

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2024



TEMA

# INSIKT

ANSVARIG UTGIVARE:  
*Martin Hultén*



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:  
*Tove Gunnarsson*

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 6 SPF styrelseruta, ledare, **Maria Larsson**
- 7 SFBUP styrelseruta, ledare, **Carl-Magnus Forslund**
- 8 SRPF styrelseruta, ledare, **Peter Andiné**
- 9 Kommande temanummer
- 27 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott  
**Matilda Naesström**
- 79 Bokrecension: Psykofarmaka  
**Lars Farde**
- 80 Bokrecension: Lyxfällan – Skapa det liv du vill med ACT, mindfulness och engagemang  
**Kerstin Höfler**
- 81 Bokrecension: Orosboken. Ta hand om din oro i fem steg, **Kerstin Höfler**
- 82 Bokrecension: Overklighetskänslor. Om depersonaliseringssyndrom, **Thomas Silfving, Gunilla Nilsson**
- 83 Bokrecension: Terapi pågår. Det sagda och det tysta  
**Björn Wrangsjö**
- 84 Med livet i behåll. Om åldrandets frihet och förluster  
**Björn Wrangsjö**
- 86 Kalendarium

## Tema:

- 12 Självkänedom ger hållbara specialister  
**Alessandra Hedlund**
- 14 Insikt – behövs det? För vem: terapeut, patient eller båda? **Svante Bäck**
- 16 Nya familjesystemiska insikter i patientarbetet. Hur kan vi införliva innebörden av olika psykiska symtom?  
**Imri Demisai**
- 17 Insikt. Psykiatrins uppgift?  
**Maiken Fjelkegård**
- 18 Insikt, **Olle Hollertz**
- 21 Och lite mer, **Lioudmila Mendoza**
- 22 Tänk-efter-innan-du-pekare-finger-insikten  
**Thomas Silfving**
- 23 Insikt – på gott och ont  
**Sigmund Soback**
- 24 Från Å-sikt till In-sikt  
**Ann Söderqvist**
- 25 Insikter  
**Cecilia Gotby**

## Debatt:

- 12 Självkänedom ger hållbara specialister  
**Alessandra Hedlund**
- 64 Om behovet och framväxten av ett nytt komplementärt psykiatriskt paradigm  
**Gustaf Almenberg**
- 65 Ett fördömande av psykiatrins tystnad om Palestina  
**Natte Hillerberg**
- 66 Svar från Svenska Psykiatriska Föreningen  
**Maria Larsson, Martin Hultén, Tove Gunnarsson**

## Övrigt:

- 10 SFBUP-kongressen, 17-19 september 2025
- 11 Kallelse till SPF:s årsmöte, 13/3 2025
- 26 Dags att nominera till "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne"  
**Styrelsen SPF**
- 26 Dags att nominera Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, **Styrelsen SPF**
- 28 Har vi rätt mailadress till dig?, **Styrelsen SFBUP**
- 29 Inbjudan att skicka in poster på SPK 2025  
**Styrelsen SPF**
- 30 STP-konferens 2025, 22-24 januari  
**Styrelsen för STP**
- 33 Dags att ansöka om Cullbergstipendiet
- 34 Till minne av Lars Jacobsson, 1942-2024  
**Lars von Knorring, Anne-Liis von Knorring, Maria Larsson**
- 35 Till minne av Lars Jacobsson, 1942-2024  
**Jussi Jokinen, Birgitta Bäcklund, Ellinor Salander Renberg, Margaretha Lindh, Mikael Sandlund**
- 36 Har det hänt något med samsjuklighetsutredningen, Jakob Forssmed? **Maria Larsson**
- 39 SPK 2025: Cirkus Psykos. Monolog med Daniel Larsson inviger SPK 2025 **Maria Larsson**
- 41 Välkommen till SPK 2025, **Maria Larsson**
- 42 SPK 2025 – Preliminärt program
- 67 Kunskapstester 2025 – upplaga II  
**Karl Lundblad**
- 70 Nordisk psykiatrikongress i Sverige 2027,  
**Maria Larsson**

## Rapporter från möten:

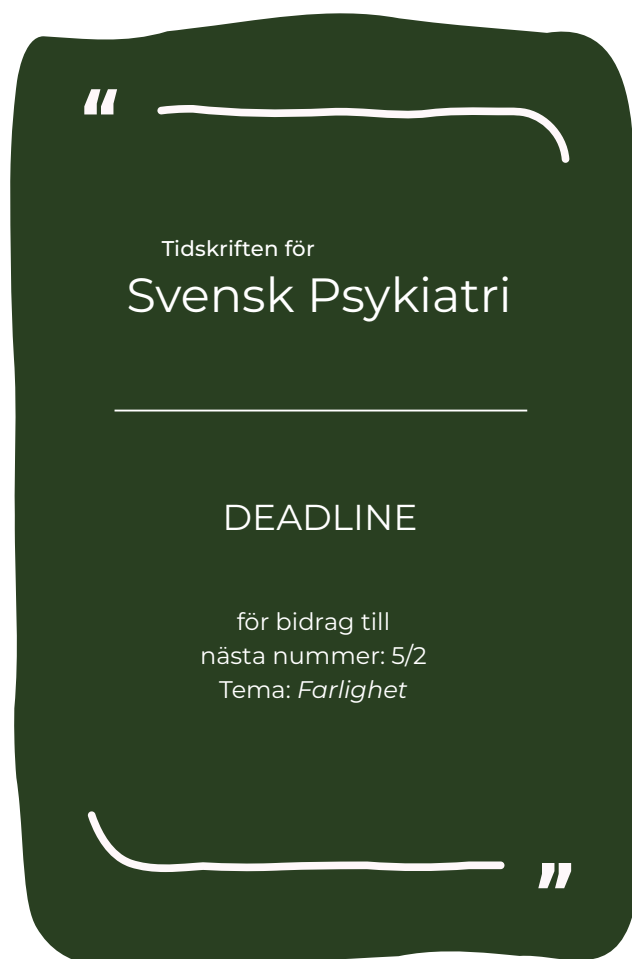
- 32 Kognition – inte bara en fråga om demenssjukdomar.  
Rapport från nationellt symposium 2024  
**Robert Sigström**
- 69 Rapport från den danska ST-konferensen  
**Martin Glans, Daniel Hedqvist, Alberto Perdomo Perez**
- 71 ENCP-kongressen i Milano den 21–24 september 2024  
**Tarmo Kariis**
- 72 Brett samarbete kring suicidprevention i Japan  
**Christine Takami Lageborn**
- 75 Psykiatri i Estland, **Olle Hollertz**
- 77 Rapport från SSBS höstmöte 2024,  
**Lisa Vesterberg**

## Psykiatriska nyheter:

- 50 Från polcirkeln till ekvatorn. Partnerskap mellan Region Norrbotten och Kajiado County, Kenya, med fokus på perinatalpsykiatri  
**Louise Öhlund, Kristian Ekman, Ursula Werneke**
- 52 Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri  
**Johan Bengtsson, Behroz Dehdari, Lena Nylander, Martin Hultén, Peter Valverius**
- 54 Kloka Kliniska Val i barn- och ungdomspsykiatri  
**Jonas Nilsson**
- 54 Bidrag om forskning efterlyses!  
**Tove Gunnarsson**
- 55 The motives and ethical justifiability of treating patients with borderline personality disorder under compulsory care, **Antoinette Lundahl**
- 57 Intellectual disability in a forensic psychiatric setting  
**Hanna Edberg**
- 58 Developing culturally sensitive psychiatric diagnostic assessments – A clinical evaluation of the DSM-5 Cultural Formulation Interview  
**Malin Idar Wallin**
- 59 Nationell högspecialiserad vård (NHV) för vuxna patienter med svårbehandlat självskadebeteende. Tre enheter med behandling som kompletterar varandra.  
**Yvonne von Hauswolff-Juhlin, Madeleine Magnusson, Ewa Strid, Martina Wolf-Arehult, Hanna Sahlin, Magnus Nilsson, Sofie Westling, Kajsa Sjöberg, Klara Schön, Karin Ericsson**
- 62 Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift  
**Steinn Steingrímsson, Jonas Eberhard**
- 63 Tid att agera för att stärka transnationellt adopterades psykiska hälsa,  
**Mattias Strand, Natte Hillerberg**



Foto: Shutterstock/melitas





## "Mod är ofta brist på insikt..."

### SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE  
**Martin Hultén**

HUVUDREDAKTÖR  
**Tove Gunnarsson**  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER  
**Hanna Edberg**  
(hanna.edberg@regionstockholm.se)

**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  
**Semmick Photo/Shutterstock**

INTERNET  
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till  
annonser@svenskpsykiatri.se

... medan feighet i många fall bygger på god information." Citatet, som tillskrivs den brittiske skådespelaren och författaren Peter Ustinov (1921–2004), speglar knappast innehållet i bidragen på detta nummers tema *Insikt*. Dock tyckte jag det var fyndigt så det fick komma med ändå.

Förutom temabidrag finns i detta tjocka nummer ett flertal psykiatriska nyheter, mötesrapporter, recensioner, debattartiklar och information. Och som alltid i decembernumret hittar du det preliminära programmet för nästa års Svenska Psykiatrikongress.

Många efterfrågar fler forskningsrapporter och vi i redaktionen kan bara hålla med. Dock har det visat sig märkvärdigt svårt att få in sådana texter. I det här numret publicerar vi de populärvetenskapliga sammanfattningarna på svenska från tre avhandlingar. Vi hoppas att något sådant kan bli ett stående inslag i tidskriften. Se även notis på sidan 54 om att skicka in bidrag om forskning!

### Nästa nummer...

... har temat *Farlighet*.

Temat kanske inte behöver någon utförligare förklaring, vi tror att det finns många psykiatriska infallsvinklar att skriva om.

Farliga människor.  
Strukturella farligheter, farliga arbetsmiljöer, våld mot personal.  
Farlighetsbedömningar. Farliga felbedömningar.  
Livsfarliga droger.

Hela tillvaron är farlig: krig, terror, klimat, pandemi... Hur påverkar det människors, inte minst ungdomars, psykiska hälsa?

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

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 5 februari och författarinstruktioner hittar du på sidan 9.

**ANNONS**

# Insikter från året

Året börjar gå mot sitt slut och dags att sammanfatta lite av arbetet och egna insikter. Som Lennon sjunger i sin berömda julhälsning till fru och barn: *So this is christmas, and what have you done?* Ja, vad har vi gjort i SPF detta år?

Först och främst tänker jag på det vi alla på olika sätt gör dagligen: möta patienter, utbilda kollegor, öka vetenskapen genom forskning. I en stundtals mörk värld är det fint att ha ett jobb som ger möjlighet att, i alla fall försöka, bidra till något gott.

