm

Senior psykiater

Verksam Mariehamn, Åland

Referenser

1. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry*. 1983;24(5):399–411. doi: 10.1016/0010-440x(83)90032-9.
2. Tyrer P., Robert Spitzers legacy. Agreement is halfway to truth. *BJPsych Bulletin* (2018) 42
3. Recension av boken *Saving Normal: An Insider Revolts Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* *The British Journal of Psychiatry*, Volume 204, Issue 1, January 2014, pp.
4. Herman Holm. Dags att skrota M.I.N.I. i kliniskt arbete. Kritik av MINI Intervjun, *Svensk Psykiatri* nr 1 2025 s. 76–78.
5. Vincent J. Felitti et.al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine* May 1998, Pages 245–258
6. Gehred et al. (2021). Long-term Neural Embedding of Childhood Adversity in a Population-Representative Birth Cohort Followed for 5 Decades. *Biological Psychiatry* 2021
7. Carter, J. W., Nordgaard, J. & Parnas, J. Identifying non-affective psychosis in first admission patients: MMPI-2, structured diagnostic interview, and consensus lifetime best estimate *Psychiatry Research*. 2019, p. 71–76.



Foto: Shutterstock/NShaked

En kongress som inte går att missa Nordic Congress of Pscyhiatry i Uppsala maj 2027

Nästa år bjuder vi in till Nordic Congress of Pscyhiatry (NCP) i Uppsala. Den andra internationella kongressen där Sverige agerar värdland i närtid. Med en målsättning att ge ny kunskap, stärka gamla och skapa nya samarbeten i både Sverige och internationellt, ser vi fram emot att välkomna er till NCP den 13–14 maj 2027 när våren är som vackrast i Uppsala. Programmet är under utveckling och kommer snart att presenteras.

Det internationella arbetet ökar

Det internationella arbetet har tydligt stärkts i SPF sedan beslutet vid årsmötet 2023 om att ge rollen *internationell sekreterare* som tilläggsuppdrag till någon i styrelsen, år 2023–2025 till Jonas Eberhard och sedan 2025 till Tove Mogren. Det ökade aktiva internationella arbetet har bland annat bidragit till att Sverige är värdland för den stundande internationella kongressen *World Congress of Psychiatry (WCP)* som kommer äga rum i Stockholm den 23–26 september i år. Det har också bidragit till ett starkt arbete i *European Psychiatric Association (EPA)* kopplat till Karl Lundblads och Matilda Naesströms arbete med utbildningsfrågor, delvis kopplat till Kunskapstestet. Även i *Nordic Psychiatric Association (NPA)* har det internationella engagemanget ökat och det är därför extra roligt att Sverige 2027 är värdland för Nordic Congress of Psychiatry som är NPA:s gemensamma kongress som anordnas en gång vart tredje år, senast 2024 i Riga. Stafettpinnen har nu gått vidare till Sverige.

Sköna maj i Uppsala välkommen

Programmet är under utveckling, delvis via SPF:s och NPA:s styrelser men också via en lokal vetenskaplig kommitté. Kongres-

sen kommer att äga rum i *Universitetshuset* i Uppsala. Den vackra byggnaden från 1887 har flera mindre och en stor föreläsningssal. Kopplat till den stora aulan i huset med dess möjligheter att samla många deltagare har vi beslutat att främst lägga programmet i den. Vi planerar också en *större posterpresentation samt postertävling* och ser fram emot just din poster! Mer information om detsamma inom kort. Det är extra roligt att NCP 2027 äger rum i Uppsala kopplat till att universitetet nästa år firar 550 år.

Vad är väl en bal på slottet...

En kongress är ju inte heller en festlig middag och denna gång kommer en *trerätters middag erbjudas till extra kostnad på slottet* i Uppsala den 13 maj. Både musik och undehållning planeras och miljön bådär för att kvällen på slottet inte alls blir tråkig utan alldeles, alldeles underbar.

En kongress kan göra skillnad

I korthet kommer NCP 2027 bli en kongress som inte går att missa. Platserna kommer emellertid vara begränsade så håll utkik för möjlighet till anmälan. Vi ser fram emot att se er i Uppsala nästa år, på WCP i höst och förstås på SPK både i år och nästa år i mars, för att öka kunskapen och stärka gamla samt skapa nya samarbeten för att vi i SPF ska bidra till att stärka den psykisk hälsan i Sverige och vidare.

Maria Larsson

Ordförande emerita Svenska Psykiatriska Föreningen, sekreterare
Nordic Psychiatric Association



Aktuella avhandlingar

Longg-term Mental Health and Multimorbidity Outcomes in 22q11.2 Deletion Syndrome

A Comprehensive Study from Childhood to Adulthood

Lena Wallin
Göteborgs universitet
2025

22q11.2 deletionssyndromet – en uppföljningsstudie från barndom till vuxen ålder

Bakgrund

22 Q11.2 deletionssyndromet (22Q11.2DS) är ett genetiskt tillstånd som påverkar både somatisk och mental hälsa. Det orsakas av att en liten del på ena kromosom 22 saknas och är det vanligaste kända mikrodeletionssyndromet som drabbar cirka 1 på 2000–4000 nyfödda. Det finns troligtvis en underdiagnostik eftersom kunskapen om tillståndet är begränsad. Syndromet kan påverka flera organsystem och ge upphov till fysiska, intellektuella och psykiatriska problem, och samsjuklighet är mycket vanligt. Medfödda hjärtfel, gomfel, hormonella och immunologiska störningar är vanligt. Dessutom förekommer oftare neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NDD) som autism, ADHD och intellektuell funktionsnedsättning, samt en ökad risk för psykiska problem som ångest, depression och schizofreni. Trots att många studier har undersökt kognitiva, psykiatriska och utvecklingsrelaterade aspekter av 22Q11.2DS hos barn och ungdomar finns det begränsat med longitudinell forskning som följt dessa faktorer över längre tid och i vuxen ålder. Särskilt saknas studier med fokus på vardagsfunktion.

Syfte

Avhandlingens huvudsakliga syfte var att undersöka utveckling och hälsa hos en grupp på 79 från en ursprunglig grupp på 100 personer med 22Q11.2DS, som har följts från barndom till vuxen ålder.

Studie I fokuserade på kognitiv funktion samt förekomst av autism, ADHD och andra psykiatriska tillstånd. Dessa mätt jämfördes avseende förekomst och stabilitet med uppgifter insamlade under barndomen.



Foto: Privat

I *studie II* undersöktes upplevelse av obehag vid ögonkontakt och strategier för att hantera detta. Även sambandet mellan självrapporterat obehag och hur deltagaren riktar blicken mot ansikten studerades samt hur upplevelse av ögonkontakt hänger samman med NDD, psykiatriska problem, vardagsfunderande och IQ.

I *studie III* undersöktes hur intellektuell och visuomotorisk funktion utvecklas över tid samt kartlades adaptiv funktion och den psykosociala situationen. Studien syftade också till att analysera hur faktorer vid T1 – såsom FSIQ, neuropsykiatriska diagnoser och exekutiva svårigheter – hänger samman med senare intellektuell och adaptiv funktion samt psykosutveckling. I *studie IV* gjordes klinisk utvärdering och beskrivning av hälsan från barndomen till vuxen ålder. Fokus låg på somatisk hälsa och kontakter med sjukvården.

Metod

Deltagarna tillsammans med en förälder bjöds in att delta. Vid uppföljningen genomfördes neuropsykologiska tester och strukturerad intervju och deltagare och förälder fick besvara skattningsformulär. De fick också besvara frågor om upplevt obehag vid ögonkontakt. Uundersökning av ögonrörelser och ansiktsprocessande genomfördes med Eyetracking. Diagnostiken baserades på den sammantagna kliniska bedömningen.

Resultat

I *studie I* konstaterades hög förekomst av ångest, depression och psykos i vuxen ålder vid 22Q11.2DS. Jämfört med andra studier var dock psykos mindre vanligt.

Studie II visade att personer som rapporterade obehag vid ögonkontakt hade mindre ögonkontakt med neutrala ansikten och också en svagare lateralisering av det system som bearbetar ansikten. Gruppen som rapporterade obehag vid ögonkontakt hade dessutom lägre nivå av vardagsfungerande skattat med GAF.

I *studie III* fann vi att en majoritet hade behov, i varierande grad, av stöd och anpassningar i vardagen, gällande exempelvis boende, fritid, sysselsättning och i att hantera sin ekonomi. Avseende intellektuell förmåga noterades stabil intellektuell funktion på gruppnivå, men för kvinnor sågs en signifikant minskning. Den visuomotoriska förmågan minskades signifikant för både män och kvinnor. En ojämn IQ-profil med hö-

gre verbal än perceptuell IQ hade ökat vid uppföljning i vuxen ålder. Funktion i vuxen ålder var positivt kopplat till intellektuell förmåga i barndomen men negativt kopplat till psykos.

Studie IV visade hög förekomst av somatiska problem som medfödda hjärtfel och gomfel, autoimmuna och hormonella sjukdomar, hörselnedsättningar med flera medicinska tillstånd. Många hade flera samtidiga somatiska och psykiatriska problem och behov av många hälso- och sjukvårdskontakter.

Slutsatser

Sammantaget visar denna forskning på den komplexa kliniska bilden vid 22Q11.2DS, med många somatiska och psykiatriska utmaningar. NDD och psykiatriska tillstånd är vanligt i vuxen ålder vid 22Q11.2DS och tenderar att öka i förekomst över tid. Självrapporterat obehag vid ögonkontakt framstår som ett möjligt mått på sociala och kommunikativa svårigheter. Trots att den genomsnittliga IQ-nivån är stabil ses individuella intellektuella försämringar, vilket kan leda till att personers förmågor överskattas. Särskilt en minskning i verbal IQ kan tyda på ökad sårbarhet för psykos. Samtidiga somatiska, neuropsykiatriska och andra psykiatriska problem är vanligt förekommande.

Det är tydligt att det finns ett behov av multidisciplinär och samordnad vård för att stödja denna grupp, vilket kräver samarbeten mellan olika professioner och samhällsområden.

Foto: Shutterstock/Chinnapong





Aktuella avhandlingar

Equity in Mental Healthcare Use in Sweden: Needs-Adjusted Utilisation Rates, Trends, and Modifiable Factors

Joseph Junior Muwonge
Karolinska Institutet
2026

Psykisk ohälsa kan påverka på många sätt: i skolan, på arbetet, i familjelivet och i sociala relationer. Tidiga insatser i samhället, skolan, arbetslivet och från hälso- och sjukvården är centrala för att förebygga att symtomen förvärras och för att förbättra livskvaliteten. När en person drabbats av psykisk ohälsa finns det effektiva behandlingar men bara en del av dem med behov får vård. Bland dem som kontaktar sjukvården är det oklart om vården ges på lika villkor, alltså utifrån vårdbehov, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna avhandling undersökte tre forskningsfrågor:

- Används vård för psykisk ohälsa jämnt bland ungdomar och vuxna med liknande självrapporterad ohälsa?
- Hur har sociala skillnader i vårdanvändning för psykisk ohälsa förändrats över tid, inklusive under covid-19-pandemin?
- Om ojämlikhet råder, vilka påverkbara faktorer kan minska skillnader i vårdanvändning för psykisk ohälsa?

Forskningsfrågorna besvarades genom att analysera vårdanvändning för psykisk ohälsa hos personer som hade svarat på enkäter om sin psykiska ohälsa. Ungdomar och vuxna med lägre socioekonomisk position (t.ex. ungdomar vars föräldrar har låg utbildning) hade sämre psykisk hälsa än andra. I linje med det större vårdbehovet, använde ungdomar och vuxna med lägre socioekonomisk position mer vård för psykisk ohälsa än de med högre socioekonomisk position. Det fanns dock vissa undantag: ungdomar med lägre socioekonomisk position använde mindre vård för problem som depression och ångest, och vuxna med låg utbildning använde mindre primärvård för psykisk ohälsa.

Även vid liknande självrapporterad ohälsa, använde personer födda utanför Norden mindre vård för psykisk ohälsa än



Foto: Privat

svenskfödda, och denna ojämlikhet ökade särskilt under pandemin. Påverkbara faktorer som skulle kunna minska ojämlikheten inkluderar kostnader för vårdbesök och läkemedel, hur väl personer känner till och kan hitta rätt vård, tillit till vården samt andra hinder hos utrikesfödda i utsatta områden med hög andel utrikesfödda och låg tillit till offentliga institutioner.

Sammanfattningsvis tycks vårdanvändningen för psykisk ohälsa i Sverige vara relativt jämlig, men inte för utrikesfödda. Skillnaderna beror inte på olika vårdbehov, utan på hinder i att söka och få tillgång till vård. Åtgärder som minskar dessa hinder kan bidra till att uppfylla Sveriges mål om jämlig vård för alla, baserat på vårdbehov.

Viktig information om nya förpackningsstorlekar för **Attentin**[®]

(Dexamfetaminsulfat) tabletter.

Information till hälso- och sjukvårdspersonal

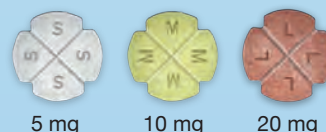
Vi vill informera dig om att from den 1 december 2025 tillhandahålls Attentin tabletter i följande förpackningsstorlekar:

- Attentin 5 mg, 28 stk^{NY} Varunummer 135719
- Attentin 5 mg, 98 stk^{NY} Varunummer 041438
- Attentin 10 mg, 50 stk Varunummer 140377
- Attentin 20 mg, 28 stk^{NY} Varunummer 410892

Säkerhetsåtgärder

Attentin tabletter är de enda tabletter som tillhandahålls i tre styrkor med olika färgsättning. Övriga läkemedel med samma aktiva substans tillhandahålls som

vita tabletter. Varje tablett har dessutom märkningarna **S**, **M** eller **L** präglat på undersidans fjärdedelar. Syftet med dessa åtgärder är att underlätta skillnad mellan styrkorna och därmed öka säkerheten vid dositering.



Om ni har några frågor eller behöver ytterligare information, tveka inte att kontakta oss på **040-628 82 70** eller info@medicenordic.se

Kom ihåg att förskriva rätt förpackningsstorlek.



- ❖ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.
- ❖ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket, Box 26, 751 03 Uppsala, www.lakemedelsverket.se

Fullständig produktresumé finns på www.fass.se www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplld=2011072100068

Attentin[®] (dexamfetamin) är ett receptbelagt, centralstimulerande läkemedel. Tabletter 5 mg, 10mg samt 20mg.

Indikation: Dexamfetamin är avsett för barn och ungdomar i åldern 6 till 17 år som del av ett omfattande behandlingsprogram vid ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) när svar på tidigare behandling med metylfenidat bedöms vara kliniskt otillräckligt. Behandling ska ske under överinseende av specialist inom beteendestörningar hos barn- och/eller ungdomar.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, glaukom, feokromocytom, symtomatisk kardiovaskulär sjukdom, strukturell hjärtsjukdom och/eller måttlig eller svår hypertoni, hjärtsvikt, pulsåderförträngning, angina, hemodynamiskt signifikant medfödd hjärtsjukdom, kardiomyopati, hjärtinfarkt, potentiellt livshotande arytmier och kanalopati (sjukdomar orsakade av en dysfunktion i jonkanaler) framskriden arterioskleros, samtidig användning av monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare) eller inom 14 dagar efter behandling med MAO-hämmare, hypertyreos eller tyreotoxikos, svår depression, anorexia nervosa/anorektiska störningar, hyperexcitabilitet, självmord-tankar, psykotiska symtom, svår och episodisk (typ I) bipolär (affektiv) sjukdom (som inte är

väl kontrollerad), schizofreni, psykopatisk/borderline. Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. personlighetsstörning, tourettes syndrom eller liknande dystonier, cerebrovasculära sjukdomar (cerebral aneurysm, kärl-rubbningar inklusive vaskulit eller stroke), porfyri, tidigare narkotika- eller alkoholmissbruk. **Mycket vanliga biverkningar:** minskad aptit, minskad viktuppgång och viktnedgång under långvarig användning hos barn.

Vanliga biverkningar: arytmier, palpitationer, takykardi, buksmärta och kramper, illamående, kräkningar, muntorrhet, förändringar i blodtrycket och hjärtfrekvensen (vanligtvis förhöjningar), artralgi, vertigo, dyskinesi, huvudvärk, hyperaktivitet, onormalt beteende, aggression, excitation, anorexi, ångest, depression, irritabilitet. För ytterligare information och priser se www.fass.se Senaste översyn av SmPC 2025-04-11. Medice Nordic Sweden AB, info@medicenordic.se, tel. 040-628 82 70

Attentin subventioneras endast när svar på tidigare behandling med metylfenidat bedöms kliniskt otillräckligt.



Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatrin

Arbetet med Kloka Kliniska Val (KKV) inom vuxenpsykiatrin har pågått sedan 2024 (1–2). I denna artikel redovisar arbetsgruppen de rekommendationer som kommer att presenteras på SPK 2026.

Vad är KKV?

Kloka Kliniska Val (KKV) är den svenska versionen av det internationella initiativet Choosing Wisely (3–4). Ett syfte är att identifiera och utmönstra så kallad lågvärdevård – åtgärder eller behandlingar som har låg nytta för patienten (5). Arbetet vilar på att läkarprofessionens specialitetsföreningar identifierar åtgärder att utmönstra inom sin specialitet. Flera specialitetsföreningar har redan publicerat sina rekommendationer (6). En annan hörnsten inom KKV är att främja en ökad dialog mellan patient och vårdpersonal om vilka åtgärder som faktiskt bidrar till nytta i varje enskilt fall. Delat beslutsfattande utgör en central del i en sådan dialog och Socialstyrelsen har nyligen rekommenderat ett arbetsmaterial för detta just inom psykiatrin (7).

Nationellt arbete med KKV

I Sverige bildade Svenska Läkaresällskapet en arbetsgrupp för KKV år 2020. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja utmönstringen av lågvärdevård och SBU har tagit fram kunskapsunderlag. Myndigheternas rapporter är nyligen publicerade (8–9). Principen inom KKV är dock uttryckligen att engagemanget ska vara gräsrotsdrivet och ledas av professionen, men det behövs givetvis ett samspel. För att underlätta har KKV-gruppen inom SLS utformat ett ”startkit” som består av ett antal informationsfilmer samt utbildnings- och väntningsmaterial (10).

Arbetet inom vuxenpsykiatrin

Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen har gett en arbetsgrupp i uppdrag att arbeta med KKV inom vuxenpsykiatrin. I första hand har fokus varit att utforma egna KKV-rekommendationer. Arbetet inleddes med en workshop på SPK

2024, följt av en presentation av preliminära rekommendationer i Svensk Psykiatri. Under 2024 och 2025 genomfördes fyra öppna digitala workshops, och de preliminära rekommendationerna presenterades även vid SPK 2025. Omarbetningar av materialet har skett fortlöpande utifrån återkoppling som inkommit. Arbetsgruppen har därefter utformat rekommendationerna under 2025. I sitt arbete har arbetsgruppen hämtat inspiration från Kanadas lista inom psykiatri (11) och vi har även varit i kontakt med motsvarande ansvariga i Norge, samt andra specialitetsföreningar i Sverige.

Rekommendationerna

Rekommendationerna presenteras i tabell 1. Varje rekommendation ackompanjeras av en förklarande text samt referenser för vidare läsning. Notera att rekommendationerna är just rekommendationer. Likt alla vårdens riktlinjer kan de endast användas för att staka ut en riktning i det kliniska beslutsfattandet, men de utgör inga dekret som ska följas utan eftertanke. Snarare är den generella strävningen inom KKV att främja en omdömesgill, individanpassad och värdeskapande vård där patientens behov och hela livssituation står i centrum. Rekommendationerna vill uppmana till ett samlat ansvar för patienten, samt återhållsamhet med behandlingar, åtgärder och diagnostik som inte tillför tydligt värde. Särskild vikt läggs vid att undvika insatser som patienten inte kan tillgodogöra sig eller som riskerar att göra mer skada än nytta. Genom detta förhållningssätt kan KKV bidra till en mer hållbar, patientsäker och långsiktigt värdeskapande psykiatrisk vård.

Hur ska detta användas?

Vuxenpsykiatrin verkar i ett sammanhang präglad av komplexa patientbehov, begränsade resurser och ett ökande tryck på standardisering, produktion och snabba lösningar. Samtidigt finns en växande kunskap om riskerna med överdiagnostik, överbehandling och åtgärder som inte tillför verkligt värde för



patienten. Mot denna bakgrund finns ett tydligt behov både av KKV:s principer och de konkreta rekommendationerna.

Rekommendationerna ska fungera som *ett professionellt stöd* i situationer där det kan vara motiverat att avstå från vissa åtgärder, trots förväntningar från patienter, kollegor, organisation eller riktlinjer och vårdprogram. Därigenom ger rekommendationerna också ett *viktigt underlag för dialog* med patienter eller allmänhet om varför vissa undersökningar, diagnoser eller behandlingar inte föreslås.

Rekommendationerna ska dessutom fungera som *inspiration och vägledning* för professionen, inte minst för yngre kollegor, genom att tydliggöra vad som är centralt i god psykiatrisk vård bortom rutiner och checklistor. De *markerar också gentemot beslutsfattare, politiker och vårdledning* vad som är avgörande för kvalitet, patientsäkerhet, rättvis resursfördelning och värdeskapande inom vuxenpsykiatrin.

Sammantaget bidrar KKV till att stärka det professionella mandatet och att rikta fokus mot det som verkligen gör skillnad för patienten.

Arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri

Johan Bengtsson

ST-läkare i psykiatri, Region Uppsala, postdoc inst. för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet, johan.bengtsson@neuro.uu.se

Behroz Dehdari

Specialistläkare i psykiatri, Stockholm

Emma Fagerstedt

ST-läkare i psykiatri, Region Östergötland

Martin Hultén

Specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Skåne

Lena Nylander

Specialistläkare i psykiatri, Region Skåne

Markus Ljungman

Specialistläkare i psykiatri (inriktning beroende), Region Stockholm

Sofia Thulin

Specialistläkare i psykiatri (inriktning psykos), Region Stockholm

(Tidigare ingick även Peter Valverius, specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Blekinge samt Herman Holm, specialistläkare i psykiatri, Åland)

Referenser

1. <https://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2024/12/SP-nr-4-2024-till-hemsidan.pdf>
2. <https://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2025/03/Svensk-Psykiatri-nr-1-till-hemsidan.pdf>
3. <https://www.choosingwisely.org>
4. <https://forening.sls.se/kkv>
5. Guan Y, Song S, Wu H, et al. Low-value care: an evolutionary concept analysis. *Interdisciplinary Nursing Research*. 2024;3:109-18 <https://doi.org/10.1097/nr9.0000000000000059>
6. <https://forening.sls.se/kkv/halso-sjukvardspersonal/rekommendationer>
7. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/delat-beslutsfattande-vid-psykiatriska-tillstand-och-psykisk-funktionsnedsattning--rekommendation-och-kunskapsstod-till-halso--och-sjukvarden-och-socialtjansten-2025-3-9328/>
8. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/sa-vill-socialstyrelsen-minska-onodig-varld/>
9. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/utmonstring---en-kartlaggning-av-systematiska-oversikter/?pub=112013>
10. <https://forening.sls.se/kkv/halso-sjukvardspersonal/startkit>
11. <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/psychiatry/>



REKOMMENDATION	FÖRKLARANDE TEXT	REFERENSER/ VIDARE LÄSNING
1. Undvik att för snabbt ställa diagnos eller sätta in behandling.	Tidig eller förhastad diagnos kan leda till stigmatiserande etiketter, felaktiga förväntningar på sjukdomens förlopp och onödig läkemedels- eller terapiinsats – vilket i sig kan skada patienten. Att först ta noggrann anamnes, göra en upprepad bedömning och överväga differentialdiagnoser minskar risken för överdiagnostik och felbehandling. En försiktig, stegvis utredning ger också utrymme för uppföljning, delaktighet och bättre matchning mellan symtom och lämpliga åtgärder. För att möjliggöra detta bör kontinuitet uppvärderas organisatoriskt och aktiv expektans tillämpas. Inom akutsjukvården bör diagnostiska resonemang kring långvariga tillstånd göras med stor försiktighet. Om det finns ett adekvat underlag kan en preliminär diagnos journalföras. Observera att denna rekommendation inte gäller akuta situationer.	Finns på hemsidan www.svenskpsykiatri.se Ref 1.
2. Undvik att ställa flera diagnoser om patientens besvär tillräckligt bra beskrivs av en diagnos.	Varje ny diagnos innebär ofta ytterligare behandlingar och risker för etikettering – ibland utan att det tillför någon tydlig ny förståelse eller hjälp. "Polydiagnostik" kan också leda till förvirring hos patienten och splittrad vård. En grundlig helhetsbedömning med fokus på funktion, lidande och patientens problembeskrivning samt att i första hand utgå från befintlig diagnos bidrar till tryggare, mer etisk och ändamålsenlig vård.	Ref 2.
3. Undvik att ställa diagnos eller påbörja behandling utan en planerad uppföljning.	Psykiatriska tillstånd har ofta ett fluktuerande och långvarigt förlopp, och både diagnostik och behandling kräver uppföljning för att kunna utvärderas och justeras. Studier visar att bristande kontinuitet och utebliven uppföljning är associerat med sämre behandlingsresultat, ökad risk för återinskrivning, försämrad funktionsnivå och ökad suicidrisk. Planerad uppföljning är särskilt viktigt vid nysatt behandling eller ny diagnos, då tidig omprövning kan minska risken för felbedömning, biverkningar eller avbruten vårdkontakt.	Ref 3.
4. Undvik läkemedel vid tillfällig ångest eller sömnsvärigheter innan adekvat egenvård.	Vid tillfällig ångest eller sömnsvärigheter bör läkemedel undvikas som förstahandsåtgärd eftersom symtomen ofta är självbegränsande och svarar väl på egenvård såsom expektans, sömnhygien, fysisk aktivitet och psykoedukation. Tidig läkemedelsbehandling – särskilt med snabbverkande sedativa – kan öka risken för beroende, tolerans och undvikandebeteenden. Även icke-beroendeframkallande preparat som prometazin eller hydroxizin har biverkningar som måste utvärderas ur en risk-nyttobalans. Genom att först stärka egenvårdsstrategier främjas återhämtning, autonomi och minskad läkemedelsexponering.	Ref 4.
5. Undvik antipsykotiska läkemedel som behandling av sömnsvärigheter.	Vid sömnstörningar har atypiska antipsykotika i lågdos fått en ökad plats i behandlingsarsenalen, vilket inte är helt riskfritt. Biverkningar såsom viktuppgång, fetma och metabola komplikationer är dosberoende. Vid demens och samtidig användning av atypiska antipsykotika ökar risken för cerebrovasculära händelser och dödsfall. Sömnsvärigheter kan behandlas utan läkemedel. Innan läkemedelsbehandling övervägs bör patienten först ha genomfört adekvat egenvård, såsom fasta sömnrutiner, ej sova dagtid, se till att få dagsljus och fysisk aktivitet. Observera att rekommendationen inte riktar sig till patienter med samtidig psykos, mani eller liknande.	Ref 5.



6. Undvik antidepressiva läkemedel som förstahandsbehandling vid lindrig depression.	Effekten av antidepressiva läkemedel är svag vid lindrig depression. Istället för antidepressiva bör kontinuerligt stöd och uppföljning samt psykosociala insatser, livsstilsförändringar, fysisk aktivitet och/eller psykoterapi erbjudas. Detta identifierar bakomliggande orsaksfaktorer som är viktiga för fortsatt bedömning och behandling och undviker läkemedelsbiverkningar. Antidepressiva läkemedel kan vara motiverade även vid lindrig depression om det finns tidigare episoder av mer uttalad depression eller när andra insatser inte har gett tillräcklig effekt. Nedstämdhet som inte är depression bör inte behandlas alls med antidepressiva, eftersom risknyttoeffekten inte är utvärderad för denna grupp.	Ref 6.
7. Undvik att rutinmässigt behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel.	Att behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel (så kallad kaskadföreskrivning, eng. prescribing cascade) ökar polyfarmaci, interaktioner och risken för ytterligare biverkningar och sjukhusvård. Utred först om symtomen är läkemedelsrelaterade, överväg dosminskning eller utsättning samt icke-farmakologiska åtgärder innan nytt läkemedel läggs till. Detta minskar onödig läkemedelsexponering och förbättrar patient-säkerheten.	Ref 7.
8. Undvik att ge läkemedel med kognitiv påverkan till patienter med begränsade kognitiva resurser.	De flesta psykofarmaka (inklusive valproinsyra och pregabalin) kan ha en kognitiv påverkan, men vissa är mer uttalade. Läkemedel med antikolinerga och/eller sederande effekter kan försämra uppmärksamhet, minne och orientering hos patienter med redan begränsade kognitiva resurser. Därför bör sådana läkemedel undvikas eller minimeras och icke-farmakologiska alternativ prioriteras för att reducera risken för kognitiv försämring, förvirring och fall.	Ref 8.
9. Undvik att rutinmässigt beställa neuroradiologiska undersökningar (CT eller MR) vid förstagångsinsjuknande i psykos.	<p>Rekommendationen avser inte fall där det föreligger tecken på intrakraniell patologi, exempelvis huvudvärk, illamående och kräkningar.</p> <p>Flera studier visar att rutinmässig neuroradiologi vid förstagångsinsjuknande i psykos inte ger fynd som förändrar den kliniska behandlingen på ett meningsfullt sätt. Riskerna med strålningsexponering måste vägas mot den tveksamma nyttan av undersökningen. Undersökningen konsumerar också resurser (tid, pengar) som kan användas bättre.</p> <p>En nyligen genomförd meta-analys uppmuntrar visserligen till MR för alla patienter med förstagångspsykos, men studien undersökte inte om kliniska tecken eller symtom på intrakraniell patologi förelåg. Slutsatserna baserades på att man fann MR-avvikelse hos 5,9 procent av patienterna med förstagångspsykos, vilket föranledde ytterligare neuroradiologi eller remiss till neurolog, snarare än förändringar i behandlingen av psykosen. Risken för överdetektion av incidentella fynd utan klinisk betydelse måste också vägas in.</p>	Ref 9.
10. Undvik att följa riktlinjer utan att använda ditt omdöme för att anpassa dem till din patients behov och önskemål.	Riktlinjer är viktiga för vården, men måste tolkas i ljuset av den enskilda patientens förutsättningar. I psykiatri riskerar standardiserade rutiner att få en normstyrande kraft som i komplexa och situationsbundna mänskliga möten tränger undan såväl kliniskt omdöme som personcentrerad – två hörnstenar i evidensbaserad praktik. Att okritiskt följa rutiner kan leda till tidsbrist, överdiagnostik, överbehandling eller resursslöseri, samt till att viktiga individuella problem förbises. Det finns också risk för slentrianmässig paternalism som strider mot patientlagens uppmaningar om delaktighet och samtycke.	Ref. 10



Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) bedriver viktiga internationella samarbeten, vara ett centralt sådant är med de övriga nordiska psykiatriska föreningarna. Åtta gånger om året utkommer Nordic Journal of Psychiatry, en vetenskaplig tidskrift som är en del av detta samarbete.