Styrelsen har under året arbetat med att stärka kunskapsökningen på olika sätt via utbildningsutskottet; skriva remissvar för möjlighet till påverkan; samverka med patient- och närståendeorganisationer, övriga professionsföreningar och myndigheter; och ha möten med beslutsfattare. Vi har också jobbat för att stärka vårt internationella samarbete via NPA, EPA och WPA på olika sätt, inte minst då styrelsen sedan 2023 har en internationell sekreterare.

Under första kvartalet av året var arbetet starkt präglad av förberedelser inför SPK 2024. Det fanns också försök till en kraftsamling mot att flera regioner hade starka begränsningar för deltagande i kongressen. Bland annat lyfte vi vikten av fortbildning inom psykiatri i en debattartikel till Dagens Medicin. Direkt efter SPK 2024 började arbetet med att utveckla programmet till SPK 2025 som presenteras i detta nummer.

Under första halvåret gick stor del av arbetstiden åt till arbete med rapporten om hur vi diagnostiserar och behandlar vuxna med adhd. Via rundabordssamtal och medlemsenkät fick vi, tillsammans med analys och diskussion, fram några vägar framåt. Dem har vi arbetat efter under resten av året för att nå en mer jämlik vård för patientgruppen utan att tränga undan annan psykiatrisk vård. Vi har genom arbetet fått möjlighet att bidra med input på nationella arbetsgruppen adhd:s prioriteringsstöd och jobbat med utvecklingen av kliniska riktlinjer psykiatrisk diagnostik där vi strävar att lyfta SPF:s syn på god diagnostik både gällande adhd och andra tillstånd. Vi har nu också två representanter i expertgruppen till Läkemedelsverkets regeringsuppdrag kring adhd. Kring arbetet med adhd under året tycker jag personligen särskilt intressant med begynnande diskussion om vi ska verka för utveckling mot en mer dimensionell diagnostisering av adhd, som vid personlighetssyndrom i ICD-11 och kanske till och med försöka bidra till förändring i ICD-klassificeringssystemet.

2024 går ju inte heller att sammanfatta utan att lyfta att vi för första gången anordnat SPF:s kunskapstest. Både under ST-konferensen och SPK samt på tre orter under SPF Fortbildar. Tycker själv att fantastiskt att ett nytt test kommer presenteras nästa år. Missa inte chansen att skriva det nya testet 2025! Jag är också mycket glad över att vi under SPK 2024 bildade ett Professorsråd där alla professorer inom psykiatri, som också är medlemmar i SPF, erbjuds att delta. Ett råd jag hoppas ska kunna bidra till ett stärkt akademiskt klimat inom psykiatri i landet.

I slutet av året har styrelsen också fått anledning att fundera kring vår roll kopplat till debattartikel till denna tidskrift, med skarp kritik mot föreningen. Intressanta frågeställningar om hur vi som förening hanterar kritik, vilka ämnen medlemmar ska få lyfta i tidskriften och vad vi som förening ska arbeta med har skett. Vi blir de val vi gör.



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



MARIA LARSSON

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

**ORDFÖRANDE:** Maria Larsson  
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**VICE ORDFÖRANDE/INTERNATIONELL SEKRETERARE:**  
Jonas Eberhard  
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**SEKRETERARE:** Tove Mogren  
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**SKATTMÄSTARE:** Denada Aiff  
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

**FACKLIG SEKRETERARE:** Matilda Næsström  
(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:** Daniel Hedqvist  
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

**ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITUS:** Martin Hultén  
(martin.hulten@skane.se)

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

**KANSLI:** Svenska Psykiatriska Föreningen  
Box 53246, 400 16 Göteborg

(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Ja, så vad är då mina insikter från detta år? I korthet att jag är stolt över föreningens arbete, från varje medlems patientmöten till mer strategiska arbeten och satsningar från styrelsen. Att jag är glad över den öppenhet och klokhet som finns i föreningen samt den styrka vi har. En personlig insikt också att det är en genuin ynnest att få vara ordförande för denna fina förening, troligen den största jag kommer få under mitt yrkesliv, som jag är tacksam för.

Så med denna korta sammanfattning av 2024, vad återstår då från mig annat än att säga samma sak som John: *A merry, merry christmas. And a happy new year. Let's hope it's a good one. Without any fear.*

Maria Larsson  
Ordförande SPF



# Insikt i barn- och ungdoms- psykiatri: Samhällets krav, ungas utmaningar och risken för överdiagnostisering

Insikt är ett kraftfullt ord. Inom psykiatri, särskilt när det gäller barn och unga, handlar insikt om så mycket mer än att förstå sina egna känslor och tankar. För att verkligen hjälpa unga som kämpar med psykisk ohälsa, behöver vi inte bara förstå deras inre liv – vi måste också förstå det samhälle som formar deras liv, och de krav som ofta blir för tunga att bära.

Utan denna insikt tror jag vi riskerar att se psykisk ohälsa hos unga som ett resultat av individuella brister, snarare än som en spegling av de krav och den sociala kontext de lever i. En sådan brist på insikt kan leda till en skev syn på psykisk ohälsa men också bidra till överdiagnostisering, där fokus hamnar på diagnoser och behandling utan att de bakomliggande samhällsproblemen adresseras.

Samhället ställer idag höga krav på unga. Skolpressen är hög och dagens unga står inför en värld som känns osäker – ekonomiskt, politiskt och socialt. De har aldrig tidigare varit så utsatta för sociala jämförelser, där livsstilsbilder och ideal i sociala medier ofta skapar en orealistisk norm. I denna miljö riskerar unga att känna sig otillräckliga, vilket skapar en grogrund för psykisk ohälsa.

När samhället, skola och föräldrar, inte har tillräcklig insikt i de påfrestningar unga möter, finns en risk att vi ser psykisk ohälsa som något som i hög grad handlar om individen. Individen riskerar då patologiseras vilket innebär att orsaker till deras svårigheter – till exempel sociala ideal, skolsystemets strukturer – inte åtgärdas. Lösningen blir istället en förhoppning om en "quick fix" inom BUP. Och vi vill ju alla hjälpa, inte sant? Tyvärr tror jag vårt omhändertagande vissa gånger blir missriktat och ibland t.o.m. en negativt vidmakthållande faktor. Hållbara lösningar ligger i att de underliggande samhällsproblemen som bidrar negativt förändras.

Det är avgörande att vi utvecklar en bredare samhällsinsikt kring ungas psykiska hälsa. Detta måste beaktas i både diagnostisering och behandling. Vi som profession har här ett stort ansvar kring att inte bidra till en negativ utveckling och slå vakt om en rimlig syn på diagnostik. Vi behöver bidra till en mer nyanserad syn på psykisk ohälsa. Vi måste sträva mot en balans mellan att ge individuellt stöd genom psykiatrisk diagnostik och behandling och att uppmärksamma och bidra till att förändra de strukturella samhällsrelaterade faktorer som bidrar till psykisk ohälsa. Detta är såklart ett övermäktigt uppdrag för den enskilde klinikern i en pressad vardag. Men tillsammans som förening kan vi driva frågorna mot att skapa en miljö där unga kan växa och utvecklas utan att deras psykiska hälsa sätts på spel. Det handlar bl.a. om att skapa strukturer som främjar välmående – i skolan, i arbetslivet och i våra sociala sammanhang. Först när vi förstår att psykisk ohälsa inte är ett individuellt problem, utan ett samhällsproblem, kan vi börja bygga en bättre framtid för våra unga.



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)

SEKRETERARE/FACKLIG SEKRETERARE:  
Beata Bäckström (beata.backstrom@skane.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)

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

LEDAMOT: Susanne Buchmayer  
(Susanne.buchmayer@gmail.com)

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

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

LEDAMOT: Amelie Kjellstenius  
(amelie.kjellstenius@vgregion.se)

LEDAMOT: Jonas Nilsson, (jonas.nilsson@sfbup.se)

SFBUP:s hemsida: [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

Jag började min tid i SFBUP:s styrelse 2019, och har nu med stor ödmjukhet inför uppdraget tagit rollen som ordförande. Jag vill rikta ett stort tack till min föregångare Susanne Buchmayer vars bidrag till styrelsens arbete och barnpsykiatri varit fantastiskt. Det är i mångt och mycket Susanne som genom sitt stora engagemang satt SFBUP på kartan och inte minst arbetat hårt för att höja professionens röst i de komplexa frågor som rör barn- och ungdomspsykiatri. Inte minst har Susannes arbete ökat just insikten i samhället och i politiken kring de utmaningar som barn- och ungdomspsykiatri står inför. Det är med glädje vi nu ser frukterna av detta idoga arbete där vi är delaktiga i intensiva samtal med politiken och olika myndigheter i utredningar rörande bl.a. adhd, nya elevhälsan, utvecklingsteam till BUP, Försäkringskassan, skärmanvändande mm.

Stort tack Susanne! Jag lovar att försöka göra mitt bästa att förvalta allt det fina som du tillsammans med vår kompetenta styrelse arbetat för.

Carl-Magnus Forslund  
Ordförande SFBUP

# Vår förmåga att inse någontings innebörd eller att anpassa vårt handlande efter en sådan insikt

Rättspsykiatrien dignar just nu under belastning men vibrerar samtidigt av förändringstryck. Så mycket måste göras, så mycket är på gång. Var ska vi börja, vem ska göra vad, hur ska vi orka? I mina ögon börjar insikten sjunka in hos många att rättspsykiatrien går mot en modernisering. I en framtid har vi fler patienter i öppenvård men fler möjligheter till kortare återinläggning, vi har behandlingsriktlinjer, en nationell klinisk forskning och fullt med unga medarbetare som vill arbeta i ämnesområdet där psykiatri, juridik, etik och kriminalpolitik samsas. Börjar vi inse vårt ämnes innebörd? Måktar vi med att anpassa vårt handlande efter en sådan insikt?

Rättspsykiatri är ett tacksamt ämne att lära ut. Det finns system och logik, regler och förutsägbarhet och oftast ett rätt sätt att handla. Lägg därtill vår fördel att blåljus och brott väcker stort intresse. Föreläsningen går ofta galant kring allvarlig psykisk störning och fängelseförbud, påföljder och vårdtrider. Men så kommer läraren till insikt och handlingskontroll och de så kallade undantagen och där tappar man ofta hälften. The short story är att en person som begått brott i Sverige under påverkan av allvarlig psykisk störning inte ska dömas till fängelse (det så kallade fängelseförbudet, det enkla Undantag 1). Undantag 2 är svårare: Om det föreligger särskilda skäl (ett allvarligt brott med kortvarig allvarlig psykisk störning och ringa vårdbehov) kan personen dömas till fängelse. Därefter följer det svåraste, Undantag 3: Om personen till följd av sin allvarliga psykiska störning saknade förmåga till insikt i gärningens innebörd eller (sluta inte läs!) förmåga att anpassa sitt handlande efter sådan insikt (de allra mest sjuka, ofta liktydigt med akuta psykotiska tillstånd) så får de ändå inte dömas till fängelse. Undantag 4 är mer lättbegripligt: Om personen själv orsakat sin brist i förmågorna med exempelvis drogintag kan fängelse utdömas. Svårt, intressant och viktigt tycker rättspsykiatrikern men kanske inte den bästa reklam för specialistutbildningen i rättspsykiatri. I praktiken är det dock endast kollegorna vid Rättsmedicinalverket som måste bedöma och beskriva undantag 2-4.