Som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen har du möjlighet att ta del av utkomna artiklar och instruktioner för att komma åt dessa finns här:

<https://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/nordic-journal-of-psychiatry/>

Årets första och andra utgåvor innehåller en mängd spännande artiklar där dessa tre exempel från Sverige är högst relevanta för många av våra medlemmar:

Diagnostic accuracy of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Swedish young adult outpatients in general psychiatry

Lenninger S, Isaksson J, Ramklint M och Ramirez A.

Nord J Psych 2026 1: 27–34.

En studie där AUDIT jämförs med intervjuverktyg för att testa psykometriska egenskaper för att upptäcka skadlig användning av alkohol. I studien redovisas goda egenskaper för detta screeninginstrument hos unga vuxna i Sverige vid två olika tidpunkter.

Influence of sex and depressive symptoms on diagnostic delay of attention deficit hyperactivity disorder in adolescent psychiatric patients

Ntini I, Nilsson K, Ramklint M, Gustafsson SA och Sonnby K.

Nord J Psych 2026; 1: 35–41.

En studie som undersöker fördröjning av ADHD-diagnos utifrån kön samt om depressiva symtom bidrar till fördröjning. Huvudresultatet är att flickor har tre gånger längre fördröjning till ADHD-diagnos jämfört med pojkar samt att depressiva symtom fördröjer diagnos enbart hos flickor.

No differences in treatment response between atypical depression and major depressive disorder after repetitive transcranial magnetic stimulation in a clinical sample

Bengtsson J, Svensson H och Blomqvist I.

Nord J Psych 2026; 2: 127–133.

Denna studie visar en påtaglig förbättring vid rTMS vid depression samt att subtypering atypisk depression inte predicerar annorlunda utfall än andra som får denna behandling.

Vi vill uppmuntra alla medlemmar att läsa dessa och andra bidrag som de finner intressanta samt även överväga att själv skicka bidrag till Nordic Journal of Psychiatry.

Författarinstruktioner och information om hur man skickar in artiklar finns på tidskriftens webbplats: <https://www.tandfonline.com/toc/ipsc20/current>

Steinn Steingrimsson

*Överläkare, docent och universitetslektor vid
Sahlgrenska Akademien*

Vetenskaplig sekreterare för Svenska Psykiatriska Föreningen

Jonas Eberhard

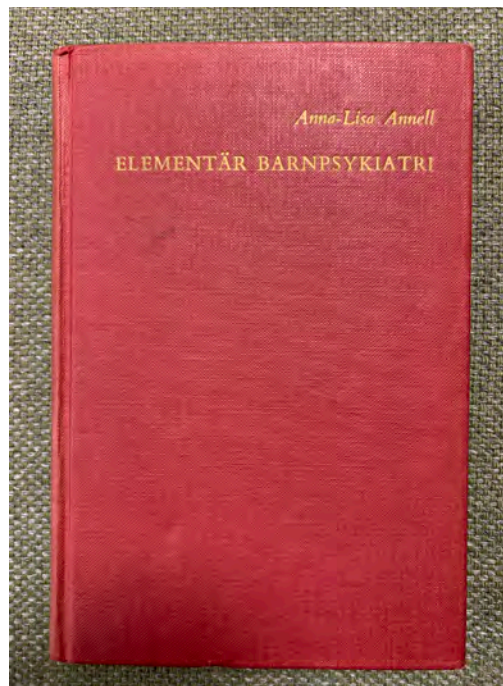
*Överläkare, docent och universitetslektor vid Skånes
Universitetssjukhus, Helsingborg*

*Ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen samt redaktör för
Nordic Journal of Psychiatry*

Miss a inte!

Inom ramen för det nordiska samarbetet kommer Nordic Congress of Psychiatry att hållas i Uppsala nästa år. Sätt redan nu av den 13–14 maj 2027 i din kalender och se artikel på sidan 41 för mer information!

En betraktelse av barnpsykiatri anno 1959



Ett par av de allra viktigaste uppgifterna vi har, som läkare och psykiatriker, är att hålla oss uppdaterade i aktuell forskning och ta del av beprövade erfarenheter. Vi måste ständigt vara beredda på att omvärdera det vi säger och gör i patientkontakten och under utredningen eller behandlingen, för att ge bästa möjliga vård. Men, behöver man blicka bakåt också? Behöver man ha medicinhistorien med sig för att kunna utföra ett förtjänstfullt patientarbete idag?

Svaret på dessa frågor är naturligtvis ”ja”. För egen del, med bara drygt tio år i specialiteten Barn- och ungdomspsykiatri, har detta inte varit självklart. Fokus har legat på all ny litteratur som finns i ämnet. Detta trots att jag inte upplevt någon annan era av barnpsykiatri än den nuvarande. Men när Kalle, sjuksköterska på mottagningen där jag jobbar, kom med boken *Elementär Barnpsykiatri* av **Anna-Lisa Annell, Norstedts, Stockholm 1959**, förstod jag. Den är inte bara en källa till resonemang och förklaringsmodeller som man kan dra på smilbanden åt, utan innehåller också en bakgrund till varför vården ser ut som den gör idag. Den består av sådant som vi är glada över att ha lämnat och annat som vi borde inspireras och använda oss av också idag. I den finns en del goda synsätt och behandlingar som verkar ha tappats bort trots att de fungerat.

För att anknyta till detta nummers tema, **helhet**; vi behöver historien, vara insatta i det vi vet idag och blicka framåt för att vara bra på det vi gör.

Barnpsykiatrins uppdrag

Boken riktar sig inte till specialister i barnpsykiatri utan till studenter och övriga specialitälkare. Jag undrar om den blev läst av sin målgrupp. I så fall måste intresset för barnpsykiatri ha varit större förr.

Redan i inledningen ramar den nya specialiteten från nittonhundrafemtioett in:

”Barnpsykiatri är relativt ung som en särskild medicinsk specialitet. Den hämtar sitt erfarenhetsmaterial från många olika områden, inom medicinen huvudsakligen från psykiatri och medicinsk psykologi, pediatrik, socialmedicin, rättspsykiatri och genetik, inom de humanistiska ämnena främst psykologi, pedagogik och sociologi. Dessutom påverkas den av den allmänna samhällsutvecklingen, av kulturella och ekonomiska faktorer och är nära beroende av utvecklingen av samhällets organisationer för skolväsen, socialvård m. m.”



Foto: Shutterstock/George Rudy

Beskrivningen känns i högsta grad aktuell. Den speglar den svåra roll barnpsykiatern har. Dels är man doktorn, barnläkaren som arbetar med den delen av kroppen som heter hjärnan och en del av dess sjukdomar. Neurobiologin och farmakologin är viktiga delar av vår kompetens. Men sen finns ju allt det andra som påverkar barnen och deras mentala hälsa. Och vi brottas ständigt med frågan: *Är detta psykiatri?* Kanske är det överläkarens vanligaste fras på behandlingskonferenserna. En viktig fråga. Kanske ställs den inte tillräckligt ofta ändå. Eller är det rimligt att vi har mer än tre gånger så många patienter nu än år tjugohundraåtta? Att vart tionde barn, två i varje klass som man sa om alkoholisterna i skolan, ska ha kontakt med barnpsykiatrin?

Uppfostrans betydelse för barnens psykiska hälsa

Föräldrarna och deras bemötande av barnen är grundläggande etiologi för psykiska störningar i boken. Man nämner föräldrar som inte älskar sina barn, och föräldrar som gör det men ändå begår *uppfostningsfel*. Beskrivningar av barnets olika utvecklingsfaser finns så klart med i Annells bok. Ett kapitel om småbarnsåren med trots, ett om skolåldern och ett om tonåren med prepubertala och pubertala kriser. Man känner igen dagens barn i beskrivningarna. Om de inte får utlopp för sina behov i de olika faserna störs utvecklingen kan man läsa. Om barnet inte får kladda eller trotsa kommer behovet att blomma ut i ett icke ålderadekvat beteende senare när möjlighet ges. Lösning: *kladdterapi*. När barnen fått kladda, snaska eller trotsa av sig släpper de detta och går vidare in i en mognare fas.

Förutom föräldrar som hindrar eller inte tillräckligt främjar barnens utveckling, skriver Anell om vuxna som pushar sina

barn till att lära sig saker som de inte är mogna för. Det rör sig bland annat om att lära sig tala, klättra, klippa eller gå på pottan. Hon påstår att det då tar längre tid för barnen att lära sig, och att de blir sämre i färdigheterna. Språkstörningar, grov- och finmotoriska avvikelser liksom enures och enkopres hotar i så fall, det hade tvillingstudier visat. Att föräldrarna behöver ha koll på utvecklingspsykologin för att veta vad som ska göras när och därigenom ge sitt barn en korrekt uppfostran med minskad risk för psykiska störningar är således ett grundläggande synsätt i boken.

En intressant detalj som nämns, är hypotesen om att antibiotikans intåg i behandlingen av infektioner ledde till färre och kortare behövliga pauser från vardagen med moderns ömma omsorger och kärlek några veckor då och då. Med antibiotikan förkortades sjukdomsperioderna och barnet och modern gick miste om chanser till ytterligare anknytning. Det har skett fler medicinska framsteg sedan boken skrevs, inte minst har vi ett ambitiöst vaccinationsprogram idag. Fler och fler barn blir hemmasittare, många föräldrar, inte minst kvinnor, läs mammor, är sjukskrivna för utmattning. Finns det ett behov av att lägga in fler pauser för att bryta av vardagsmönstret och främja kontakten mellan föräldrar och barn idag?

Vi får schablonartade beskrivningar av hur mödrarna till barn med olika sjukdomar var, även sådana tillstånd som vi kallar somatiska idag. Bland annat beskrivs mödrar till barn med astma, hudsjukdomar som psoriasis och rubbningar i digestionsapparaten som neurotiska med egna psykiatriska besvär. Man förordade terapi – för mödrarna.

Synen på barns sjukdomar och funktionsnedsättningar

Överhuvudtaget finns mycket somatik i boken. Vi får oss gedigna beskrivningar av organiska hjärnsjukdomar och hjärnlesionella syndrom liksom enures, enkopres, motoriska svårigheter, ämnesomsättningsrubbnings, inflammatoriska sjukdomar, allergier, astma och hudsjukdomar. Där får man se upp så man inte återinlärt fel. Det står till exempel att inflammatoriska tarmsjukdomar som ulcerös kolit vanligen debuterar i åldern sju till nio år och har psykiska så väl som somatiska orsaker. Föräldrarna till dessa barn beskrivs i boken som ambitiösa och präktiga, med för stora krav på barnen som framförs i "vänlighetens och den överdrivna omtankens form".

En viktig uppgift, som kanske hörs lite gammaldags idag, var bedömningen av skolmognaden. Syftet var att inte låta barnet utsättas för krav som det inte kunde uppfylla, utan vänta tills förutsättningarna fanns. I det obehagliga avsnittet om oligofreni, det vill säga bestående intellektuell utvecklingshämning, framkommer den självklara rättigheten för barn som har svårt att hänga med i skolundervisningen, att få sitta i mindre grupper med mer lärarstöd.

Oligofreniavsnittet, usch ja, där förekommer en terminologi som är ordentligt obehaglig. Ord som *idioter*, *obildbara* och *sinnesslöa* används. Jag måste citera en formulering kring *mongolida*, alltså barn med Morbus Down:

"Även om det verkligen är ett fall av mongolism, är som nämnts spädbarnsdödligheten hög. I de fall då barnet ej överlever, är det lyckligare för föräldrarna att få sörja sitt lilla barn som ett, som dött i t.ex. lunginflammation, än att sörja det i medvetande om att de satt ett barn till världen, som varit »idiot»."

Jag skulle kunna lyfta fram fler sådana obehagliga citeringar, men jag avstår. Det var en annan tid, litteraturen som det refereras till var ibland från nittionhundratjugo- och trettioitalen. Man får fokusera på att synen på barn med funktionsnedsättningar av olika slag förändrats och förbättrats. Vi ser ett värde och en potential i alla barn idag.

Diagnostik då och nu

Schizofrenibegreppet används väldigt sällan i barnpsykiatri idag. Man anser att psykosjukdomarna i allmänhet debuterar i sen tonår eller bland unga vuxna snarare än hos små barn. I Annells bok förekommer uttrycket *barnschizofreni*. Vid tiden då boken skrevs, hade allt fler fall av sjukdomen hos mycket unga barn hittats, inte minst på *anstalter för efterblivna barn*. Trots att det fanns olika uppfattningar om hur tillståndet skulle ses och benämnas, framför författaren att litteraturen i huvudsak förklarade de *demenstillstånd* som barnen senare befann sig i, som relaterade till odiagnostiserade schizofrenier i tidig ålder. Symptom nämns som regrediering, primitiva affekter, apraxi, mutism och ett filterlöst eftergivande för driftsmässiga impulser. Kardinalsymptomen var dock kontaktsvårigheterna med andra, isolering och upplevelsen av att de levde i en värld för sig. Dessa barn kunde ofta fastna länge i upprepade rörelsemönster, som att gunga med kroppen fram och tillbaka. Nästintill katatoniska rörelsemönster kunde ibland ses. Symptomen sammanfattades i termen *autistiska*.

Även i avsnittet som handlar om anorexia nervosa nämns schizofrenierna, uppföljande studier visade att cirka en tredjedel av de vuxna som haft anorexia nervosa i barnaåren senare fick denna diagnos. Den glidande skalan mellan psykos och autism eller klassisk autism tydliggörs i boken. En egen reflektion är att många av de barn som jag är med och utreder autism hos, ofta har släktingar i äldre generationer som fått schizofrenidiagnoser men ändå levtt funktionella liv med familjebildning och relativt stabila yrkeskarriärer. Det är således viktigt att beakta förändringar i diagnostiken när ärftlighetsgången kartläggs.

Barn med normbrytande beteende fanns också förr. I boken kallas det *missanpassningssymptom och neurotiska reaktionstyper*. Det finns ett patientfall i boken som beskriver en pojke som vid elva års ålder kommer till en barnpsykiater för första gången. Han hade utvecklat ett trotsbeteende som startade när han blev storebror. Detta blev värre och värre och utvecklades till en grav uppförandestörning. Läsaren får en detaljrik beskrivning av hur tonåringen går loss på fostermors kök efter en konflikt. Han tar ut alla koloniala matvaror från skafferiet. Förpackningarna med mjöl, gryn, socker och salt töms ut över husmors välbonade köksgolv. Som kronan på verket sätter han sig på huk och utträtt sina behov över röran innan han rymmer hemifrån. Idag skulle nog många tänka att gossen hade dåliga framtidsutsikter. Men icke i bokens beskrivning. Han kom till ett familjehem där de förstod att han kände sig ratad och sviken när modersfiguren skaffade ytterligare barn som hon behövde ägna uppmärksamhet åt. När fosterföräldrarna väl förstod det, och visade honom kärlek och acceptering av vissa reaktioner blev han alltmer välfungerande. Man gav honom en god prognos för vuxenlivet.