Rättspsykiatrien vibrerar just nu. Det är här man ska vara, det är här det händer. Socialstyrelsen utreder hur vi ska nå en bättre tvångsvård, SKR satsar med utredningar och nya grepp, forskningsmedel utlyses, två nya forskarskolor startar, kommande SPK är fylld av rättspsykiatri, och regionala satsningar görs. I Västra Götalandsregionen tillförs nya medel för utbyggd slutenvård men också för en stor och viktig satsning på öppenvård. Nyligen löpte tiden ut för att avge remissvar kring betänkandet "Ett ändamålsenligt samhällsskydd". Regeringen vill införa en ny påföljd, säkerhetsstraff. En person som har begått upprepade våldsbrott ska kunna dömas till tidsbestämd internering, inte utifrån ett begånget brott utan utifrån en framtida risk för ett sådant brott. Domstolens beslut baseras på en riskbedömning som ska utföras av Rättsmedicinalverket. Allt är logiskt utifrån rådande kriminalpolitiska vindar men risken är stor att ingen hänsyn tas till betänkandets uppenbara



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



## SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné  
(ordforanden@srpf.se)

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

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

KASSÖR: Cilla Pillay  
(kassoren@srpf.se)

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

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling  
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel, Erik Nilzén

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling  
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

straffrättsliga och etiska problem Vi är måhända i det sluttande planets tidevarv.

En kort reflektion kring ens egen förmåga till insikt i tillvarons vindlingar. Nja, viss insikt finns fläckvis (om man nu kan bedöma sig själv i denna fråga?). Handlingskontroll utifrån sin insikt? Den tappades i alla fall tillfälligt häromdagen vid intagande av den heliga triaden (kyckling, chips och dippa). Kortvarig njutning följdes av eftertankens kranka blekhet och oskön känsla. Inte blev det bättre, apropå mat och handlingskontroll, av kvällslektyren, Vegetarianen av nya Nobelpristagaren Han Kang. Psykiatriskt intressant, så bra men också så hemsk. Tänk att kunna skriva så.

Avslutningsvis, vi sörjer vår förre ordförande Per-Axel Karlsson som nyligen avled efter en längre tids sjukdom. Tack Per-Axel för allt ditt arbete och för de många år du ledde vår förening.

Peter Andiné  
Ordförande SRPF

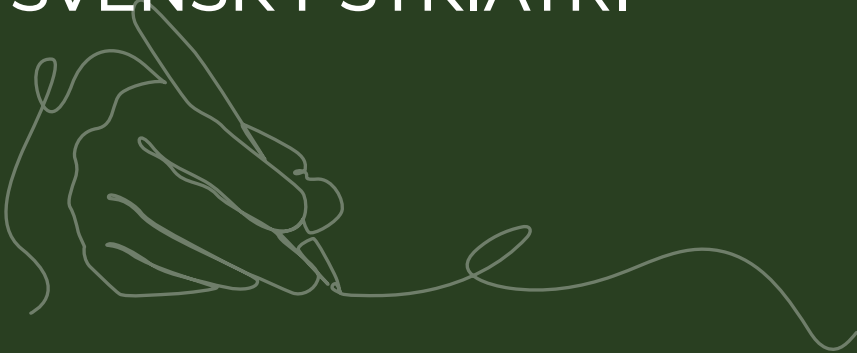
### Rekommenderad läsning

SOU 2024:48, Ett ändamålsenligt samhällsskydd: vissa reformer av straff- och straffverkställighetslagstiftningen  
Kang H (2007) Vegetarianen, Natur & Kultur, Stockholm, 2016





# Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



## SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto: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: **5/2**

Tema: *Farlighet*

## UTGIVNING 2025

NUMMER 1	NUMMER 2
Tema: <i>Farlighet</i>	Tema: <i>Lönsamhet</i>
Deadline: 5 februari	Deadline: 14 maj
Utkommer: Vecka 10	Utkommer: Vecka 23
NUMMER 3	NUMMER 4
Tema: <i>Förtroende</i>	Tema: <i>Natten</i>
Deadline: 27 augusti	Deadline: 12 november
Utkommer: Vecka 38	Utkommer: Vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatrin.

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](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se).



ANMÄLAN ÖPPNAR  
INOM KORT PÅ SFBUP.SE



**KONGRESSEN**  
SÖDRA TEATERN STHLM  
17-19 SEPT 2025

VÄLKOMNA TILL SFBUP KONGRESSEN 2025.  
**TEMA DIAGNOSTIK I UTVECKLING**

Utöver ett digert program kommer kongressen 2025 kompletteras med en  
UTBILDNINGSDAG I KOMPLEX DIAGNOSTIK, riktad mot erfarna kliniker.

**MIDDAG OCH SOCIALT PROGRAM PÅ FOTOGRAFISKA!**

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:



Svenska Föreningen för Barn -  
och Ungdomspsykiatri:  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)



Svenska Psykiatriska Föreningen:  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)



ST-läkare i psykiatri:  
[www.stpsykiatri.se](http://www.stpsykiatri.se)



Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



## Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

**Tid:** Torsdagen den 13 mars 2025, klockan 17.15

**Plats:** Lokal J1, Svenska Mässan Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
  - i. Styrelsens verksamhetsberättelse
  - ii. Skattmästarens redogörelse
  - iii. Revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
- 16.1 Förslag stadgeändring paragraf 22
17. Mötet avslutas

Obs! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se).

Maria Larsson

Ordförande i SPF

## Självkänedom ger hållbara specialister

Den nya ST-läkaren är duktig och ambitiös, omtyckt av patienter, anhöriga och kollegor. Men han fick en tuff start på karriären; en av hans patienter tog sitt liv. Det fick honom att ompröva sitt val av specialitet. Kliniken var snabb med att ge stöd, men självklart tar bearbetningen tid. Kollegan som berättar är bekymrad; ST-läkaren mår inte bra.

Man kommer långt med huvudhandledare, studierektor, underläkarchef, stöd till personal, men räcker det? "It takes a village to raise a child", sägs det, jag hävdar att det även gäller våra unga kollegor. Vi behöver vara många runt omkring varje person, även om vederbörande har passerat 18-årsåldern för länge sedan. Det är allas insatser som tillsammans blir mer än summan av var och en för sig. En gnutta tur skadar inte heller.

Hur gick det för ST-läkaren då? Jag har träffat dem som lämnat psykiatrin efter liknande händelser och jag vet hur det svider. Men inte den här gången. "Han fick en jättefin handledare på nästa placering", berättar kollegan glatt, några må-



Foto: Shutterstock/KIKI URBA



nader senare, ”Du vet, en sådan med steg 2? Fattar du, vilken tur!”

Vad var det jag precis hörde? Läkare och psykoterapeut, de växer inte på träd direkt. Samtidigt som den grundläggande psykoterapiutbildningen för ST-läkare i psykiatri är ständigt ifrågasatt. Eller rättare sagt, det är utbildningens omfattning som är ifrågasatt. Man tycker att den är för lång, för mycket, att det är slöseri med tid, emellanåt rent dålig, dessutom har många europeiska länder betydligt kortare utbildningar. Att man bör lägga mer tid på diagnostik och farmakologi i stället.

Den kloka läsaren har nog redan räknat ut att jag inte håller med. Snarare tycker jag att det finns flera anledningar för vår profession att vara rädda om våra kunskaper om psykologiska modeller och behandlingsmetoder. För våra patienters skull och för vår egen.

#### Några argument för

Precis som vi studerar laboratoriemedicin och röntgen under grundutbildningen behöver vi som psykiatrer kunna något om psykoterapi. Det gäller både samtalsmetodik, förståelse genom konceptualisering, och behandling. Vi blir bättre på att bedöma vilka patienter som kan ha glädje av psykologisk behandling. Vi blir bättre på att kommunicera om vi kan använda psykologens språk; ett smidigt samarbete mellan professioner ger patientnytta.

Egentligen är inte det större skillnad än att ta ställning till behov av blodprov, röntgenundersökning eller konsultation av annan specialist. Annars kan man väl göra om grundutbildningen till lika många, kortare läkarprogram, som det finns specialiteter. Ganska absurt, eller hur? Jag har aldrig tänkt att 80 % av min grundutbildning varit bortkastad tid, för jag skulle ändå bli psykiater, tvärtom.

Snarare kan man fråga sig om en grundläggande psykoterapiutbildning har en plats i läkarens grundutbildning. Kollegor som arbetar inom andra specialiteter brukar avundas vår psykoterapiutbildning under ST.

Vad tycker andra psykiatrer då? Ärligt talat har jag inte mött så många som i efterhand velat vara utan psykoterapiutbildning. De flesta har haft glädje av det och brukar inse det alltmer med tiden, 1–2 år efter specialistkompetens. Då är det inte bara i kontakten med patienter som utbildningen kommer till nytta – inte är det så ”bara”, men jag tror att kritikerna vill ha mer.

Psykoterapiutbildningen lär oss en metod men även ett annat sätt att tänka. Den ger oss verktyg för att t.ex. förstå olika dynamik som kan uppstå med patienter eller inom personalgrupper. Alla som arbetat på en dysfunktionell arbetsplats vet vad jag talar om.

Utbildningen förbereder oss även för nya psykologiska synsätt och behandlingsmetoder som komma skall, för ”det enda som är konstant är förändring”.

Den bidrar till ökad självkänedom, något som vi behöver förvärva (oklart hur) för att bli bra doktorer, bra kollegor, bra ledare, bra chefer, med mera... och inte minst för att orka med ett helt yrkesliv med hälsan i behåll. Kan ökad självinsikt bi-

dra till att minska risken för burnout/utmattningssyndrom? Jag tror det. Och vem/vilka drabbas i slutändan, förutom en själv och ens kollegor, om inte vi står stadigt? Inte chefer, beställare, administratörer eller politiker, utan *patienter*.