Är alla barn som mår dåligt sjuka?

Jag tycker om ett uttryck i boken, *disharmoniska barn*. Jag brukar använda termen illabefinnande för att beskriva friska barn med vissa psykiska besvär som inte bör klassas som psykiatriska eller psykopatologiska. Kanske är de rent av adekvata reaktioner på händelser eller omständigheter som ett friskt barn bör reagera på. Jag misstänker att en del av barnen som tillhör barnpsykiatrins patientstock borde beskrivas så. För hur ska man annars förklara de lugna veckor vi ganska ofta får uppleva som en återhämtningspaus under jul- och sommarlov i en annars så pockande verksamhet? Lite mer av den förståelse för vad överkrav gör med barn som beskrivs i Annells bok skulle jag önska fanns även idag.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg



KONGRESSEN
STOCKHOLM WATERFRONT
9-11 SEPT 2026



MELLAN INDIVID OCH EVIDENS
BEHANDLING INOM BUP

SAVE THE DATE

2026 storsatsar vi med state-of-the-art keynotes från flera internationella talare. 3 parallella spår, farmakologisk behandling, psykologisk behandling och övrig behandling.

Hur kan du ge henne livslusten* tillbaka?



SPRAVATO[®] i kombination med SSRI eller SNRI kan ge snabb lindring av depressiva symtom hos vuxna patienter¹

49%^a

i remission vid vecka 32⁺ vs 32,9% med kvetiapin depottablett i kombination med SSRI eller SNRI [NRI; OR för remission 1,96 (95% CI 1,44-2,68)]²

80%^b

av de patienter som fick SPRAVATO[®] och var i remission vid vecka 8, förblev återfallsfria vid vecka 32²

* **Livslust:** Avser upplevelser av intresse för omvärlden eller för sådana aktiviteter som vanligen bereder nöje eller glädje. Subjektiv förmåga att reagera känslomässigt inför människor eller företeelser i omgivningen. I MADRS³ skattningsformulär² utvärderas aktuell livslust i en skala 0-6 genom items "Rapporterad nedstämdhet", "Observerbar sänkt grundstämning", "Minskat känslomässigt engagemang", "Depressivt tankeinnehåll" och "Livsleda och självmordstankar".

Poolade data från ASPIRE-1¹ och ASPIRE-2¹ visar snabb signifikant ($p > 0.006$) reducering av depressiva symtom (förändring från baseline för total MADRS-poäng) vid 24 timmar efter första dosen med SPRAVATO[®], LS mean: (40.3 vs -15.8). TRANSFORM-2¹ visar en större sänkning^{***} av MADRS-poäng i gruppen med SPRAVATO[®] (n=114) jämfört med placebokontrollerade gruppen^{****} (n=109) från baseline vid samtliga tidpunkter: 24 timmar efter första dosen, dag 8, dag 15, dag 22 och dag 28. Signifikant bättre ($p < 0.05$) symtomförbättring uppmättes dag 28 jämfört med placebo, -3.5 (-6.7, -0.3).^{****} SPRAVATO i kombination med ett SSRI eller SNRI. ^{***} Genomsnittlig förbättring (LS mean) skillnad (95 % konfidensintervall) från baseline av MADRS totalpoäng. ^{****} Placebo i kombination med antidepressiv tablettbehandling. MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; LS mean, minsta-kvadratmedelvärde.

^a SPRAVATO (n=165/336), kvetiapin depottablett (n=112/340) ^b I remission vid vecka 8 (27,1%, n=91/336) och återfallsfri vid vecka 32 (21,7%, n=73/336) jämfört med remission i vecka 8: 80%=21,7/27,1

⁺ Eller för tiden vid avbrytande av behandlingen.

NRI, non-responder imputation; OR, odds ratio; CI, konfidensintervall.

Referenser: 1. SPRAVATO[®] (esketamin). Produktresumé. www.fass.se. 2. Reif A, et al. N Engl J Med. 2023 Oct 5;389(14):1298-1309. 3. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). Kunskapsstöd för vårdgivare https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.6fe427c017c7ecaf308c62a/1634672719272/MADRS_Skattningsformul%C3%A4r.pdf (senast hämtad 2025-01-14).

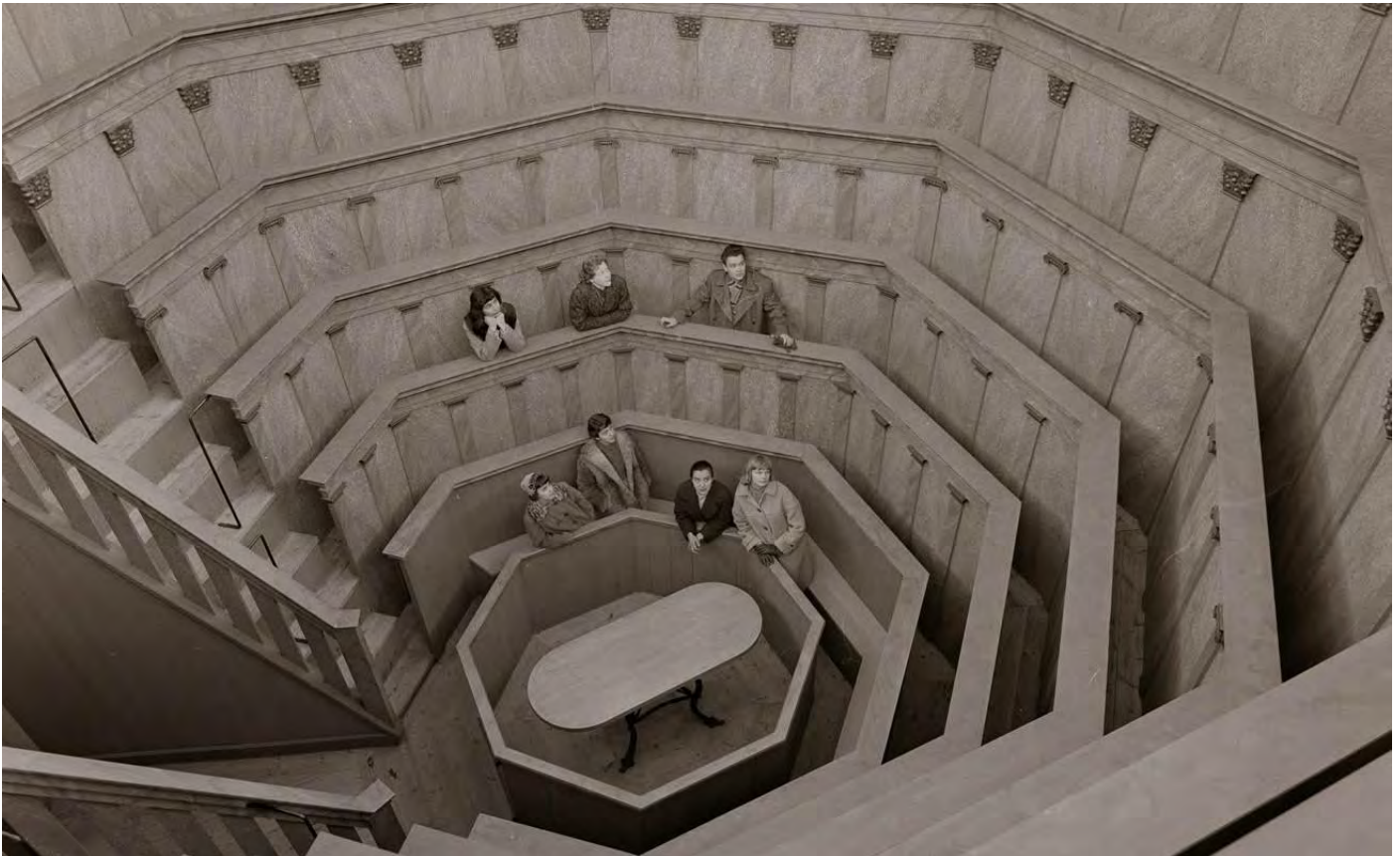
SPRAVATO[®] (esketamin)

Narkotikaklass: IV - Narkotika med medicinsk användning. Psykoanaleptika, övriga antidepressiva medel. Esketamin. 28 mg nässpray, lösning. ATC: N06AX27, Rx, EF.

Indikationer: Spravato, i kombination med SSRI eller SNRI, är indicerat för vuxna med behandlingsresistent egentlig depression som inte har svarat på minst två olika behandlingar med antidepressiva läkemedel i den pågående måttliga till svåra depressiva episoden. Spravato, i kombination med oral antidepressiv behandling, är indicerat som akut korttidsbehandling hos vuxna patienter med en måttlig till svår episod av egentlig depression för snabb reducering av depressiva symtom som kliniskt bedöms utgöra en psykiatrisk nödsituation. **Varningar och försiktighet:** Risk för övergående dissociation, sederig och ökat blodtryck föreligger. Personer med anamnes på skadligt substansbruk eller beroende kan löpa större risk att utveckla skadligt bruk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiva substansen eller hjälpämne. Tillstånd där ökning av blodtrycket eller det intrakraniella trycket utgör en allvarlig risk. Arteriell aneurysmatisk kärlsjukdom, anamnes på intracerebral blödning eller nyligen genomgången kardiovaskulär händelse.

Graviditet: Spravato rekommenderas inte under graviditet eller till fertila kvinnor som inte använder preventivmedel. Om en kvinna blir gravid under behandling med Spravato ska behandlingen sättas ut. **Förskrivning:** Endast mot rekvisition förordnad av läkare med specialistkompetens i psykiatri till en vårdinrättning som bedriver specialiserad psykiatrisk vård. För fullständig produktinformation, varningar och försiktighet, fertilitet/graviditet/amning, äldre, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 12/2024. Janssen-Cilag AB, Box 4042, 169 04 Solna, www.janssen.com/sweden

CP-499544 / 01.2025



Gustavianum, Uppsala

SPF kunskapstest 2026

Tredje upplagan av Svenska Psykiatriska Föreningens kunskapstest skrev på STP-konferensen på Djurönäset den 22 januari. Årets test innehöll utöver sedvanliga kliniska och juridiska frågor även temat medicinsk vetenskap. Frågeskrivargruppen bedömer det som "svåraste testet hittills".

Nästa chans att skriva testet blir under Svenska Psykiatrikongressen, närmare bestämt torsdag den 12 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm (se https://mkon.nu/svenska_psykiatrikongressen).

Skrivningstiden är två timmar, fysiskt i en skrivningssal, med medhavd dator/läsplatta/telefon. Testet består av cirka 100 flervalsfrågor av typen "Single best answer", med fyra svarsalternativ, brett inom hela ämnesområdet vuxenpsykiatri. Nivån är motsvarande ST i vuxenpsykiatri (*Vad en duktig nybliven specialistläkare i vuxenpsykiatri förväntas kunna*), inkluderande bredd och svårighetsnivå. Testet är öppet även för ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri, eller subspecialiteter så som äldrepsykiatri och rättspsykiatri, liksom för specialister inom alla psykiatriska grenar.

Det individuella testresultatet kommer ej att vara offentligt eller publiceras, men gruppdata kommer insamlas för att kunna värdera frågornas validitet och svårighetsgrad. Ett separat seminarium kommer erbjudas i anslutning till skrivningstillfället med genom-

gång av svåra frågor och svar, samt offentliggörande av eventuella strukna frågor.

Årets testupplaga ges till självkostnadspris 800 kr vilket betalas i samband med anmälningen till psykiatrikongressen, men kan också betalas med swish på plats till SPF:s konto.

Kan du inte delta vid testet på SPK? Ett ytterligare tillfälle kommer ges från hem/arbetsplats:

Distanstest Kunskapstest tisdag 2026-09-01 kl. 10.00-12.00.
Anmäl dig till kunskapstest@svenskpsykiatri.se.
Kostnad 800kr

Karl Lundblad
Styrelsen SPF



European Board Examination in Psychiatry Ett europeiskt prov för ST-läkare i psykiatri

Under februari 2025 hölls den första upplagan av European Board Examination in Psychiatry (EBEP), en teoretisk examination bestående av 100 multiple choice-frågor (av typen single best answer). Av de skrivande tilldelades därefter 152 deltagare titeln Fellow of the European Board of Psychiatry.

Testet är ett resultat av många års arbete och diskussioner mellan tre parter: European Psychiatric Association (EPA – den europeiska professionsammanslutningen), European Union of Medical Specialists (UEMS och dess psykiatrigren), och the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT – europeiska föreningen för ST-läkare i psykiatri).

Testet görs helt online via en plattform där man skriver via sin dator, telefon eller surfplatta och frågorna spänner brett över hela fältet inom vuxenpsykiatri.

Vill du bli Fellow of the European Board of Psychiatry?

Läs mer och anmäl intresse här:

<https://www.europsy.net/european-board-exam/>

Karl Lundblad
Styrelsen SPF

Åländsk psykiatri – litenhetens styrka och ansvar

Finns det något som kännetecknar psykiatrin på Åland? Ja. Men det behöver tydliggöras, vårdas och utvecklas. Med 30 000 invånare är Åland litet, och just litenheten formar vår psykiatri. Vi sitter nära varandra, många har arbetat länge i verksamheten och avstånden är korta – till patienter, närstående, primärvård, sjukhus och myndigheter. Det ger en unik kontinuitet som många större system bara kan drömma om. Men litenheten innebär också risker: stagnation, isolering och konflikter. Därför behöver vi formulera vad som är vårt uppdrag och hur vi vill ta det vidare.

En grundprincip är att möta patienten som subjekt. Psykiatri är inte som att behandla en hjärtinfarkt. Människor är mer än sina symtom. Formulär och skalor kan vara stöd, men de får aldrig ersätta dialog, lyssnande och individuell behandling. Vi måste se människan bakom siffrorna.

Kontinuitet är en annan styrka vi måste värna. I stora system tvingas patienter berätta sin livshistoria för nya behandlare vid varje besök. På Åland har vi möjlighet att göra tvärtom: bygga långsiktiga relationer som skapar trygghet och förändring.

Det **longitudinella perspektivet** är också unikt här. Många patienter har bott på ön hela livet, och vårddokumentationen sträcker sig två decennier tillbaka. Det gör att vi kan se mönster över tid och förstå hur en människa hamnat där hon är. Utan den förståelsen riskerar vi att behandla symtom istället för människor.

Relationer är psykiatrins kärna – mellan patient och behandlare, men också mellan oss som arbetar i systemet. Samarbete måste vara enkelt, gränserna porösa och uppdraget gemensamt. Och vi måste bli bättre på att inkludera närstående, som ofta är avgörande för återhämtningen.

Vi behöver också en tydlig **lösningsorientering**. Psykiatrin är full av diagnoser, men patientens fråga är ofta enkel: "Hur kommer jag vidare?". Det finns sällan en enda väg. Vi har kartan, men patienten har kompassen. Lösningar skapas tillsammans.

Det **existentiella perspektivet** får inte tappas bort. När någon förlorat livslusten räcker det inte med en remiss eller en ny medicin. Psykiatrin måste också hjälpa människor att återfinna mening, sammanhang och hopp. Ibland är det mötet – inte behandlingen – som räddar liv.