Sist men inte minst tycker jag att vi ska fråga oss vems ärenden vi egentligen springer när vi hackar på vår psykoterapiutbildning. När vi håller med om att läkare inte ska läsa till psykoterapeuter (en utrotningshotad art). ”Hur skulle det gå om alla gjorde så? Det går alldeles utmärkt, för alla gör inte så” (tack till Bodil Jönsson för citatet). Samtidigt som vi klagat över att ha hamnat i ett snävt fack av dyra arbetstagare som enbart ska sitta med intyg och recept.

Jag tycker att det är viktigt att psykiaterkåren behåller en bredd, om inte på individnivå åtminstone på gruppnivå. Vi behöver dem som är duktiga på diagnostik eller läkemedel, lika mycket som på forskning eller handledning, på psykoterapi eller ledarskap, på snabba eller fördjupade bedömningar, med mera. Är resursbrist skäl nog att slopa mångfalden? Jag tycker att vi har tillräckligt mycket stuprörstänk som det är.

#### Kritiken då, är den befogad?

Både ja och nej. Dåliga utbildningar kan vi vara utan. Lösningen är enkel men ack så svår; se till att utbildningen håller god kvalitet, så kommer den inte att upplevas som tidsslöseri.

EU-perspektivet då? Nja, det beror på vilka länder man jämför med. Om det är Tyskland eller Italien så är den svenska psykoterapiutbildningen jämförelsevis kort. De som hävdar att svenska ST-läkare går den längsta psykoterapiutbildningen i hela Europa uppmanas att ta reda på fakta. Därefter kan man fråga sig vilka länder man avser att harmonisera med och varför.

Stämmer det då att våra nyblivna specialister kan för mycket psykoterapi och för lite diagnostik och farmakologi? Visst kan det vara så, även om det skiljer mycket mellan olika individer. En möjlig väg att gå är att fortbilda handledarna. De är själva ett resultat av utbildningssystemet och deras eventuella kunskapsluckor kan påverka ST-läkarna, som en självuppfyllande profetia.

En annan lösning vore att utöka utbildningen i t.ex. diagnostik och farmakologi. ”När ska de vara på kliniken då?” lär motfrågan bli, och det är en del av problemet, en punkt där Sverige verkligen sticker ut jämfört med andra europeiska länder; att utbildningssystemet baseras på ”learning by doing”. Kanske är det pudelns kärna; det får bli en egen debattartikel.

Alessandra Hedlund  
Psykiater, Stockholm





Foto: Shutterstock/ AnnaStills

## Insikt- behövs det? För vem: terapeut, patient eller båda?

*Namn och annat ändrade i båda fallen.*

### Patientfall nummer 1

- Hej, vad heter du?
- Theo, jag är 31 år.
- Mitt problem är att jag känner mig helt tom, jag minns nästan inget från min uppväxt, går inte ut om jag inte är tvungen. Blev adopterad hit när jag var liten. Har suttit i mitt rum i föräldrarnas villa i över 10 år. Det började när jag misslyckades efter studenten, inget funkade längre.

Jag beslöt pröva *symboldrama* (enl, Schorr), något jag senast gjorde för många år sen. Det är en sorts Guided Fantasy; efter avslappning ber jag patienten för sin inre syn se en grind eller port, och sen gå in genom den.

- Jag ser en röd dörr, säger han. Nymålad.
- Är du ensam?
- Ja.

- Vill du ringa på?

Väl inne möts han av en kvinna som ber honom gå in i lägenheten. Där finns barn som leker.

- Hur gammal är du, frågar jag.
- Tre år, svarar han.
- Känner du igen dig?
- Ja, det är min dagmamma, svarar han.

Sen går han in och leker med kompisarna.

Vi avslutar med att han får "återkomma" till här och nu. Jag räknar ned: 3-2-1.

Han är förbluffad, har inte tänkt på detta på mycket länge. Det var en lycklig tid, han hade massor av kompisar.

Vi gör sen mellan 5 och 10 symboldramor som alltid återvänder till lyckliga delar av hans uppväxt. Det sista handlar om att han som 18-åring går en promenad med sin far vid havet. Han ser oväder på avstånd...

Något år senare får pappan en stor hjärtinfarkt, hans egna problem kommer när han börjar på högskolan. Pappan jobbar inte mer utan får pension.

**Diskussion:** En mjuk, artig ung man som inte kan formulera några tydliga problem. Han står på escitalopram 10 mg som jag höjer till 15 mg. För att vara säker på att han inte bär på depression/ångest med få symtom. Vi ses glest då jag jobbar kanske varannan månad.

Försöker få med föräldrarna, men patienten vill inte ta med någon av dessa.

Han väcker misstanke om Asperger/ADHD men har inte det.

Med symboldrama kan jag nå hans undermedvetna och han har ändå full kontroll. Han fungerar mycket bra i denna behandling och är nöjd och förvånad. Han tycker det är kul och är tydligt tagen och upplivad efter varje session.

Efter knappa 10 möten är han i gång och arbetar på Kupan/Röda Korset. Meddelar mig per telefon att han mår bra och inte behöver våra samtal längre. Escitalopram är utsatt av patienten.

Jag får viss insikt, patienten kanske också får det. Om det finns något utlösande trauma vet jag inte. Han förnekar det.

### Patientfall nummer 2

Jag jobbade för länge sedan med ett par där mannen misshandlade sin fru regelbundet. Hon hade blåmärken i ansiktet och han hade rivit hårtestar från hennes huvud. Jag och en kvinnlig kurator såg paret ett antal gånger. Vi gjorde tekniskt ett "bra" jobb, men misshandeln fortsatte. Han var svartsjuk och beskyllde henne för otrohet. Hon förnekade det. Båda hade ledande jobb i samhället.

När vi träffats några gånger, kanske fem, kände jag mig illa till mods. Vi gjorde rätt, hade bra överblick, men misshandeln fortsatte! Jag ringde honom.

– Kan du komma till mig efter jobbet, bara du och jag, vi behöver ses. Klockan 17.15?

– Visst, sa han.

Jag var arg. Tyckte inte han tog oss/mig och vårt arbete på allvar.

Jag tittade ut genom fönstret.

– Ser du fängelset där borta?

– Där borde du sitta! Du misshandlar din fru, det är fängelse på sånt. Om hon så ligger med hela gatan är det inte olagligt!

Jag skriver ingen journal idag och det här mötet kostar inget.

– Men jag vill att du ska veta vem du egentligen är.

Han blev oerhört förvånad och började gråta. Till min häpnad. Jag hade slagit sönder den skyddande glasbubblan. Min ilska gjorde mig mänsklig, jag nådde plötsligt fram.

**Diskussion:** Efter ett timslångt möte skiljdes vi åt. Terapin var slut, paret uteblev framöver. Men vi såg varandra på stan. De såg gladare ut. Hon hade inga blåmärken längre.

Kanske fungerade min insats när jag släppte en del av ramarna och visade ilska, sorg och förtvivlan!

"Man to man talk" gjorde skillnad!

### Insikt, vad är det?

En djupare förståelse som ofta bara nås genom psykoterapeutiska insatser. "Man vill bringa klarhet i bakgrunden till klientens psykiska problem och besvär genom att öka medvetenheten om egna sätt att tänka och reagera."

Det är nog bra, men jag tror inte alltid det behövs eller självklart alltid gör skillnad. De två exemplen ovan visar andra vägar som fungerade. Under arbetets gång uppnådde kanske både jag och patienterna någon sorts insikt, men mer intuitiv sådan. Det sägs att Känsla alltid kommer före Tanke, och det tror jag på. Det kanske förklarar att det är så svårt att få tanken/förnuftet att rå på känslan. Det lär ju vara så att vår vänsterhjärna är inriktad på förnuft, medan den högra sköter känsla. Det verkar som högerhjärnan är den som bestämmer till vardags!

Under min ST-tid i psykiatri läste min fru om en veckokurs i familjeterapi. David Wilmot var kursledare, han jobbade lite senare på Tavistock i London. Den måste du gå, sa hon och hon hade rätt! Därför träffade jag denna engelska familjeterapeut som har påverkat hela mitt psykiatriska tänkande. Jag gick flera kurser och lockade honom också att ge kurser i Västervik. Vi blev goda vänner.

En av hans tankar var att terapi/psykiatri ofta handlar om att uppnå FÖRÄNDRING, inte förståelse/insikt. Han hävdade att följande ord var en sorts vägledning i detta arbete:

### VAD–HUR–NÄR

Vad vill du förändra, hur skulle det kunna ske (brainstorming) och när är du beredd att börja detta arbete? Observera att de måste tas i denna ordning!

Dessa ord tog avstamp i här och nu. Och framåt.

– Ingen kör bil genom att främst se i backspeglarna.

Frågan VARFÖR var den fråga som ledde bakåt, och som i bästa fall kunde leda till förståelse, men inte självklart skapade en förändring. Den ledde ibland också till att leta efter vems fel det var, en SYNDABOCK. Och arbetet stannade av.

Jag har genom (psykiatri)livet haft stor glädje av dessa tankar.

En nära vän till mig, psykologen Jan Lokrantz hävdade alltid:

– Tänk om ni läkare kunde vara lite mer magiska, så mycket mer ni skulle kunna uträtta med era patienter.

Att förklara allt är en överskattad metod.

Ibland ska man gå på känslan direkt!

Svante Bäck

*Psykiater och pensionär, men jobbar lite i öppenvård. Har steg ett i psykoterapi. Har genom åren jobbat med/nosat på: korttidspsykoterapi, familjeterapi, symboldrama, paradoxal intervention, bildterapi, musikterapi...*

*Jag har själv gått i symboldrama, gruppterapi och psykodrama.*

*Samt AGSLO.*

*SvanteMikael@gmail.com*

# Nya familjesystemiska insikter i patientarbetet

Hur kan vi införliva innebörden av olika psykiska symtom?



*Det enda terapin kan göra är att hjälpa en människa att undanröja hinder som gör att hon inte kan älska.*

Rollo May (1)

Människan är den första livsformen som har kunnat observera känslprocessen med sitt intellekt. Hittills finns det speciella kännetecken på dem som är benägna att göra detta och de som inte har kommit så långt. Detta kännetecken kallas differentiering av självet (2).

David är en 30-årig man som hänvisades till min mottagning efter en serie psykologsamtal. Han har haft problem med tvångstankar och tvångshandlingar sedan 20 år tillbaka, och har varit deprimerad i perioder. Upprepade besök i primärvården på grund av ängslan för en hudförändring. KBT-online under en längre tid upplevdes som opersonligt, och försök till behandling med mediciner gav inte heller någon positiv effekt. Han vill nu ta hand om tvånget själv eftersom han är rädd för att bli beroende. David är arbetslös och har varit ensam hela sitt liv.