Resiliens är en central del av återhämtningen. Det handlar inte om att vara osårbar, utan om att utveckla strategier för att klara svårigheter och gradvis stärkas av erfarenheterna. Ett stabilt nätverk, en känsla av sammanhang och realistiska mål kan göra stor skillnad. Resiliens kan tränas, och psykiatrin har en viktig roll i att stödja den processen.

Slutligen behöver vi värna kunskap och erfarenhet – **God psykiatrisk praxis**. En levande verksamhet kräver reflektion, nyfikenhet och utbyte av erfarenheter. Vi måste lära av varandra, av forskningen och av våra patienter. Det gör vården bättre – och arbetsplatsen mer attraktiv.

Åländsk psykiatri har något värdefullt: närhet, kontinuitet och relationer. Men det räcker inte att konstatera det. Vi måste vårda det, utveckla det och våga formulera en gemensam riktning. Om vi lyckas kan Åland bli ett föredöme för hur en liten psykiatri kan vara både mänsklig, modern och modig.

Herman Holm

Senior psykiater, verksam Mariehamn, Åland



Existentiellt perspektiv



Kontinuitet



Lösningsorientering



Patient som subjekt



Resiliens



Översikt



VETENSKAPSDAGAR

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
7-8 MAJ 2026

Under Vetenskapsdagarna lyfter vi den viktiga roll som forskningen spelar för framtidens barn- och ungdomspsykiatri. Vi vill samla kliniker, forskare, doktorander, ST-läkare, huvudhandledare och andra intresserade för att tillsammans utforska vägar framåt – bland annat genom det nya projektet SWE-CAP.

Program

7/5

- 09.30-10.00 Drop-in, fika och registrering
- 10.00-11.30 Från vardagens möten till publicerad forskning - konsten att skriva case-rapporter
- 11.30-13.00 Lunch
- 13.00-13.30 När forskning blir vardag - skapa en levande journal club
- 13.30-14.30 **Metas and Umbrellas: The Opportunities & Limitations of Evidence-Based Child Psychiatry in the Real World - prof. Samuele Cortese**
- 14.30-15.30 Postervandring med fika - CALL FOR ABSTRACTS se sfbup.se
- 15.00-16.00 Forskningsnätverket SWE-CAP och SWE-CAP jr presenteras
- 16.00-17 Mingel!

8/5

- 08.30-12.00 "Pitch your science" - Universiteten presenterar aktuell forskning. Pris för bästa presentation!
- 12.00-13.00 Lunch
- 13.00-14.00 "Pitch your science" - fortsättning
- 14.00-15.30 Det är lätt att vilja, men svårt att hinna - mellan ambition och forskningsverklighet. Paneldiskussion med seniora och juniora BUP-forskare och representanter från verksamhet och arbetsgivare.

Oavsett om du redan är aktiv inom forskning, är nyfiken på att börja, eller vill veta mer om vad som händer inom det vetenskapliga fältet – är du varmt välkommen!

Datum och plats: 7-8 maj 2026, Svenska Läkaresällskapet, Sthlm

Anmälan: NU ÖPPEN - begränsat antal platser - sfbup.se

Vi hoppas att du vill vara med och bidra till att utveckla barn- och ungdomspsykiatrin genom ökad vetenskaplig aktivitet - **Tillsammans formar vi framtidens BUP!**

Varmt välkommen

SFBUP – Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

ADHD i klinisk vardag

Rapport från Läkartidningens webinarium

Läkartidningens webinarium den 5 februari 2026, *ADHD i klinisk vardag – från prioriteringsstöd till praktiskt genomförande*, var lärorienterat och balanserat.

Moderator var *Olga Neznanova*, med dr, ledningsansvarig överläkare, Norra Stockholms Psykiatri, ledamot EG Läkemedel Psykisk Hälsa. Hon gav bra en överblick av **farmakologisk behandling vid adhd**. I Sverige finns fem godkända läkemedelssubstanser för adhd; metylfenidat, lisdexamfetamin, och atomoxetin; guanfacin och dexamfetamin är godkända för barn och unga. Hon svarade väl på deltagarnas praktiska frågor om dosering och biverkningar.

Johan Söderlund, med dr, överläkare, Psykiatri Södra, Stockholm, ledamot NAG adhd, pratade om **Nytt nationellt prioriteringsstöd för adhd**, "Stöd för prioritering och stegvis vård". Han nämnde att 80 % av nya remisser till psykiatri är för adhd. Hälften av den 60 %-iga ökningen i psykiatrisk vård 2008–2022 beror på adhd-utredning och behandling. Några av orsakerna till den höga prevalensen av adhd i Sverige är skolan, sociala medier, syn på livshändelser och känslor som behandlingsbara tillstånd, att stress inte skiljer sig från adhd-symtom och att avgränsningen i DSM mot normalpopulationen är otydlig och exploateras.

Med hjälp av prioriteringsstödet har inflödet för adhd i Södra Stockholms psykiatri minskat med 40 % 2025. Prioriteringsstödet sätter fokus på bedömning av funktionsnivå och behov av tidiga insatser utan diagnos: <https://www.vardochinsats.se/adhd/nivaa-och-process/stoedfoer-prioritering-och-stegvis-vaard-vuxna/>

Ivaylo Boytchev, leg. psykolog, processägare adhd, Norra Stockholms Psykiatri, beskrev **vad som kan gå fel i utredningen av adhd hos vuxna**. Han förklarade pedagogiskt de möjliga faktorerna bakom överdiagnostik och diagnosförskjutning. Fel i översättning av DSM-IV och DSM-5 till svenska, brister i de DSM-baserade vanliga rekommenderade adhd-screening- och utredningsinstrumenten (WURS-25, ASRS, DIVA). Dessa instrument har visat hög sensitivitet och låg specificitet och i efterstudier upp till 40–50 % falskt positiva diagnoser (att använda skattningsskala är nästan lika träffsäkert som att kasta mynt). Han poängterade att adhd är utvecklingsrelaterat, en barndomsdiagnos. Beräknad prevalens för adhd hos vuxna skulle kunna vara 3 %, inte 15% som Sverige närmar sig.

De övriga föreläsningarna var:

Kardiovaskulära risker vid adhd-behandling, *Alexander Stridh*, ST-läkare, klinisk farmakologi Karolinska Universitetssjukhuset. Det finns evidens för måttligt ökad risk men långtidseffekterna är inte tillräckligt utredda. Risken är högre för patienter som har Long-QT- syndrom.

Joar Guterstam, med dr, överläkare, specialist i psykiatri och beroendemedicin, Beroendecentrum Stockholm och Karolinska Institutet, pratade om **adhd och substansbruk**. Samsjuklighet adhd och beroende är välkänt men diagnostiken är försvarad; tidig debut av drogintag, avhopp från skola, kan eskalera symtomen. Pågående omfattande missbruk hindrar trovärdig diagnostik och försvarar behandling.

I sin föreläsning **Psykologiska och psykoedukativa insatser vid adhd** beskrev *Elinor Eskilsson Strålin*, med dr, leg. psykolog, Norra Stockholms Psykiatri, de rekommenderade metoderna, terapierna och hjälpmedlen mot funktionsnedsättning. Patient- och närståendeutbildning, "Pegasusmetoden", hälsofrämjande insatser för dygnsrytm, sömn, arbetsterapi, KBT, och Medveten närvaro är metoder som har visat bra resultat.

Om adhd i primärvården föreläste *Katrin Hagskog Engel*, specialist i allmänmedicin, Boo vårdcentral, primärvårdssakkunnig RPO Psykisk hälsa. Det pågår redan ett utvecklingsarbete i primärvården, att ge tidiga insatser vid symtom, i väntan på eller utan diagnos. Hon gav exempel på hantering av komplikationer, biverkningar av adhd-medicinering, på en vårdcentral.

Webbinariet handlade inte om Socialstyrelsen rekommendationer om adhd-utredning eller utredning om utvidgning av förskrivningsrätten.

Tarmo Kariis
Styrelsen SPF

I Sverige finns fem godkända läkemedelssubstanser för adhd; metylfenidat, lisdexamfetamin, och atomoxetin; guanfacin och dexamfetamin är godkända för barn och unga.

MASTERCLASS

Bridging Phenomenology to Pharmacology in Psychosis

Göteborg. R-Aulan, Mölndals sjukhus. 22 maj 2026.

08:30-08:45 Registrering och kaffe

08:45-09:00 Inledning.

09:00-10:55 I gränslandet mellan psykosyndrom och neuropsykiatriska tillstånd. Fenomenologisk grundad differentialdiagnostik.

Dr. Johan Sahlsten Schölin och Dr. Jose Rodriguez

11:10-12:00 Farmakologiska principer och utmaningar vid behandling med antipsykotika.

Prof. Oliver Howes

12:00-13:00 Lunch

13:00-13:50 Falldiskussioner

13:50-14:00 Avslutning



Prof. Dr. Oliver Howes
Maudsley Hospital
Kings College of London

Professor och chef för Psychosis Studies vid King's College London, verksam som konsultpsykiater och en internationellt ledande forskare inom psykosjukdomar och hjärnabbildning.



Dr. Johan Sahlsten
Sahlgrenska
universitetssjukhuset

En erfaren kliniker och handledare samt uppskattad föreläsare både i Sverige och internationellt.



Dr. Jose Rodriguez
Sahlgrenska
universitetssjukhuset

Har varit klinisk verksam i 30 år. Han har fått flera utmärkelser för sina pedagogiska insatser och handledararbete och är en uppskattad föreläsare.

Utbildning för specialister och ST i psykiatri som fokuserar kring fenomenologin och farmakologisk behandlingen vid schizofreni. Hur kan vi förstå kontrasten mellan psykosymptom och neuropsykiatriska störningar utifrån ett fenomenologiskt perspektiv? Strategier för behandling av bland annat kognitiva symptom samt rationella kombinationsbehandlingar.

Kostnadsfritt för anställda i Västra Götalandsregionen, kursavgift 1000 sek för övriga deltagare.

För anmälan-fyll [formulär](#) senast 2026-03-31.



programkommittén
Sahlgrenska universitetssjukhuset



Ett samarbete med
RECORDATI

Whānau-centrerad psykiatri i Aotearoa Nya Zeeland

Reserapport från en Cullbergstipendiat



Kustvägen till en av arbetsplatserna inom Nya Zeelands barnpsykiatri

För tre år sedan flyttade Jakob Täljemark, svensk specialistläkare inom barn- och ungdomspsykiatri, med sin familj till Nya Zeeland. Jakob hade varit min överläkare på BUP Skärholmen i Stockholm och rekommenderade mig att söka Cullbergstipendiet för att få chansen att under ett par veckor auskultera på andra sidan jorden.

Från flera svenska psykiatriker med arbetserfarenhet från Nya Zeeland fick jag bilden av att familjen på flera sätt är en särskilt betydelsefull enhet där, vilket väckte frågan hur det påverkar hur människor söker, ges och tar emot vård.

Nya Zeeland har tre officiella språk: engelska, *Te Reo Māori** och nyzeeländskt teckenspråk. Notera att såväl uttryck på engelska som på *te reo* kursiveras i denna text, men i Aotearoa kursiveras inget av språken i skrift.

Aotearoa är det māoriska namnet för Nya Zeeland (ursprungligen för Nordön), och kan bland annat tolkas ”det långa vita molnet”. Namnet sägs komma av att detta var vad de första polynesiska upptäckarna såg när de närmade sig Nordön kring år 1300. Dessa två öarna var då de allra sista stora, beboeliga öarna på jorden att befolkas av människor.. Den māoriska kulturen utvecklades. De första européerna kom flera hundra år senare; många kom under 1800-talet och brittiskt ursprung har varit vanligast. Efter andra världskriget flyttade många dit från Östasien, Indien och Stillahavsregionen (*Pasifika*). I vårdens journalsystem anges etnicitet, den som patienten själv uppger.

Centralt för den māoriska kulturen är *whakapapa*, vilket betyder ungefär ”att placera i lager”, och innebär en djup förståelse för individens och gruppens härkomst och kopplingar. Den största enheten är *iwi*, stam, som består av flera *hāpu* (ungefär klaner). Nästa nivå, som är den minsta och samtidigt mest grundläggande, är *whānau*.

Whānau är ett allmänt känt och använt begrepp som ofta översätts till familj. Dess omfattning är dock vidare samt betydelsen mer komplex och dynamisk. Det är en sorts utvidgad familj, både i tid och rum och sammanhang: familj, släkt, vänner och andra i stödnätverk. Det är vedertaget att *whānau* är central för individens och kollektivets välmående, särskilt inom kulturer såsom *Māori* och *Pasifika*. Studier har visat att högre engagemang av *whānau* i vårdssammanhang leder till bättre utfall för individen och vården.

Te Whare Tapa Whā betyder ungefär ”huset med fyra väggar”. Det är en hälsomodell som skapades på 1980-talet av den māoriske psykiatrikern Sir Mason Durie, och bygger på tanken att hälsa är som ett hus – stabiliteten beror av att alla fyra väggarna är starka. De fyra väggarna (dimensionerna) är:

1. *Taha tinana* – Fysisk hälsa
Den kroppsliga sidan av hälsan: mat, motion, vila, sjukdom och kroppens funktion.
Motsvarar det som i västerländsk sjukvård ofta får störst fokus.

2. *Taha wairua* – Andlig hälsa
Mening, tro, värderingar och identitet.
För många māorier är andlig hälsa knuten till förfäder, naturen och ens plats i världen.
I svensk kontext kan detta jämföras med begreppet existentiell hälsa.
3. *Taha whānau* – Social hälsa / Familj och relationer
Starka relationer och stöd från andra är en förutsättning för välmående.
Ungefär det vi i Sverige kallar för gemenskap och socialt stöd.
4. *Taha hinengaro* – Mental och emotionell hälsa
Hur vi tänker, känner och hanterar livet.
Innefattar psykiskt välmående, självkänsla och förmågan att uttrycka känslor.

I sammanhanget kan nämnas att den vanligaste frasen i Aotearoa för att hälsa eller tacka är *kia ora*, vilket ordagrant betyder ungefär "ha liv" eller "var frisk".

Bristande samhällsresurser är ytterligare ett skäl till att involvering av *whānau* är avgörande i vård och omsorg. Aotearoa Nya Zeeland får anses ha sedan länge underfinansierad hälso- och sjukvård, bristande omsorg, stor social problematik och en socialtjänst vars insatser är starkt begränsade. Inom psykiatri blir det särskilt tydligt och drabbande i komplexa ärenden. De senaste åren har dessutom inneburit ytterligare försämrade ekonomi och offentliga nedskärningar samt nu en regering som vill avvika från de senaste decenniernas linje att kompensera māorierna för historisk institutionell förfördelning; māorier har särskilt grundlagsskydd och därigenom specifika rättigheter, inklusive rätt till kulturpassad vård.



Barnpsykiatriker Jakob Täljemark och *general practitioner* Kerry Clancey utanför ätstörningskliniken CREDS i Wellington

Jakob Täljemark bor i Wellington, vilket är huvudstad, tredje största staden (befolkningsstorlek ungefär som Malmö) och världens blåsigaste stad. Den ligger på Nordön vid sundet mot Sydön.

Att vara vårdpersonal i Aotearoa innebär att förhålla sig till sociala aspekter som inte är lika vanligt och tydligt förekommande i Sverige.

Nyanställda läkare (och andra yrkeskategorier) blir inbjudna till den lokala heliga mötesplatsen *marae* för en formell ceremoni – *pōwhiri* – som syftar till att välkomna och lägga grunden

för goda relationer och gott samarbete. Sammankomsten hålls i möteshuset *whareniui* (vilket betyder stort hus).