## Frustration är ett substitut för sorg

David's uppväxt har präglats av mammas psykiska sjukdom och pappas frånvaro i olika tidsperioder. Han har ackumulerat af-

fecker i många år, och det har haft negativ påverkan på *anknytningsmönstret*, som innebär att man blir frustrerad på en person som man älskar mest av allt i hela världen. Det gör i sin tur att man får skuld känslor, som i en konfliktfylld situation förblir obearbetade och förvandlas till ångest och depression. Tvångssyndromet avspeglar också ett svårt dilemma som rör föräldrarnas relation. Av *blind kärlek* drivet anstränger sig barnet att i sina magiska önskningar balansera mellan föräldrarna i sitt fåfänga försök att hålla ihop familjen, genom att bära en del av deras ångest. Barnet blir insnärjt och *locus of control* hamnar utanför. Ankningsmönstret behöver nu ses ur ett vuxet perspektiv (3) och allt bör betraktas i kärlekens ljus, utan att behöva gräva i barndomen.

## Sorgen är kärlekens pris

Det föreligger ett behov av *differentiering av självet* men om den insikten inte införlivas kan vi inte förvänta oss en positiv klinisk effekt. En insikt är bara en intellektuell förståelse av principerna men det mest utmärkande är det som kan vinnas genom personlig erfarenhet. Man föreställer sig en slags *förbindelseådra* mellan huvud och hjärta, så att frustrationen tas ner till maggropen och lämnas blott åt kärleken. En ny personlig attityd präglad av ödmjukhet och självaktning gör det möjligt för patienten att gå från ord till handling. Han föreställer sig nu *tvånget* som uttryck för en långvarig kontroll och ambivalens; *depressionen* som ett substitut för den obearbetade skulden, och *hypokondrin* som ångestfenomen av förföljande karaktär – en självförebärrelse för stagnationen i den personliga utvecklingen. Det patienten behöver göra är en handling som befriar: att låta ångesten vara där den hör hemma, hedra föräldrarna, låta dem bära sitt öde, och att ta hand om sitt eget liv på bästa sätt. Känslomedvetenhet och högre grader av känslonyansering kan lättare uppnås med hjälp av visualiserande verktyg så som "Solrosövningen", "Spinozas fönster" och "Metaforen Prispallen" (4).

## Referenser:

1. May R. Den omätbara människan: Om människosynen i existentalistisk psykologi och terapi. Natur & Kultur; Stockholm 1999.
2. Hybbinette IM, Bengtsson K. Läkarroll i förändring: att våga nya vägar. (Citat av Murray Bowen s. 263) Studentlitteratur AB; Lund 2004.
3. Attachment style among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991.
4. Demisai, I. Antidepressiv kognitiv stil (Actavitamodellen). En ny strategi för psykisk hälsa. Actavita RehabDialog, Göteborg 2024.

Imri Demisai

Psykiater

Actavita RehabDialog, Göteborg

imri.demisai@gmail.com

Foto: Mia Demisai

Bild: Vanessa Stavenow



# Insikt Psykiatrins uppgift?

Det är svårt att uppnå insikt, även svårt att ha den. Hjälper självinsikt alla? Är den viktigast att uppnå hos patienten eller hos behandlaren?

Insikt borde innebära att båda parter är överens om vilka problem som ska behandlas och varför, samt vilken metod man vill/kan använda för att nå målet.

Psykiater Peder Björling skriver i ett inlägg i SvD 6/9 att han på en konferens i USA blev påverkad av uttrycket som användes, "get yourself a life", eftersom det var en aspekt han inte upplevde att man pratade om i Sverige.

I Svensk Psykiatri nr. 3 2024 behandlar Gunilla Nilson och Thomas Silfving problemet när en patient fortsätter söka vård och inget av det som erbjuds hjälper. Det är en intressant debattartikel som ställer frågan om huruvida vi behöver se över våra grundläggande antaganden om vad som utgör en effektiv psykiatrisk vård för patienter med psykisk ohälsa.

Det är svårt att bedöma symptom och ge rätt behandling. Ofta finns flera problem och diagnoser samtidigt. Det tillkommer dessutom nya diagnoser under behandlingens gång. Den som söker hjälp verkar ibland mest trakta efter att någon vill lyssna och bekräfta att man har det svårt och är inte alltid beredd på eller kapabel att förstå det arbete som krävs för att förändra något i sitt liv, ett liv som upplevs för svårt att leva.

Psykiatrin behöver vara tydlig med att formulera vilket man kan göra och vilket man inte kan hjälpa med.

Det kan saknas en realism. Många utredningar gör oss kanske inte alltid klokare och många behandlingsmetoder hjälper inte. Människor som har många problem behöver informeras om att det är tufft och ibland nästan omöjligt att "få ett liv".

Bedömningar varierar beroende på behandlaren erfarenheter och lokala riktlinjer.

En kort fallbeskrivning:

En 14-årig tjej remitteras på 90-talet under diagnosen anorexi. Hon har ett somatiskt funktionshinder som försvårar livet för henne. Hon får en psykodynamiskt inspirerad samtalskontakt samtidigt som det inleds en familjeterapi. Hon blir även efter ett tag inlagd eftersom hon helt vägrar att äta. Hon behöver få näring via sond. Hon vägrar prata, vägrar att träffa sina föräldrar. Vill inte leva.

Sannolikt omöjligt att hjälpa henne då med psykodynamisk samtalskontakt och familjestöd.

Om man gör fallbeskrivningen retroaktivt, kan man i dag konstatera att denna tjej inte fick rätt hjälp.

Anorexid diagnosen supplerades allt eftersom med självska-  
debeteende, depressivitet, självmordsförsök, ADD, autism. På grund av för dåligt stöd i skolan kunde inte full skolgång genomföras, ingen vidareutbildning, inget jobb. Placerades i

familjehem flera gånger, men kunde inte ingå i behandlingen. Rymde vid upprepade tillfällen.

Vilken insikt behövs?

Såväl hennes som föräldrarnas insikt i problembilden var nog, både vid behandlingsstart och under hela förloppet, outforskad. En känsla av värdelöshet fanns hos alla, både hos tjejen, hennes familj och i sjukvården.

Hon tycker i dag att hon inte fick rätt behandling. Och det har hon ju rätt i. Men man kan också uppfatta det som att hon inte gick att behandla med de metoder som fanns då. Vid vuxen ålder består hennes liv av kontakter med sjukvården, klagan över sjukvården, över socialtjänsten, kommunen, klagan som leder till nya problem, då man känner att man vill eller måste ge behandling fast den inte blir rätt.

Ett stort antal allvarliga diagnoser kan till slut landa i en diffus "psykisk ohälsa". Man har sannolikt skadats i sin personlighetsutveckling på vägen.

Som terapeut behöver man ständigt revidera sin insikt. Man måste vara ödmjuk i det, även ha förmåga att kunna acceptera att man inte kan hjälpa. Men det svåraste är kanske att ge patienten insikt i den livssituation hon hamnat i, att den delvis beror på bristande accept av hennes livsvillkor. Men också att ingen har konfronterat henne med bedömningen eller hjälpt henne hantera den.

Att kunna stötta en människa i det arbetet kräver kanske en annan åtgärd än vad som för närvarande kan erbjudas överallt i psykiatrin. En psykopedagogisk kurs, kanske en slags coach som kan finnas med under längre tid och med hjälp av ett empatiskt förhållningssätt bibringa förståelse av vad som hindrar henne i att få insikt och acceptera livssituationen. En öppensinnad terapeut som kan hantera patientens ilska.

Vilka individer behöver hjälp till insikt? Sannolikt alla, de med "lindriga" symptom som kräver ett perfekt liv, men även de som har fått många diagnoser.

Så hur gör vi med dem som inte klarar av att "få ett liv". Dem som psykiatrins metoder eller resurser inte räcker till för att hjälpa? Det kan ibland kännas som att vi inte har kommit så mycket längre sedan 90-talet. På vilket sätt arbetar vi nu anorlunda? Vad är det vi alla behöver insikt i?

Våra begränsningar och möjligheter i arbetet med psykisk ohälsa, hur vi involverar patienten i processen.

Maiken Fjelkegård

Pensionerad barn- och ungdomspsykiater, leg. psykoterapeut  
Stockholm



# Insikt



Fascinerad av originella och udda människor, var det kanske slumpen eller ödet, som förde mig in i psykiatrins värld, bort från en tillvaro som bonde. Hela mitt yrkesliv har präglats av ambitionen att inkludera i samhället, även dem som har svårt att anpassa sig och befinner sig på normalfördelningskurvans ytterkanter.

När det börjar bli dags att summera passar "Insikt" utmärkt som röd tråd i denna text, trots en risk att framstå som prententiös. Dessutom är det väl bekant, att man som pensionär kan ge uttryck för det som man tidigare inte tyckte var riktigt passande.

I en strävan att vara pedagogisk vill jag lyfta fram **sex insikter** som tydligt framträder när jag nu reflekterar över mitt liv till dags dato. När det gäller insikt är det också lämpligt att analysera varför just jag landat i dessa slutsatser.

**Utveckling förutsätter selektion, samt kanske även någon annan okänd systemskapande mekanism, som i sin tur förutsätter mångfald.** En balanserad kombination av enhet och mångfald är en formel som visat sig framgångsrik inom många områden, i stort som smått, i samhället, immunförsvaret och i naturen. Anledningen är att när omständigheter, miljön förändras och det uppträder nya hot, som organismen eller samhället måste möta, är det en fördel att ha flera alternativa lösningar, delvis utvecklade, som går att välja.

En uppenbar slutsats är att renodlad extremt driven globalisering och monokulturer är kontraproduktivt när det gäller utveckling och förmåga att överleva.

**Mot dumheten kämpar även gudarna förgäves, eller trots drygt 2000 år har vi inte fattat betydelsen av inskrifterna på templet i Delfi: "Meden agan" och "Gnothi seauton".** De grekiska filosoferna, främst Platon och Aristoteles, ägnade mycket tid åt att försöka förstå, men även fundera ut lösningar för individen och staten. Grundregeln är att den mänskliga energin behöver kontrolleras och riktas, vilket kan ske på olika sätt. Kan det mänskliga kollektivet enas om ett ideal som förutsätter att individen själv kontrollerar och begränsar, minskar i motsvarande grad behovet av yttre kontrollfunktioner. (jmf Irving Babbitts "Democracy and Leadership").

Oavsett styrelseskick, politisk övertygelse och materiella förutsättningar kommer vi tillbaka till att ett samhälles moraliska kvalitet, grad av civilisation och hållbarhet, beror på individernas mognad och klokskap.

Ett allt kortare uppmärksamhetsspann bidrar till en generellt försämrad förmåga hos befolkningen att tänka abstrakt, hålla fler än en tankegång i huvudet samtidigt och fullfölja tankekedjor, som är längre än två led. Det drar ihop sig till en perfekt storm.





**Vi våldför oss på naturen, djur har blivit produktionsfaktorer och vi fortsätter att utfodra med antibiotika, trots medvetenhet om konsekvenserna. På 50 år har bestånden av de vilda ryggradsdjuren, vilka är viktiga för jordens ekosystem, minskat med 73 % och närmat sig kollaps. Insekterna är hotade, regnskogar skövlas, haven (läs Östersjön) är utfiskade och med vilken rätt, kanske den starkes rätt, agerar vi människor på detta hänsynslösa sätt. Vi behandlar varelser med samma ursprung, samma anatomiska grundkonstruktion, utan respekt, oavsett om de är vilda eller instängda i djurfabriker.**

Vi människor våldför oss på naturen och den insikten är inte svår att få när man växt upp på landet, men det märkliga är det kraftiga förnekandet, till den grad att våra barnbarns framtid hotas.

Vi påminns återkommande om att klimatet och biosfären har passerat ett antal brytpunkter, "tipping points", men att också de sociala faktorer som bygger och underhåller en civilisation, tillit, mognad och insikt om begränsningar, långsamt håller på att förlora sitt innehåll. Alla vill ha respekt, men ingen vill ta ansvar.

**Psykiatrins diagnoser** är ett tafatt sätt att sammanfatta när det iakttagbara uttrycket för hur hormoner, signalsubstanser, nervimpulser m.fl. system, inte harmonierar med den omgi-

vande miljön, både fysisk, emotionell och kognitiv. Det har blivit alltmer tydligt att DSM:s bristande förankring i etiologi skapar problem. En förhoppning som hittills inte lyckats infrias är att hitta biologiska markörer.

**Auktoritet i sig har blivit en karriärväg och det sunda förnuftet har hamnat på undantag.** Administratörer, vars karriärväg bestäms av förmågan att utöva auktoritet och som anser sig utvalda att leda medarbetare som är legitimerade, engagerade och i vissa avseenden styrs av andra hänsyn än interna regelverk, eller juridiska och legala ramverk. Problem uppstår när läkaretiken kommer i konflikt med arbetsgivares rätt att leda och fördela arbetet, samt krav på lojalitet mot organisationen. Det har under senare år skett en maktförskjutning till AG:s och HR:s fördel, en process som inte bara gäller svensk hälso- och sjukvård, utan kan noteras globalt. Kombinerar denna modell för strukturerad styrning och ledning med AI kan det få förödande konsekvenser, framför allt på grund av bristen på sunt förnuft. Detta påverkar i sin tur förmågan att agera proportionellt och ha tillit till kompetens.

**Våld är fortfarande det yttersta maktmedlet**, trots alla fromma förhoppningar om att förnuft och dialog ska lösa konflikter. Det blev den dystra slutsatsen efter att ha lyssnat på ett samtal med Wilhelm Agrell på Bokmässan 2024. "Våld är det starkaste maktmedlet och kommer tyvärr att förbli så." Gäller både inom stater och mellan stater och vi har inte lyckats kom-





ter. Sannolikt på grund av ett arv från min far, har jag haft svårt att rätta in mig i ledet och innerst inne hyst ett visst förakt för det etablerade samhället. Detta har i förlängningen lett till att jag ibland uppfattats som revolutionär och inte haft något emot att vara i opposition. Min bakgrund på landet har också gjort att jag alltid hävdade periferens intressen gentemot centrum, vilket oftast varit liktydigt med Stockholm.

Sammanfattningsvis så stämmer nog omdömet från min terapeut i början av ST-utbildningen, att jag aldrig varit genuint snäll, men envist hävdade rätten till att tänka fritt. Min ledstjärna har varit att handla utifrån min egen bedömning gällande individer och utifrån egna insikter. En meningsfull selektion förutsätter mångfald, vilket stämmer väl med min strävan att öka toleransen för ytterligheter och lindra utanförskap.

Olle Hollertz  
Pensionerad psykiater  
Kristdala  
Foto: Privat

ma förbi den formen av problemlösning eller måluppfyllelse.

I min personlighet och mitt sätt att reagera kan jag ganska lätt identifiera inflytande från både gener och miljö, utifrån vilka det går att härleda mina insikter. Många av mina förfäder har varit ytterlighetspersonligheter, på gott och ont. Min far hade, så här bedömd retrospektivt, en tydlig och kraftig adhd, medan det på min mors sida finns mer introverta drag. Jag växte upp på en större gård i Östergötlands kusttrakter, där farfar var godsägaren och morfar häradsdomaren, båda gifta med starka kompetenta kvinnor. Jorden, hembygden och förvaltandet av arvet har varit centralt. Kyrkan var i min barn-dom, både mentalt och geografiskt, centralt belägen i socknen. Jag växte upp i en levande landsbygd och en levande skärgård, med småbruk, storbönder, fiskare och ett småskaligt näringsliv. 08:or var på den tiden ett skällsord, men idag är allt mycket annorlunda.

Vid snart 70 års ålder har insikterna staplats på hög. Det förändrade klimatet och människans påverkan på miljön har varit centrala teman. Likaså har kontakterna med Baltikum och Ryssland varit källa till många reflektioner om människans plats i både den fysiska och den mentala världen. De linjära förklaringsmodellerna, orsak leder till verkan, har kompletterats med systemteori och en holistisk modell för biosfären fungerar. Inte så sällan har jag fått höra att jag är tio år före min tid, vilket gjort att det inte riktigt funnits någon mottagare för budskap baserat på nya insikter. Naturligtvis har det på ett sätt varit stimulerande och jag har fått bekräftelse, men det har också inneburit många konflik-





*Ludmila Mendoza*

## Och lite mer

Jag har min kropp, den som jag fått och inte mer.  
 Skapt tjäna mig i vått och torrt och inte mer.  
 Tills plåga kroppens styrka bröt och jag inser  
 min kropp är trött, av smärtan nött och inte mer.  
 Och krafter bara minne blott och inte mer.  
 Den bar min själ, nu bara kött och inte mer.

Med den jag född, och jag är stolt och lite mer.  
 Vem kunde tro, den funkar nu och lite mer.  
 Den bär framåt trots den är trött, nu lite mer.  
 Den kämpar hårt, allt slit till trots och lite mer.  
 Jag tackar dig, min starka kropp för den du är  
 och jag försöker hysa hopp allt mer och mer!

Vi klagar ofta på våra kroppar. De värker, de är svaga och allmänt besvärliga! De gör inte som vi vill! Men plötsligt slås jag av insikten: Vi ska vara djupt tacksamma för våra kroppars tålmod och hårda arbete! Tack!

Lioudmila Mendoza  
 Psykiater  
 Södertälje

# Tänk-efter-innan-du-pekar-finger- insikten

En av människans bästa egenskaper är hennes tendens att vänja sig vid det mesta för att sedan lugnt lunka på i livet. Men det gör oss även sårbara för falska budskap och bedrägerier. Vår fallenhet för att acceptera omständigheter och hålla fast vid vår världsbild kan alltså innebära att vi också blir villebråd för allehanda bluffmakare, och oseriösa expertalarmister, som stressar oss utan att de ens blivit tillfrågade. Vi förnekar gärna att vi har en sådan benägenhet och ser hellre yttre faktorer som orsak till vår enfald. Kanske finns där rentav en fascination för det bedrägliga och självbedrägliga som både gäckar och oroar? En variant av det främmande och skrämmande som härrör från det längesedan kända och välbekanta. Från barndomens eskapistiska och förtrollade sagovärld.

I kraft av vår förnekelse hanterar vi också världen och projicerar ursprunget till våra värsta farhågor på yttre omständigheter. Ens egna tvetydiga och mer obegripliga beteendefragment vill man helst inte ta itu med. Vilket resulterar i att vårt icke åtråvärda skugg-jag varken får komma till tals eller finner ro. Envist håller man sig fast vid att det är *den Andre* och/eller *det Andra* som är fejk och därför inte går att lita på. Men vår envighet fördunklar också vårt omdöme och banar väg för allsköns ohängda skojare och falskmyntare som med sina fula och luriga knep får oss på fall. Vilket man har svårt att tillstå.

När man exempelvis lägger fram en förklaring till något som låter lockande, en förklaring som kanske *inte* ens är sann, blir det ju ännu svårare att föreställa sig vad vi inte får veta. Vi dras med och blir förledda och vilseförda bortom all rim och reson. Nu igen!

Förda bakom ljuset glömmar vi sedan bort att ställa nyfikna och relevanta frågor för att kunna uppmärksamma vad som fattas i det som framförs. Det är också då vi riskerar att bli lurade eftersom vi inte ens tänker på det som inte är synligt för oss. Vi kan liksom inte alls föreställa oss det eftersom vi inte förmår att motstå frestelsen av det som antagligen inte alls är. Så bluffmakare, skojare och marknadsförare behöver inte ens dölja viktig information för oss. De behöver bara utelämna den och lita på att vi inte kommer att tänka på den själva.

För att motverka våra problematiska inre vanemönster (skuggan) kan vi ställa frågan: Vad fattas här? Och inte bara lättsinnigt blanda samman ens egna mindre smickrande personlighetsdrag med svekfulla och luriga karaktärsdrag hos *den Andre*. Det gör bara att vi tappar fokus och blir än mer diffusa i våra beslut och med vad vi vill och ska tro på. Så, vad kan då tänkas mest genant: Att erkänna att man blir lurad och ta ansvar för det eller se sig själv som ett stackars offer som självbelåtet förnekar blottor i personligheten som får en att nappa på ruffel och bågkroken?

Genom att vi envist framhårdar i rollen som oskuldsfulla offer syresätter vi också vår misstro och känner oss svikna, utsatta och sårbara. Vi styrs av ältande hotbilder om yttre faror som gör oss ängsliga, vaksamma och lättkränkta. Att man själv ibland är både obetänksam och aningen naiv vill man inte gärna kännas vid. Alltid någon annan att peka finger åt. Han ba, hon ba, och sen ba, hen ba, och dem ba... Det blir liksom enklast så och ett motstånd mot att uppmärksamma egna brister och tillkortakommanden tar terräng. Man utelämnar och utlämnar således sig själv till lögnare och bedragare av allehanda slag som vill lura en på ... ja, you name it.

Jag tänker att ovan nämnda motstånd kan ha att göra med människans svårighet att ta till sig och erkänna det Horace Engdahl i sin bok *Cigaretten efteråt* (2011) så träffande uttrycker som att:

”Vi smickrar oss när vi påstår att misstron växer ur det svek vi blivit utsatta för. Så är det inte. Misstron växer ur den inskränkthet som består i att inte vilja bli lurad.”