Jakob har två halvtidstjänster inom det offentliga; till båda tjänsterna söks egentligen heltidsanställda, men det är brist på psykiatriker.

Den ena arbetsplatsen är CREDS (*Central Region Eating Disorder Services*), som ligger i en förort till Wellington. Det är en liten ätstörningsklinik med stort upptagningsområde (södra halvan av Nordön) för såväl unga som vuxna patienter, med både öppenvård och slutenvård.

Vad gäller läkarbemanning arbetar där på halvtid även en *GP* (*general practitioner*, allmänläkare), Dr Kerry Clancey, samt en *registrar* (underläkare på ST-nivå) från Storbritannien som vikarierar. Kliniken har ett gott samarbete med stadens moderna barnsjukhus, som byggdes delvis med hjälp av privata donationer, och som vårdar barn och ungdomar upp till 16 år; äldre patienter med ätstörning får betydligt mindre vård och stöd, särskilt vad gäller inläggande vård.

Jag slås direkt av hur trevliga, nyfikna och hjälpsamma kollegorna är, och det är ett intryck som kvarstår. Storronden, liksom andra möten, inleds och avslutas med att alla deltagare gemensamt uttalar en passande *karakia* (ungefär bön eller välsignelse).

Andra arbetsplatsen är CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*), vilket ungefär motsvarar BUP Stockholms specialiserade öppenvård. Mottagningen är belägen på Kāpiti-kusten norr om Wellington, och tillhör samma region. Mottagningen delar lokaler med vuxenpsykiatrisk öppenvård, men samarbetet verkar vara begränsat. En annan observation är att *CAMHS* är en av ett mycket stort antal aktörer. Familjerna kan även, eller istället, ha kontakt med *Te Whare Mārie* (den māoriska psykiatriska hälsovården, eller *Health Pasifika* för personer med sådan bakgrund), *KYS* (*Kāpiti Youth Support*, ungefär som våra UMO med läkare) eller någon av många ideella organisationer. Den vårdgivare som står i centrum för den mesta av vården är dock allmänläkaren, som mycket remitteras tillbaka till efter relativt kort tid; det är talande att en ofta använd journalmall är *Letter to GP*, vilket innebär att psykiatrikern skriver sin anteckning och samtidigt informerar patientens allmänläkare.

Jakob berättar om en tonårig patient med schizoaffektivt syndrom, där det hölls möte med patientens *whānau* på ett *marae* beläget på sjukhusområdet, med syfte att få omgivningens stöd till deltagande i vård inklusive följsamhet till nödvändig mediciner.

I mitten av första veckan deltar vi i familjemöten för föräldrarna till inläggande barn och ungdomar på det pediatrika sjukhuset. En av patienterna är en 13-årig flicka vars far är māori och mor är *pākehā* (det vill säga av europeisk härkomst). Flickan började i 9-årsåldern ta avstånd från sin māoriska bakgrund och utvecklade också negativa tankar kring den egna kroppen: näsa, ögonbryn, fötter, hudfärg och kroppsvikt. Utöver för-

äldrarnas olika bakgrunder har de också skilda uppfattningar om vad som är bäst för dottern. Numera är de separerade och har vanligen svårt att befinna sig i samma rum. Men den här dagen deltar båda. Fadern erbjuds att öppna mötet, vilket han gör genom att välja och sjunga en *karakia*, som han förklarar handlar om var och ens eviga eld samt att åkalla positiv energi. Under mötet talar föräldrarna respektfullt till och om varandra.



Whakataka te Hau är en *karakia* som ofta används för att öppna och välsigna möten.

En vecka senare deltar vi återigen i familjemöte för denna patient. Modern deltar då inte, men en medarbetare från *Te Whatu Ora (Health New Zealand) Whānau Services* deltar på faderns önskemål och ställer frågor om hur vården kulturanpassas. På eftermiddagen är vi tillbaka på *CREDS* och möter ett team från *Te Whare Mārie*, det māoriska psykiatriska öppenvårdsteamet, som ursprungligen var planerat att bedöma denna ungdom innan hon blev akut inlagd. Mötet syftar till samverkan, vilket blir extra känsligt och viktigt med tanke på föräldrarnas olika bakgrunder och synsätt.

Efter veckorna av auskultation inom psykiatri i Aotearoa Nya Zeeland är det tydligt att det där är både fördelaktigt och nödvändigt att engagera patientens familj och övriga sociala nätverk, av både kulturella och resursmässiga skäl. I de fall där familjens interna motsättningar försvårar för en ungdom blir det särskilt avgörande att arbeta aktivt med föräldrarna. Dessa lärdomar borde rimligen vara tillämpbara även i en svensk kontext.



Team från *CREDS* och *Te Whare Mārie* på samverkansmöte om gemensam patient

Stort tack till Cullbergstipendiet för möjliggörandet av denna resa. Jag kan starkt rekommendera nyfikna kollegor att söka Cullbergstipendiet.

Text och foto:

Niklas Kahlmann

ST-läkare

BUP Stockholm

Cullbergstipendiat 2024, reste i oktober 2025

Fotnot

*Tips för uttal av *te reo māori*: "wh" uttalas som f-ljud, "ng" uttalas som i engelskans *singer* (inte som i *finger*) och ett streck (makron) ovanför en vokal markerar att vokalen är lång.



Samlingshus *wharenui* på helig mötesplats *marae* i Rotorua, stad på norra delen av Nordön där māoriska kulturen är särskilt stark

Inspirerande dagar

Rapport från STP-konferensen 2026

Den 21–23 januari deltog över 200 ST-läkare inom de psykiatriska specialiteterna på STP-konferensen 2026, anordnad av ST-läkare i Psykiatri. Konferensen riktar sig till ST-läkare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri samt beroendemedicin och syftar till att utbilda och inspirera ST-läkare att ta del av nya kunskaper och perspektiv.

Det vetenskapliga programmet inleddes av professor **Markus Heilig** som talade om **beroendesjukdomars genetiska bakgrund** och hur dessa kan medieras eller förhindras av sociala omständigheter. Det fortsatte därefter med parallella föreläsningar under tre dagar, innan professor **Micael Dahlén** från Handelshögskolan rundade av konferensen med att tala om **lycka** och hur man egentligen kan uppnå, eller definiera, sådan.

För den som önskade innehöll konferensen **särskilda utbildningsspår** inom rättspsykiatri, äldrepsykiatri och differentialdiagnostik. Möjlighet fanns även att skriva **SPF:s kunskapstest**, och ta del av ett utökad **utställartorg** med inbjudna patientföreningar och sponsorer.

Som ordförande är jag däremot särskilt glad över det vi inte kan planera, men bara ge förutsättningar för – att ST-läkare landet över får utbyta erfarenheter, bli inspirerade och ta med sig nya tankar hem till kliniken.

Johan Nilsson
Ordförande, ST-läkare i Psykiatri



STP-styrelsen gör sig redo att välkomna deltagarna till Djurönäset - över 200 namnbrickor sorterade och redo att delas ut



Micael Dahlén avslutningstalar om lycka och hur sådan uppnås, enligt en ekonomiprofessor





GUIDED BY COMPASSION, GROUNDED IN SCIENCE: PSYCHIATRY FOR OUR TIME

**26TH WORLD CONGRESS
OF PSYCHIATRY**
STOCKHOLM, SWEDEN | 23-26 SEPTEMBER 2026
• wcp-congress.com



SUBMIT YOUR ABSTRACT BY 23 MARCH 2026

Skicka in ditt bidrag senast 23 mars 2026

WPA:s World Congress of Psychiatry till Stockholm 2026

Den 23–26 september 2026 samlas psykiatrins internationella gemenskap i Stockholm för 26th World Congress of Psychiatry – första gången i Skandinavien. Välkommen att bidra med klinik, forskning och idéer.

- Datum: 23–26 september 2026
- Plats: Stockholmsmässan, Älvsjö
- Tema: Guided by Compassion, Grounded in Science: Psychiatry for Our Time
- Abstract-deadline: 23 mars 2026

Det vetenskapliga programmet börjar nu ta form. Se uppdateringar och alla detaljer på wcp-congress.com

**Skicka in ditt abstract och säkra
din plats i programmet!**

Därför ska du vara med

- Nätverka med kollegor från hela världen och hitta nya samarbeten
- Ta del av den senaste forskningen och praktiska kliniska perspektiv
- Program i korthet: plenarföreläsningar, presidential symposia, distinguished lectures, kurser, symposier, posters och korta muntliga presentationer
- Särskilda spår för ST-läkare och yngre forskare (Early Career)
- Synliggör svensk psykiatri och bidra till det globala samtalet



Skanna för info/inskick

I samarbete med Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF)

Öppet brev från WPA till mötet i Davos

The World Psychiatric Association (WPA), representerat av dess ordförande professor Danuta Wasserman, har publicerat ett öppet brev till "the World Economic Forum and global financial leaders meeting" i Davos. Följande uttalande offentliggjordes den 22 januari 2026 och finns även tillgängligt på WPA:s hemsida.



An open letter to the World Economic Forum and global financial leaders meeting in Davos

Mental Health Investment as Economic Strategy

January 2026

To the leaders of global finance, development institutions and capital markets:

As you gather in Davos for the World Economic Forum Annual Meeting, we write on behalf of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, comprising of 123 national psychiatric associations, representing the global international coalition behind *The Prague Agreement* to **urge decisive action on one of the most material, yet persistently under-invested, determinants of global prosperity: mental health.**

An estimated **1.1 billion people – nearly one in seven globally – are living with a mental illness.** Mental ill health accounts for approximately **15% of the global burden of disease**, yet on average **only around 2% of government health budgets** are allocated to mental healthcare. This imbalance represents not only a failure of health systems, but a profound economic blind spot.

Launched at the World Psychiatric Congress in Prague, *The Prague Agreement* has also been co-signed by **mental health charities and organisations** from across regions and resource settings. Together, we are calling on global financiers – including the capital markets, the World Bank and the International Monetary Fund – to **incentivise and expect national investment in mental health** as a marker of sustainable economic development and responsible lending.

Mental illness is not a marginal issue. It is the leading cause of disability worldwide and disproportionately affects young people, undermining workforce participation, productivity, and long-term economic growth, while placing sustained pressure on health systems, social care, and public finances. Around **50% of mental health conditions begin before the age of 14, and 75% before the age of 24.** These are the years in which education, skills and future productivity are shaped. Without early intervention and access to evidence-based care, too many young people go on to experience chronic, relapsing illness that limits their ability to complete education, participate in the workforce and contribute fully to society.

For any country to realise its growth potential, it must actively reduce the population-level prevalence of mental illness while improving care for those living with poor mental health. **Good mental healthcare is not a cost to be contained; it is an investment that underpins everything from educational attainment, labour market participation, to productivity and social stability.**

The Prague Agreement therefore calls on global financial institutions and investors to make mental health visible within their decision-making. Specifically, when lending to or investing in countries, financiers should expect to see – or support the development of – a **cross-government national mental health strategy**, with an accompanying implementation plan and at least one tangible, measurable commitment that can be evaluated over time. While there is no single model of mental healthcare, successful systems share common principles: they are population-focused, co-produced with service users, evidence-based, and clinically led in their implementation.

Royal College of Psychiatrists registered office: 21 Prescot Street, London E1 8BB, UK | Tel: +44 (0)208 618 4000 | www.rcpsych.ac.uk
The Royal College of Psychiatrists is a charity registered in England and Wales (228636) and in Scotland (SC038369)

NO HEALTH WITHOUT MENTAL HEALTH



The tools to deliver this already exist. The World Health Organization has identified cost-effective and feasible mental health interventions. UNICEF continues to advocate for improved services for children and young people. United Nations partners support governments to develop investment cases. Psychiatric associations and mental health organisations worldwide stand ready to help build and sustain the mental health workforce and strengthen community-based systems of care.

The case for investing in mental health stands firmly on human rights grounds alone. Yet experience shows that this argument, while morally compelling, has not delivered the scale of change required. It is now equally clear that promoting good mental health is a matter of sound economic judgement. Countries cannot prosper while neglecting the mental health of their populations, and global finance cannot credibly claim to support long-term growth without addressing this reality.

As leaders shaping the future of the global economy, we urge you to recognise mental health as a core pillar of sustainable development and economic resilience. We invite you to engage with *The Prague Agreement* and to work with clinicians, civil society and governments to ensure that mental health investment becomes an expected and incentivised component of economic support.

The cost of inaction is already visible. The opportunity for change is firmly within reach.

Yours sincerely,

Dr Lade Smith CBE
President
Royal College of Psychiatrists

Professor Danuta Wasserman
President
World Psychiatric Association

On behalf of the signatories to The Prague Agreement.

SSBS:s vårmöte i Stockholm

SSBS vårmöte äger rum under under SPK
den 11 mars kl 13-17 i lokal Galleriet i Münchenbryggeriet.

Program

Kl 13:00 "Att hitta vägen i Riktlinjedjungeln"

Kl 14:00 "Vid gränlandet mellan bipolär sjukdom och psykos"

Kl 15:15 "När standardbehandling vid bipolär depression inte räcker till"

Läs mer om föreläsningarna i det tryckta programmet eller det som finns digitalt.

Årsmöte

Kl 16:00 Årsmöte, som inleds med ett utdrag från Masterclass Lithium

Mingel

Kl 18:30 bjuder sällskapet in till mingel för bipolärintresserade kollegor
på restaurang och bar Håktet Hornsgatan 82, till *självkostnadspris*.

SSBS SVENSKA
SÄLLSKAPET FÖR
BIPOLAR SJUKDOM

LUNCH



WEBINAR

Substance misuse and dual diagnosis from a neurobiological perspective



27 March – 12.00-13.00 CET

This webinar will describe shared characteristics of addictive substances and how they differ from most prescription drugs, including stimulant medication for ADHD. Herein, the core neurobiological elements of reward learning and anticipation will be explained. The difference between dependence and addiction will be covered and exemplified by both prescription and non-prescription drugs. Finally, the concept of dual diagnosis will be discussed, with an emphasis on how symptoms of substance use disorder overlap with symptoms of other psychiatric disorders, and how this often challenges treatment approaches.

This webinar will be held in English and is intended for healthcare professionals only.

Speaker

Jesper Andreasen, Assoc. Prof. Dept. of Drug Design and Pharmacology, Translational & Clinical Pharmacology, Copenhagen University



Jesper Andreasen's research in translational psychopharmacology uses rodent behavioural models to study the neurobiological mechanisms underlying psychiatric symptoms, focusing on monoaminergic regulation of executive function and emotion in ADHD, affective disorders, and anxiety. Current projects examine the therapeutic mechanisms of ADHD medications, classic serotonergic psychedelics, and MDMA. In addition to research, he engages in public outreach to clinicians, policymakers, and the general public on topics including ADHD and its treatment, addiction, and the psychopharmacology of psychedelics and MDMA-assisted therapy.

Registration

Scan the QR-code



Medice Nordic Sweden AB

c/o Azet Insight AB · Box 6288 · SE-102 34 Stockholm

+46 (0)40 628 82 70 · info@medicenordic.se · medicenordic.se



MEDICE
THE HEALTH FAMILY



Längtan

Eva Berglund

Ekström & Garay, 2025



I boken *Längtan* – en roman med pedagogisk inriktning – får vi i separata avsnitt följa tonårseleverna Jimmy, Pia och Noah, deras familjer, lärare, rektor och inkallad barnpsykiater. Författaren är utbildad specialpedagog med en bakgrund inom konst och pedagogik. Hon har handlett rektorer och pedagoger rörande elever som utmanar skolans ramar.