Med Epiktetos visdomsord:

”Ingen plåga kan nå oss utifrån. Lider gör vi bara när vi vill att verkligheten ska vara annorlunda än vad den är.”

Mest bekymmersamt blir det alltså då man inte riktigt vill se världen som den faktiskt är, utan som man själv är. Då blir det ju också därefter. Och de besvär man har av att inte vara autentisk i relation till andra och verkligheten blir tydliga. Så låt oss därför fundera på om den idag så vanliga och lättväckta upplevelsen av att känna sig utnyttjad och lurad också på ett invecklat och skuggnära sätt har beröringspunkter med sidor inom oss som är av ett mer inskränkt slag: Ett slags komfortzonliknande sätt att se på världen som begränsar våra liv. Minns och reflektera därför över Dalai lamas uppmaning att ”point finger at self first” innan du förhastat dömer någon annan för att du faktiskt sviker dig själv genom att döma över huvud taget. Johannesevangeliet i Bibeln erinrar oss också om att den som är ”utan synd kan kasta första stenen på henne”. Vilket inte innebär att endast den som är felfri ska få kritisera andra. Snarare innebär det att se till sina egna brister och tillkortakommanden först för att därigenom få mer förståelse för andras dito. Med det i färskt minne är jag förvissad om att oron inför renoveringsbehovet av ens eget skuggvärldshyss räcker gott och väl för att vänja sig av med att kritisera och döma andra där man själv tappat livskompassen och kommit ur kurs. Finns det således ett förvirrat och fokusförskjutande samband mellan å ena sidan att vara *kränkt* och *inskränkt*, och å andra sidan att *ärekränka* andra?

Thomas Silfving  
Psykolog och författare



# Insikt - på gott och ont

Foto:: Shutterstock/Sasin Paraksa

De flesta har en åsikt att de har insikt men är denna åsikt om insikt en verklig insikt eller bara en åsikt? Ja, så kan man leka med begreppet insikt som ju inbegriper många olika aspekter, precis som denna tidskrifts redaktör påpekade redan i uppmaningen att fördjupa sig i begreppet insikt.

Inom den psykoanalytiskt-dynamiska psykoterapin är insikt i form av självinsikt dess slutliga avsikt, eller uttryckt på annat sätt, det yttersta målet. Nu kommer den stora frågan: är insikt alltid önskvärd, är den alltid av godo? Man kommer inte alltid till insikt, ibland drabbas man av den på ett oönskat sätt. Är tillvaron så som man hoppas och tror? Bidrar man själv till sin situation eller styrs man av andra? Vad påverkar ens livsval? Gener? Miljö? Uppväxt? Sjukdom? Den stora frågan är om man vill och kan göra något åt sin livssituation. Man kanske vill men kan inte eller kan man vill inte.

Vi börjar med *att vilja men inte kunna*. Stämmer det? Borde inte insikten även ge möjligheter att kunna? Det kan hända att insikten kan leda till att man borde förändra inriktningen av sitt liv. Bryta upp från sin familj, vänner, kulturella sfär eller yrke. Nu kommer frågan om man kan. Kan insikten hjälpa en att skapa möjligheterna till den förändring som insikten har lett till att man önskar? Kanske skulle insikten kunna leda till att man provar en annan psykoterapiform för att få verktyg till den önskvärda förändringen.

Vi har nu kommit in på den andra frågan, *att kunna men inte vilja*. Insikten har lett till att man ser lösningar och alternativ men att man inser att man sitter fast i en tillvaro som kräver alltför stora offer och ansträngningar för att åstadkomma en förändring. Konsekvenserna är alltför stora och priset för högt. Även en sådan slutsats vore en insikt, varvid man kan börja ett arbete med att förlika sig med detta.

Insikt leder ofta till övertygelse, vilken dock inte alltid är av godo. Det kan även uttryckas som Michael Azar gör i efterordet till den senaste svenska upplagan av Albert Camus "Främ-

lingen" när han beskriver huvudpersonen Meursault, "Den som bär sina insikter insydda under huden låter sig inte övertygas av den allmänna meningen." Meursault beskrivs som en person som pendlar "mellan insiktsfull likgiltighet och stunder av sinnlig glädje". Jag ser snarare en person med bristande empati som tolkas som insiktsfullhet och däri ligger väl faran, dvs att empatibrist av individen själv misstas för insikt. Kombinerar man denna med narcissism, som även den av individen ofta misstas för insikt, så uppstår en giftig cocktail som kan leda till mycket obehag för såväl individen som omgivningen.

Insikt kan alltså enligt detta resonemang vara äkta eller falsk, i bemärkelsen att insikten vilar på en falsk grund, vilket leder till pseudoinsikt. De som tror på konspirationsteorier anser ofta att de har kommit till insikt och därigenom genomskådat de globala konspirationerna och förstått hur allt hänger ihop. Fanatiker av alla sorter anser sig ha insikt och därigenom ha rätt att bestämma hur alla andra borde tänka och leva.

Shakespeare lät Hamlet uttrycka den svåra och i många fall ovälkomna insikten som "Så går beslutsamhetens friska hy i eftertankens kranka blekhet över". Eftertanke leder till insikt och insikt till eftertanke, i bästa fall utmynnande i genomtänkta beslut, istället för förhastade, felaktiga och ibland ödesdigra.

Insikten måste dock inte alltid övergå i nedstämdhet och ångest, som hos Hamlet, utan kan, om den är äkta, i bästa fall leda till att individen kan leva ett gott liv, vara nöjd med tillvaron och känna ett lugn och en harmoni. En sådan individ bereder sannolikt även omgivningen nytta och glädje genom att dela med sig och sprida sin inre ro som insikten har givit.

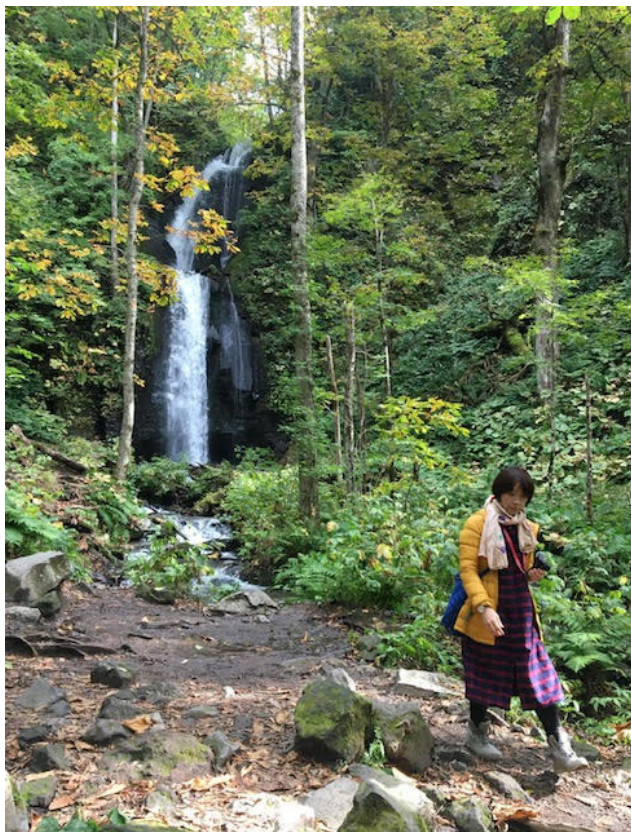
Utopiskt?

Sigmund Soback

Pensionerad barn- och ungdomspsykiater  
Stockholm



# Från Å-sikt till In-sikt



**Kanske kan man beskriva denna process som en livsvandring från kaos – till ett mindre kaos – till mer ”realistiska” perspektiv...**

Från andras åsikter – till våra mer eller mindre egna dito – till insikternas mer komplexa uppfattningar.

Ur mitt minnesförråd dyker ett minne upp ifrån en resa i Japan våren 2018, när vi en dag vistades inom ett zenbuddhistiskt kloster- och tempelområde med ursprung från 1500-talet och bl.a. fick lyssna på en berättelse om den zenbuddhistiska synen på livet och vad som kommer därefter.

Vi var då ute i tempelområdets trädgårdspark där ett konstruerat vattenflöde – format av grus – slingrade sig ner ifrån en högre belägen del och slutligen mynnade ut i ett sjöliknande ”vattenområde” invid templet.

De olika förloppen inom det tänkta vattenflödet beskrevs – inkluderat större och mindre hinder att ta sig förbi – som en tänkt livsresa från ungdomens ibland mer brusande och livligare forsar till ett emottagande av andra flöden samt egna ansträngningar för att kunna ta sig successivt vidare till alltmer av insikter och därmed en mognad – i slutänden att kunna få mynna ut i ”oändligheten”...

Ytterligare ett minne därifrån – inne i templet pratade vi med den äldsta och för templet ansvarige munken som med vacker tuschskrift skrev ner några visdomsord som jag hade fastnat för: ”One time one meeting” – en påminnelse om vikten av att ta vara på våra olika typer av möten, med möjligheter att kunna se och även forma nya åsikter som tillslut kan bli till viktiga insikter.

Både en energikrävande process samt – likt vattenflödena – kunna förmå sig att flyta med och delvis ”släppa taget”...

Åar som flyter samman till älvar och floder samt vidare ut i de ännu större vattnen och haven.

Åsikter som kan leda vidare till viktiga och därmed konstruktivt guidande livsinsikter.

Tänker att det mångåriga kliniska arbetet – med patientmöten, anhöriga, samarbetet med kollegor och allt övrigt teamarbete – i högsta grad har bidragit konstruktivt till min egen livsresa där jag kan känna igen vingslagen av processerna som kan leda vidare till insikter – dvs alltmer av självkännedom och om människans väsen.

Detta var också en önskan jag hade när jag påbörjade läkarutbildningen höstterminen 1978.

Ann Söderqvist  
*Pensionerad allmänpsykiater med utbildning samt tjänstgöringar fr.a. inom Huddinge Sjukhus och Psykiatri Sydväst, Region Stockholm*



# Insikter



Det är under en föreläsning på grundutbildningen i psykoterapi som jag plötsligt drabbas av en uppenbarelse. Jag ser ett litet lövträd med svartnade grenar, det har träffats av blixten och de yttersta grenarna har brunnit på halva trädet och är döda.

Föreläsningen handlade om trauma och föreläsaren har just talat om tidiga förluster av föräldrar och hur det präglar personlighetsutvecklingen hos barnet därefter, att den tar en annan inriktning än den skulle gjort om inte föräldern dött.

Jag är ett av dessa barn, min pappa dog när jag var 11 år, men jag hade ju gått i psykoterapi och trodde jag var klar med det och sört färdigt. Nu förstod jag att jag kunde varit en annan om det inte hänt mig, men vem då?