I korta kapitel skildras eleverna i sina familjer, med perspektiv också från de olika familjemedlemmarnas situation och familjedynamik. Klassläraren Lena porträtteras med sin strävan att åstadkomma en optimalt fungerande skolsituation i en ansträngd skolmiljö och hennes kontakter i en delvis sviktande skolledning. Hennes arbete i skolan skildras även med perspektiv på hennes privata livssituation med egna personliga utmaningar. På samma sätt får vi på ett personligt sätt följa barn- och ungdomspsykiater Anna som konsulteras för en elevs neuropsykiatriska utredning, en utredning som utmynnar i att elevens svårigheter snarast kan härledas till elevens smärtsamma familjesituation.

Frånsett författarens fokus på de ingående personernas livssituation och samspel riktas bokens fokus på hur en fungerande skolmiljö ska kunna åstadkommas för elever med särskilda behov. Detta kräver engagemang från skolledningen med långsiktig planering och extra resurser som t ex socionom och beteendevetare liksom handledning. Detta för att skapa en klassrumssituation som möjliggör en god pedagogisk miljö som samtidigt ger stöd till elever med särskilda behov.

Framställningen är lättläst och belyser vikten av att arbeta brett kring elever med samtidigt ljus på skolans insatser för de elever som är i behov av särskilt stöd. De förslag på resursförstärkningar inom skolan som lyfts fram i bokens senare del syns vila på författarens egna erfarenheter och väcker respekt. Bokens litterära kvalitet som roman ligger utanför min uppgift att bedöma.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Abilify Maintena® finns med
ett utökat doseringsintervall¹

 **VARANNAN MÅNAD**
Abilify Maintena® 960 MG
(aripirazol)

Abilify Maintena® 960 mg *varannan månad* för underhållsbehandling av schizofreni*¹

*Abilify Maintena 960 mg är avsett för underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med aripirazol.

Abilify Maintena® (aripirazol) pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension, 400 mg samt depotsuspension i förfylld spruta, 400 mg, 720 mg och 960 mg. Övriga neuroleptika. ATC-kod N05AX12

Indikation: Underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med oralt aripirazol för Abilify Maintena 400 mg, och underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med aripirazol för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg.

Dosering: För patienter som aldrig har tagit aripirazol ska man fastställa att patienten tolererar oralt aripirazol före insättning. Doseringen av Abilify Maintena 400 mg är en injektion en gång per månad (tidigast 26 dagar efter senaste dos) och för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg är doseringen en injektion varannan månad (56 dagar efter senaste dos och upp till två veckor före eller två veckor efter den planerade tvåmånadersdosen). För initiering av behandling se www.fass.se.

Varningar och försiktigheter: Patienter med risk för eller anamnes på något av följande bör följas extra noga vid behandling med aripirazol: suicidalitet, kardiovaskulära sjukdomstillstånd, krampfall, hyperglykemier eller diabetes mellitus, QT-förlängning och aspirationspneumoni. Patienter bör följas noggrant tills kliniskt tillstånd förbättrats vid antipsykotisk behandling. Om tecken eller symtom på tardiv dyskinesi, impulskontrollstörningar eller fallolyckor uppträder hos en patient som behandlas med aripirazol ska dosreduktion eller utsättning av aripirazol övervägas. Abilify Maintena ska inte användas för att behandla patienter som är akut agiterade eller i ett svårt psykotiskt tillstånd när omedelbar symtomkontroll krävs. Vid malignt neuroleptikasyndrom ska aripirazol sättas ut. Vid samtidig användning av starka CYP2D6- eller CYP3A4-hämmare bör dosen av aripirazol sänkas. Samtidig användning av Abilify Maintena och starka CYP2D6 och starka CYP3A4-hämmare ska undvikas. Hos patienter med långsam CYP2D6-metabolisering kan samtidig användning av potenta hämmare av CYP3A4 leda till högre koncentrationer av aripirazol i plasma jämfört med snabba CYP2D6-metaboliserare. Samtidig användning av CYP3A4-inducerare och Abilify Maintena ska undvikas. Aripirazol är inte indicerat för behandling av patienter med demensrelaterad psykos. Patienter kan uppleva tilltagande drifter och impulsiva eller tvångsmässiga beteenden under behandling med aripirazol. Säkerhet och effekt vid behandling av patienter över 65 år har inte fastställts. Abilify Maintena ska inte användas under graviditet såvida det inte är absolut nödvändigt. Patienter som redan genomgår behandling eller som har fått behandling under de senaste 34 veckorna ska inte amma.

Övrig information: Abilify Maintena 400 mg, 720 mg och 960 mg är receptbelagda och ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris, se www.fass.se.
Texten är baserad på produktresumé från mars 2024 för Abilify Maintena 400 mg och från juni 2024 för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg.
(SE-AM-2400007 v 1.0 / SE-ASMT-0053)

1. Abilify Maintena® produktresumé



Vardag med varannan vecka
Barn på deltid, känslor på heltid

Lisa Bjärbo och Maria Farm
Natur & Kultur 2024



Enligt Lisa Bjärbo och Maria Farm, journalist och författare respektive psykolog, författare och TV-expert, får varje år femtiotusen barn veta att deras föräldrar ska separera, och uppskattningsvis tvåhundra tusen har ett varannan veckaliv med sina respektive föräldrar. Detta sätt att leva är oftast den bästa lösningen för både barn och föräldrar, men hur mår alla? Vilka fördelar och problem uppstår med denna modell? Hur är det i början och hur utvecklas relationerna och samlevnadsformen över tid? I boken *Vardag med varannan vecka – Barn på deltid, känslor på heltid* försöker författarna svara på ovanstående frågor genom att luta sig mot egen erfarenhet, aktuell forskning och svar i bortåt femhundra enkäter till separerade föräldrar.

Författarna vänder sig främst till vuxna som lever med barn varannan vecka – oavsett om de är nyseparerade eller har levt så i många år – och sätter ord på både praktiska utmaningar och starka känslor som ofta följer med denna form av familjeliv. Bokens utgångspunkt är att föräldraskapet inte blir "halvt" bara för att barnen inte är där hela tiden. Tvärtom beskriver Bjärbo och Farm hur känslorna ofta är på heltid: saknaden när barnen är hos den andra föräldern, intensiteten när de är hemma, och den ständiga pendlingen mellan ensamhet och överbelastning. Författarna normaliserar dessa känslor och visar att de delas av många, även om de sällan pratas öppet om.

En central del av boken handlar om vardagen under barnveckorna. Då är tempot högt, kraven många och tiden knapp. Föräldern ska räcka till för arbete, läxor, aktiviteter, matlagning, tvätt, känslomässigt stöd och närvaro. Det ska finnas ekonomiskt utrymme för det barnet var vant vid från tiden då föräldrarna levde tillsammans eller kanske får hos den andre föräldern. I kommentarerna från enkäterna lyfts skuld-känslor som kan uppstå när man inte orkar vara den "perfekta" föräldern. Som svar betonar författarna vikten av att sänka kraven och tillåta sig själva att vara tillräckligt bra. Barn behöver inte perfektion, utan trygghet, förutsägbarhet och vuxna som försöker.

Veckorna utan barnen får också sitt utrymme. Dessa perioder kan vara både en möjlighet och en utmaning. För vissa innebär de välbehövlig återhämtning, med egentid och nyvunnen frihet. För andra fylls de av tomhet, sorg och existentiella frågor. Författarna beskriver hur kontrasten mellan full fart och total tystnad kan vara psykiskt påfrestande. De uppmuntrar läsaren att aktivt förhålla sig till barnfria veckor – att våga känna det som känns, men också att bygga ett liv som inte enbart väntar på nästa barnvecka.

Den andra föräldern, medföräldern, kan vara både en källa till frustration och en viktig samarbetspartner. Författarna lyfter vikten av tydlig kommunikation och gränssättning, särskilt när relationen är konfliktfylld. Fokus bör ligga på barnens bästa, men också på den egna psykiska hälsan. Att acceptera att man inte kan kontrollera hur det är hos den andra föräldern lyfts fram som en nödvändig – men svår – del av processen.

Boken saknar så klart inte barnens perspektiv. Författarna betonar att barn kan må bra i varannan vecka-liv, men att det kräver lyhörda vuxna. Barns reaktioner kan variera: vissa anpassar sig lätt, andra visar oro, ilska eller ledsenhet. Boken ger exempel på hur vuxna kan möta barnens känslor utan att belasta dem med sina egna, och hur man kan prata om separationen på ett åldersanpassat och tryggt sätt.

Boken innehåller förklaringar och fördjupningar av vanliga reaktioner som stress, trötthet, dåligt samvete och känslomässig berg-och-dalbana. Läsaren får verktyg för självkänedom, självmedkänsla och reflektion. Den har också ett vardagsnära och ibland humoristiskt tilltal som gör att den känns lättillgänglig. Jag uppfattar detta som en bok som vill trösta, stärka och guida. Den ger inga snabba lösningar, men erbjuder igenkänning, ord för svåra känslor och en påminnelse om att man inte är ensam. För den som lever i ett varannan vecka-liv är detta en bok som kan fungera både som stöd i kris och som sällskap i vardagen.

Boken är läsvärd också för oss andra, som inte är i den fasen av livet i den sortens samlevnadsform, men som möter barn och vuxna som är det. Det är viktigt att försöka förstå hur patienten och familjesystemet kan påverkas av separationen på kort och lång sikt. Istället för att vara sur över föräldrarnas dåliga samarbete och merarbetet som det innebär att ibland behöva ringa upp den föräldern som inte var med på läkarbesöket och referera och hämta in, får man tänka att detta är ett sätt att leva som måste räknas som både vanligt och normalt.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg



BOKRECESSION

Det existentiella grundvillkoret
Jaget, viet och tillvaron

Poul Perris
Natur & Kultur 2025



Författaren är en i Sverige välkänd läkare och psykoterapeut, rektor vid Svenska institutet för kognitiv psykoterapi. Under mer än två decennier har författaren varit verksam som terapeut, handledare och utbildare och genom International Society of Schema Therapy haft stort inflytande på schematerapiens internationella utveckling.

Efter mångårig yrkeserfarenhet inom psykoterapi har han skrivit en djupt personlig, snarast skönlitterär essä där grundläggande psykologi utan facktermer får möta existentiell filosofi och religion. Egna dikter av författaren och suggestiva illustrationer av författarens bror Frans Perris interfolierar och berikaren texterna. Det är en vacker, klok och viktig bok.

Två centrala begrepp som författaren återvänder till är **Chronos** och **Kairos**, två dimensioner av den verklighet vi ständigt rör oss inom. Chronos står för den konkreta, mätbara verkligheten, fylld av fakta vi kan omfatta med våra rationella kunskaper. Kairos, den andra dimensionen, är den värld av upplevelser, känslomässiga behov och möten som sker obundna av tid och rum. För att skapa en helhet i livet behöver vi se och ta vara på båda dessa dimensioner. I möten, såväl yrkesmässiga som privata, speglas vårt gemensamma stora behov av

att både ge och ta emot bekräftelse, ett tema som ses centralt i den ofta poetiska framställningen.

I ett antal åtskilda avsnitt i boken delar författaren med sig av personliga tankar kring existentiella frågor. Han väjer inte för svåra frågor som trosfrågor, kärleksbudskap och betydelsen av något heligt i våra liv.

Då texterna innehåller personligt skildrade tankar och erfarenheter från så vitt skilda områden måste läsningen få ta tid och reflektion. Läsningen kan också ge uppmuntran till introspektion för att kunna skärskåda den egna resan genom livet.

Boken kan varmt rekommenderas som ett värdefullt komplement till den mer instrumentellt pedagogiska facklitteraturen.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Upphovsrätt

Många bifogar bilder till sina artiklar – det är vi glada över. MEN glöm inte detta med upphovsrätten – det är så enkelt att ”låna” bilder på nätet. Ofta är det mest bara att klicka på bilden och ladda ner den – eller så tar man en skärmdump. Men är detta lagligt? Nej, oftast är det inte det, man får helt enkelt inte använda bilder från internet hur som helst.

Den enkla regeln är att om fotografen själv inte godkänt att du använder bilden, så får du inte använda den annat än för privat bruk. Privat bruk betyder inte att du får publicera den på någon av dina sociala medier, din blogg eller hemsida. Vi kan alltså inte publicera en sådan bild här i tidskriften.

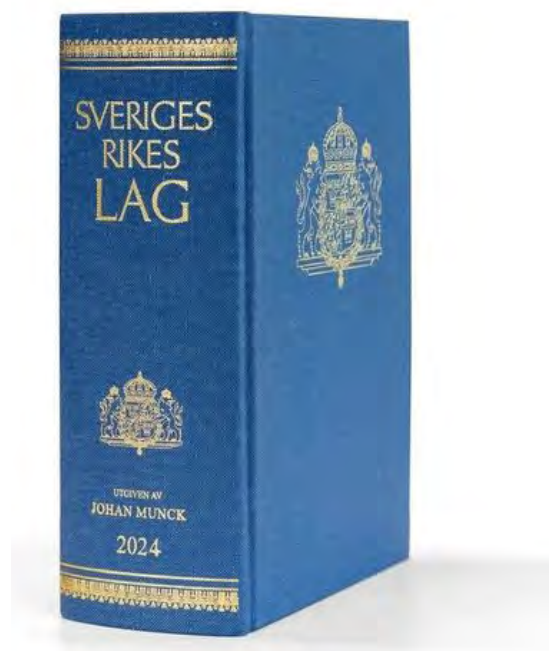
Upphovsrätten gäller alla bilder – såväl de som en professionell fotograf har tagit, som alla dina egna bilder som du t.ex. tagit med din mobilkamera. Lagen gör ingen skillnad på teknik eller kvalitet.

För att använda en bild eller för att vi ska kunna ha med den i din artikel måste du ha fotografens godkännande. De räcker alltså inte att skriva fotografens namn eller ”lånad från nätet”. Det är bildstöld! Det ligger på dig att ta reda på om du kan använda bilden eller ej.

Du kanske har hittat den perfekta bilden för din artikel – hur gör du då om du vill använda den? Förhoppningsvis står det vem som är fotograf, då kan du enkelt ta kontakt och fråga. Finns det ett gott skäl, t.ex. ett icke-kommersiellt syfte, får man ofta låna bilden.

Om du har hittat en bild men inte kan få fram vem fotografen är? Ja, då kan du tyvärr inte använda den.

Även om det är du själv som tagit fotot så finns det begränsningar i vad som kan tas med i din artikel. När det gäller konstverk så kan du ta ett foto på det för privat bruk, däremot får det inte publiceras på nätet eller i en tidskrift ifall du inte fått tillstånd till det.



Upphovsrätt till ett verk gäller till utgången av sjuttionde året efter det år då fotografen/konstnären/upphovspersonen avled.

Vill du veta mer om upphovsrätt? *Lag (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk* finns att läsa i sin helhet på nätet.

Stina Djurberg
Redaktionen Svensk Psykiatri

Inbjudan till Orion Pharmas vetenskapliga webinarier om schizofreni



Vi har nöjet att bjuda in till en ny serie vetenskapliga webinarier med fokus på aktuell och evidensbaserad schizofrenivård:

Optimizing Schizophrenia Management

Serien består av tre webinarier där erfarna experter inom psykiatri delar med sig av vetenskapliga perspektiv och kliniska erfarenheter kring centrala aspekter av sjukdomshantering. Du får möjlighet att uppdatera dina kunskaper, ta del av aktuella rön och studier samt få insikt i hur behandlingen av schizofreni kan optimeras i praktiken.

Webinarierna är endast 35 minuter långa och består av en fokuserad föreläsning följt av en kort diskussion, utformade för att ge dig maximal nytta på begränsad tid.

Onsdag 18 mars

kl. 12.05–12.40 | Norska

Del 1

Akutt behandling ved schizofreni

Med fokus på klinisk bruk av antipsykotiske medikamenter

Onsdag 29 april

kl. 12.05–12.40 | Norska

Del 2

Tilbakefallsforebyggende behandling ved schizofreni

Med fokus på langtidsbruk og optimalisering av antipsykotiske medikamenter

Onsdag 27 maj

kl. 12.05–12.40 | Engelska

Real world data on the importance of early stabilization of patients with schizophrenia

Why would LAIs be a good option for these patients?

Jon Johnsen

Overlege Vestre Viken HF Drammen sykehus, Psykoseeksjonen



Markku Lähteenvuo

Director of Research and Head of the Forensic Psychiatry Clinic, University of Eastern Finland; Chief of Forensic Psychiatry, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland



Serien modereras av Sten Friberg, överläkare och specialist i psykiatri.

Anmäl dig genom att skanna koden eller besök orionpharma.se/webbinarier-schizofreni



Praktisk information

Anmälan – delta när det passar dig

Du anmäler dig till hela serien och deltar vid de tillfällen som passar dig. Alla som anmält sig får även möjlighet att ta del av inspelningarna i efterhand.

Tid

12.05–12.40

Språk

Norska och engelska

Plattform och tillgänglighet

Webinarierna hålls via Microsoft Teams. Du behöver inte installera något – det fungerar direkt i webbläsaren (bäst i Chrome eller Edge). Webinarierna spelas in och delas med de anmälda i efterhand.

Kostnad och arrangör

Webinarierna är kostnadsfria. Orion Pharma bekostar föreläsararvoden.



Orion Pharma AB | Tel +46 8-623 64 40

www.orionpharma.se



Som avstamp för boken *Celebrity Mad* av Brett Kahr citerar jag Emma Frans: "Förr blev man känd genom att vara i teve. Nu får man vara med i teve för att man är känd".

I sin bok uppmärksammar Brett Kahr människans behov av kändisar att se upp till och beundra. Vår dyrkan av celebriteter och innepersoner ser Kahr som ett uttryck för ett: *Celebrity Worship Syndrome*. Översatt till svenska blir det väl en kändisdyrkans syndrom; som vi nog alla har en släng av.

Syndromet rör vid vårt inre: lyfter oss ut ur oss själva och den tråkiga vardagslunken. För en stund upplevs livet mer fulländat än vanligt. Möjligheten att få vara med i Wahlgrens och Ingrossos värld, och lite senare samma kväll titta in på middag "halv åtta hos mig" fyller således ett tomrum inom oss.

Vår besatthet av kändisar gör alltså att vi får kontakt med livets djupare strömmar. Kanske också drömmar. Så ifall man som fri och sekulär lurar sig och tror att man inte längre blir upplyst och finner sin existentiella mening i kyrkorum, tempel och moské kan man åtminstone undvika det jobbiga och meningsfulla genom att fly in i ett beroende av konst(er), sex, spel, droger och ett överdrivet kändisskämtittande, utan slut.

Fjättrad vid skärmen vältrar vi oss i tv-serier med celebriteter som vi rapar efter, följer och känner illusorisk samhörighet med under ett obestämt antal säsonger. Helst för alltid som underhållning bort från krav, plikter och genuina relationsäventyr in vivo. Såpopperorna ger oss stunder av hänryckning; extatiska erfarenheter med invanda kändisfamiljer som mönstergillt ser till att vi fylls (på) av en kraft som lyfter oss ut ur oss själva (och andra verkliga).

Boken *Celebrity Mad* ger många exempel på idoldyrkan, och kändisintresset tycks alltså finnas hos oss alla. Det svarar mot ett djupt omedvetet behov hos människan att spegla sig i, och anonymt relatera till, kändisar och det de sysslar med: allt från glam och glitter till deras mest privata naturbehov som tycks intressväckande för både exhibitionist och voyeurist.

Brett Kahr fokuserar i mindre utsträckning på kändisarnas utlevelse- och ramplystbehov. Han intresserar sig mer för den kollektivistiska manin som gör oss alla till voyeurister och oversharers; i vårt rop efter kontakt inverterar till egenmäktigt avskiljande bakom datorn, TV:n och handbojan, mobilen.

Celebrity Mad
Why Otherwise Intelligent People Worship fame

Brett Kahr
Routledge, 2020

Vår nutida virala kändisbesatthet belyses också i boken som något historiskt: med anor långt tillbaka i tiden. Enligt författaren är fenomenet urgammalt, från antiken. Frågan är alltså om vi alltid varit besatta av glamour, röda mattor och kändiskulter. Det tillåter ju oss att oskuldsfullt leva kvar i vår oförmåga att kunna skilja det fantiserade med det faktiska. Som barnet har sina sagor har vi våra såpopperor. Samma människor återkommer: man känner sig delaktig och odödlig. Vördnaden för "övermänniskan" väcker igenkänningsvittring. Och dem karakterer man känner sig samhörig med i såpan upplevs som oöverbärliga. Man blir liksom aldrig mätt, vill ha mer. Fler avsnitt blir som en fortsättning av ens eget deltagande i ett evigt reinkarnationsäventyr, utan slut. Minns den ikoniska såpan Dallas som dominerade 80-talet. Bobby Ewing dog mot slutet. Mirakulöst lyckades han uppstå från de döda; efter han dött i en bilolycka (körd på av sin svägerska Katherine), visade det sig vara en dröm, och han "återupplivades" och återkom till serien i en berömd och kontroversiell vändning, där hela föregående säsong visades som en dröm. Läsningen av boken *Celebrity Mad* är däremot inte någon dröm. Den erbjuder en mer omfattande teori om de omedvetna psykologiska rötterna till behovet av att dyrka berömmelse och att söka den. Vidare drar författarna nytta av en mängd källor, allt från psykoanalytisk teori och utvecklingsforskning till psykologisk forskning, till film, arkeologi och kanske förvånansvärt nog, barnmordets historia – *infanticide*.

Hur vanligt är då *Celebrity Worship Syndrome*? Enligt författaren ägnar vi lika många timmar framför våra skärmar (många serier är mer än hundra avsnitt) som en heltidsanställning räknat i timmar under en månad.

I avslutningskapitlet beskrivs psykodynamiken kring kändisskap och berömmelse. Författaren argumenterar där att det allra bästa sättet att bli känd är att bli igenkänd av familj och vänner i hemlivets intima sammanhang.

Professor Brett Kahr har arbetat inom psykiatrisk vård i över fyrtio år. Han är Senior Fellow vid Tavistock Institute of Medical Psychology i London.

Thomas Silfving
Psykolog



Foto: Shutterstock/Vitalii Vodolazskiy

AtrimusRX

Sveriges första restnoteringsapp för förskrivande läkare.



Ladda ner appen här



Registrera dig för att få kostnadsfri tillgång till appens funktioner och databas.

Efter registrering har du möjligheten att se lista över restnoterade preparat och eventuella alternativ.

Genom att logga in bekräftar jag följande:

- Jag har läst och godkänner avtalet Användar- och sekretessavtal och åtar mig, såsom part till detta avtal, att efterleva samtliga avtalsvillkor.
- Jag samtycker till behandlingen av mina personuppgifter i enlighet med GDPR samt har läst och accepterat AtrimusRx integritetspolicy.

Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



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: **13/5**

Tema: ***Djur och natur***

”

Kalendarium

Svenska Psykiatrikongressen
11–13 mars 2026, Münchenbryggeriet,
Stockholm
https://mkon.nu/svenska_psykiatrikongressen

34th European Congress of Psychiatry
28–31 mars 2026, Prag, Tjeckien
<https://epa-congress.org/>

Svensk Kongress i Neuropsykologi. Tema
"Bortom normalzonen – utveckling på
avvägar"
23–24 april 2026, Chalmers Johanneberg,
Göteborg
<https://mkon.nu/snpf2026>

SFBUP:s Vetenskapsdagar
7–8 maj 2026, Svenska Läkaresällskapet,
Stockholm
<https://slf.se/sfbup/kalender/okategoriserad/sfbup-vetenskapsdagar/>

American Psychiatric Association Annual
Meeting (APA)
16–20 maj 2026, San Francisco, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

37th World Congress of Neuropsychopharmacology (CINP)
Joint Meeting with the Scandinavian College of Neuropsychopharmacology
26–29 juni, Glasgow, Storbritannien
<https://cinp.org/congress>

27th World Congress of IACAPAP
1–4 juli 2026, Hamburg, Tyskland
<https://www.iacapap-congress.com/>

SFBUP-kongressen
10–11 september 2026, Stockholm
<https://slf.se/sfbup/>

26th World Congress of Psychiatry
23–26 september 2026, Stockholmsmässan
<https://wcp-congress.com/>

39th ECNP Congress
10–13 oktober 2026, München, Tyskland
<https://www.ecnp.eu/congress2026/>

Fler kongresser och utbildningstillfällen
hittar du på www.svenskpsykiatri.se,
www.sfbup.se och www.srpf.se



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 psykiatris 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





Ja visst gör det ont

Ja visst gör det ont
Ja visst gör det ont när knoppar brister.
Varför skulle annars våren tveka?
Varför skulle all vår heta längtan
bindas i det frusna bitterbleka?
Höljet var ju knoppen hela vintern.
Vad är det för nytt, som tär och spränger?
Ja visst gör det ont när knoppar brister,
ont för det som växer
och det som stänger.

Ja nog är det svårt när droppar faller.
Skälvande av ängslan tungt de hänger,
klamrar sig vid kvisten, sväller, glider -
tyngden drar dem neråt, hur de klänger.
Svårt att vara oviss, rädd och delad,
svårt att känna djupet dra och kalla,
ändå sitta kvar och bara darra -
svårt att vilja stanna
och vilja falla.

Då, när det är värst och inget hjälper,
Brister som i jubel trädets knoppar.
Då, när ingen rädsla längre håller,
faller i ett glitter kvistens droppar
glömmer att de skrämdes av det nya
glömmer att de ängslades för färden -
känner en sekund sin största trygghet,
vilar i den tillit

som skapar världen.

Karin Boye

Lamotrigin Orion

Tabletter, 25, 50, 100 och 200 mg

✓ KOSTNADSBESPARANDE¹

Lågt pris ger låg behandlingskostnad för både patient och samhälle.

✓ BRETT SORTIMENT²

Finns i flera olika styrkor och förpackningsalternativ.

✓ GOD TILLGÄNGLIGHET³

God tillgänglighet ger hög leveranssäkerhet till landets apotek.



Vid behandling av epilepsi och bipolär sjukdom

ORION
PHARMA

Orion Pharma AB | orionpharma.se

1. TLV prisdatabas, pris AUP 2019–01 till 2025–05 www.tlv.se

2. Fass sortimentsbredd (beredningsformer, styrkor och förpackningsalternativ) www.fass.se

3. Tamro AB leveranskapacitet 2021–01 till 2025–05 antal orderrader levererade till apotek inom 24 timmar, www.tamro.se (Data on File, tillhandahålls på förfrågan)

Lamotrigin Orion (lamotrigin) anti epileptika [Rx] F. **Indikation och subvention:** Epilepsi: Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre, tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom, som tilläggsbehandling men kan ges som initialt anti epileptikum vid start av behandling av Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2 till 12 år, tilläggsbehandling av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. Bipolär sjukdom: Vuxna från 18 år och äldre, Prevention av depressiva episoder hos patienter med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin är inte indicerat för akut behandling av maniska eller depressiva episoder. **Försiktighet och varningar:** Det finns rapporterat hudreaktioner som i allmänhet inträffat inom de första åtta veckorna efter behandlingsstart. Hudutslagen är ofta lindriga och övergående, men allvarliga hudreaktioner har rapporterats. Patienter ska informeras om tecken och symtom på hudreaktioner och övervakas med avseende på dessa. Risken för allvarliga hudutslag är högre hos barn än hos vuxna. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med lamotrigin. Uppsök medicinsk rådgivning om tecken på suicidtankar och självmordsbeteende uppstår. Användning av hormonella antikonceptionsmedel minskar lamotriginnivåerna. Om behandling med Lamotrigin Orion bedöms vara nödvändig under graviditet rekommenderas lägsta möjliga terapeutiska dos. De potentiella fördelarna av amning ska vägas mot den eventuella risken för biverkningar hos barnet. Om en kvinna bestämmer sig för att amma samtidigt som hon behandlas med lamotrigin ska barnet kontrolleras med avseende på biverkningar såsom dåsighet, utslag och dålig viktökning. **Lamotrigin Orion:** Tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Senaste översyn av produktresumé:** 2025-03-03. **För priser och ytterligare information se www.fass.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.srpf.se

Aritonin
melatonin



ARITONIN (MELATONIN)

Delbara melatonintabletter – flexibel dosering och ekonomisk fördel

Aritonin är den enda melatonintabletten där alla styrkor är delbara i två lika stora doser. Delbarheten möjliggör både en flexibel dosering och kan dessutom vara ekonomiskt fördelaktigt, utöver det redan låga priset.¹

Aritonin är inte utbytbar på apotek.
För att göra besparing för patient och region så behöver Aritonin förskrivas.



1. www.tlv.se, priser inom förmånen jan 2026. Prisjämförelse baseras på AUP per tablett i 100-pack för Aritonin (3,17 kr), Melatonin AGB 1 mg (5,73 kr), Melatonin AGB 2-5 mg (5,79 kr), Melatan 4 mg (2,81 kr) Melatan 3&5 mg (3,45 kr), Pinealin (2,81 kr), Melatonin OPQ Labs (5,81 kr), Mellozzan (5,73 kr). Parallellimport är ej inkluderat.

ARITONIN (MELATONIN) filmdragerad tablett, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg. Rx, (F). ATC-kod: N05CH01. För insomni hos barn och ungdomar 6-17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. Behandlingen ska initieras av läkare med erfarenhet av ADHD och/eller behandling av sömnstörningar hos barn. Korttidsbehandling av jetlag hos vuxna. Varningar & försiktighet: Kan orsaka dåsighet. Iaktta försiktighet vid behandling av väsentligt äldre samt vid diabetes, nedsatt njurfunktion eller epilepsi. Rekommenderas ej vid autoimmun sjukdom, måttligt till gravt nedsatt leverfunktion, vid graviditet eller till kvinnor som försöker bli gravida eller som ammar. Subventioneras endast för insomni hos barn och ungdomar 6-17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. Datum för senaste översyn av SPC: 2025-07-03. För mer information och priser se fass.se. 2026, Orifarm Generics AB, www.orifarm.se

 **ORIFARM** Orifarm Generics AB | Klara Södra Kyrkogata 1, 111 52 Stockholm | www.orifarm.com

Orifarm är ett familjeföretag som grundades i Danmark 1994. Koncernen är idag en driven aktör inom hälsovårdsbranschen med två affärsområden; parallellimporterade och generiska läkemedel. Orifarm ger dig läkemedel av hög kvalitet till konkurrenskraftiga priser.