Några år senare började jag arbeta på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning där man fortfarande bokade in sig hos varandra för "lära känna varandra"-samtal.

Till min förvåning delade jag min erfarenhet av en tidig förlust med flera andra på mottagningen, som förlorat en förälder eller syskon genom sjukdom eller olycka tidigt i livet. Det fick

mig att känna mig mindre ensam om min erfarenhet och förde också in en existentiell dimension där förlusten inte bara behövde vara ofördelaktig och orättvis, utan skulle kunna vara en möjlighet att kunna möta människor med svåra förluster i det psykiatriska arbetet, även på ett existentiellt plan. Och kanske det hade bidragit till att vi nu arbetade med psykiatri?

Senare har jag haft psykoterapier med förlustdrabbade patienter. Det visar sig att de ofta som barn haft liknande tankar kring hur de föreställde sig döden. Ofta var döden ett diffust monster som lurpassade i mörkret, för barnet måste ju ha någon del i att de inte fick ha kvar sin förälder som andra barn ju fått. Att se sitt lilla barn och få tag i sorgen bidrog till att de kunde släppa sin skuldbörda, men också insikten att förlusten och sorgen alltid skulle vara en följeslagare, mer eller mindre närvarande som ett mentalt ärr.

Under hösten 2024 sändes på SVT ett program om Nobelpristagarna Harry Martinson och Eyvind Johnson och anklagelserna mot Svenska Akademien att ha belönat sina egna ledamöter. Harry Martinson tog särskilt illa vid sig, enligt programmet, och insjuknade i depression och tog sitt liv. En intervjuad författarkollega påpekade att han inte bara tog illa vid sig av anklagelserna, utan också var särskilt drabbad, då han blivit lämnad av sin mamma och med sina småsyskon blivit bortauktionerad till bönder. Inget Nobelpris i världen verkade ha kunnat fylla detta tomrum.

På BUP där jag arbetar är det ibland svårt att få behandlare att förstå att det är viktigt att i samtalen ta upp med barnen om de förlorat en förälder. Det kan bemötas med att de ju inte haft kontakt med till exempel den biologiska fadern eller att det var så länge sedan han suiciderade och jag brukar svara att just därför. Att inte ha den biologiska föräldern närvarande kan försvåra självständighetsutvecklingen, eller som jag undrade, vem skulle jag varit om pappa hade levt när jag var tonåring och skulle ta spjärn ut i livet?

Nu när världen är full av krig och svältkatastrofer känns det tungt att veta att så många barn förlorar föräldrar, syskon, släktingar och undra hur det ska gå för dem.

Cecilia Gotby  
Överläkare BUP Stockholm  
Leg. psykoterapeut



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

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne. Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2025.

Vill du nominera någon till priset?

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

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2024.

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.



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

## Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Det är mycket som händer och diskuteras på utbildningsfronten i nuläget, på alla nivåer från läkarstudent till specialist. På grundutbildningen har säkert fler börjat höra om, eller till och med fått vara med och prova kliniskt, läkarutbildningens nya modell för att träna och bedöma kliniska aktiviteter, *Entrusted professional activities* (EPA). Vill man läsa mer om modellen finns en bra artikel från Läkartidningen 2019: "EPA – en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb". Något som också är spännande är att det på grundutbildningen pågår ett nationellt samarbete för hur man ska utvärdera professionalism och bemötande – viktiga kompetenser för alla läkare, men särskilt för specialiteter som psykiatri där patientmötet är en så central del.

Också gällande allmäntjänst- (AT) och bastjänstgöring (BT) närmar vi oss förändringen som kommer våren 2027, där de som går ut nya läkarutbildningen är legitimerade och antalet BT-läkare förväntas öka. Samt 2026 som kommer vara det sista år som det kommer att gå ut läkare som behöver göra AT. Diskussioner och planering för detta paradigmskifte har startat på flera håll i landet och i regionerna utforskas det nu sätt att organisera BT. Här finns både modeller där BT:n är frikopplad från en ST-utbildning och integrerade modeller. Genom nytänkande i utbildningen och god handledning ger vi våra kommande specialister de bästa förutsättningarna att växa i sina roller och möta vårdens utmaningar.

För ST-utbildningen diskuteras det inom ramen för Socialstyrelsens projekt "En god och nära vård" hur detta ska uppnås, där det bland annat finns ett förslag att alla sjukhusbaserade specialiteter ska ha en obligatorisk randning inom primärvården mot slutet av ST-utbildningen. Målet är att skapa ett naturligare och närmare samarbete mellan primärvård och specialistvård.

För både ST-läkare och specialister kommer det finnas möjlighet att göra SPF:s kunskapstest under våren, på antingen STP-konferensen eller SPK. Kunskapstestet har utvecklats vidare och arbetsgruppen för testet 2025 har under hösten arbetat hårt med att ta fram nya högkvalitativa och kliniskt relevanta frågor. Så ta chansen att göra en självkoll av dina kunskaper, kanske för första gången. Eller en gång till, med nya frågor, om du var en av de drygt 180 som gjorde kunskapstestet 2024! För dem som fick goda resultat på kunskapstestet 2024 och som tackat ja till diplom kommer det att skickas ut som en tidig julklapp under december.

Det är också glädjande att fokus på fortbildning för specialister har intensifierats. Där bland annat nyheter är att Lipus arbetar på att ta fram en modell för att, utöver att granska ST-utbildningen, även erbjuda granskningar av fortbildning för specialister.



Matilda Naesström

*Facklig sekreterare  
Ordförande i utbildningsutskottet*

Samt så har Lipus utvecklat chefs- och ledarskapsutbildningar riktade mot läkare, både för blivande och nuvarande chefer. En välkommen satsning för att inspirera fler läkare att ta på sig ledande roller och på så sätt bidra till en långsiktig utveckling av svensk sjukvård. METIS fortsätter också att förbättra och bredda utbudet av kurser riktade till specialister.

Trots de ekonomiska utmaningarna inom sjukvården är det viktigt att fortsatt värna och prioritera att ST-läkare och specialister får möjlighet att delta i fortbildning. Detta är av vikt för att vi tillsammans ska kunna vara rustade att bygga och upprätthålla en psykiatrisk vård i Sverige i världsklass, med både humanism och vetenskap.

Matilda Naesström

*Facklig sekreterare SPF  
Ordförande UU*



## Anslag från L.J. Boëthius stiftelse

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

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

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

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

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

Ansökningshandlingar ska skrivas på svenska och mejlas i PDF-format till sekreteraren Gabriella Ståhl, [sekreterare@ljboethius.se](mailto:sekreterare@ljboethius.se), som även lämnar ytterligare upplysningar. Vid ansökan ska ett försättsblad användas. Sekreteraren skickar över försättsbladet på förfrågan av sökande.

Ansökan ska ha kommit in senast onsdagen den **19 mars 2025** (särskilda ansökningsblanketter, utöver ovan nämnt försättsblad, finns inte).

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

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

## Har vi rätt mailadress till dig?

Medlemsutskick från SFBUP går till de mailadresser som är registrerade i Sveriges Läkarförbunds medlemsregister. Styrelsen har noterat att det saknas mailadresser samt att vissa adresser inte längre är aktuella.

Vi vore tacksamma om våra medlemmar säkerställer att uppgifterna i SLF:s medlemsregister stämmer genom att logga in på "Mina sidor" på förbundets hemsida. Där kan du lätt göra ändringar om något behöver uppdateras.

Därmed har SFBUP möjlighet att nå ut med information om nyheter med mera.

Styrelsen SFBUP





## Inbjudan att skicka in poster på SPK 2025!

Svenska Psykiatrikongressen den 12–14 mars 2025 på Svenska Mässan i Göteborg planeras för fullt och en nyhet sedan i år är att det finns möjlighet att presentera poster. Du som har intressanta rön, vetenskapligt arbete, protokoll för pågående studie med mera är välkommen att skicka förslag till poster. Dessa kommer att presenteras elektroniskt på kongressen. Minst en författare förväntas vara registrerad på SPK för att på plats hålla en kort muntlig presentation av arbetet.

Vi har förhoppningen att många vill visa upp sitt arbete som posterpresentation och att vi kan ta del av varandras idéer och speciellt att ST-läkare, doktorander och även kandidater visar sina projekt.

Postern kan vara på svenska eller engelska och det utgör inget hinder om denna har presenterats tidigare i annat sammanhang.

Ditt abstract skickas till [posters@svenskspsykiatri.se](mailto:posters@svenskspsykiatri.se) där författare med affiliationer ska framgå. Introduktion, metod, resultat och diskussion ska redovisas på max 300 ord.

Sista datum för inlämnande är den 1 februari 2025.

Steinn Steingrimsson  
SPF:s vetenskapliga sekreterare  
[vetenskaplige.sekreteraren@svenskspsykiatri.se](mailto:vetenskaplige.sekreteraren@svenskspsykiatri.se)

# STP-konferensen

2025 22 - 24 januari,  
Stenungsbaden, Göteborg

Program kommer att finnas tillgängliga  
via vår hemsida under höste

Endast ett  
fåtal platser  
kvar, se till  
att anmäla  
dig nu!

Intressanta föreläsningar

Dags för konferens igen!

Stenungsbaden Yacht club

Mer info: [stpsykiatri.se](https://stpsykiatri.se)

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri

**ANNONS**



# Kognition - inte bara en fråga om demenssjukdomar

Rapport från nationellt symposium 2024

Fredag 25/10 ägde årets nationella symposium i äldrepsykiatri rum på Nobel Forum, Karolinska Institutet. Under dagen bjöds åhörarna – ca 90 stycken – på en bred palett av föredrag på temat kognition och psykisk sjukdom. En hörnsten i kliniskt tankesätt inom äldrepsykiatri är just vikten av att beakta överlappet mellan kognitionsstörande sjukdomar i hjärnan, såsom Alzheimer och cerebrovaskulär sjukdom, och psykisk sjukdom.

På förmiddagen var fokus psykiatriska symtom vid demenssjukdom. Sibylle Mayer Standar inledde med en kliniskt handfast genomgång av **beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demens (BPSD)**. Å ena sidan är det viktigt att förstå att de neurobiologiska mekanismerna bakom dessa symtom gör att farmakologisk behandling måste vara annorlunda än när de uppstår hos personer utan neurodegenerativa sjukdomar. Vid exempelvis Lewy-kroppsdemens är troligtvis en grav brist på acetylkolin viktig orsak till psykotiska symtom, och dessa behandlas då bäst med kolinesterashämmare, medan neuroleptika har deletära effekter för dessa patienter. Å andra sidan kan en känslig tolkning av problematiskt beteende utifrån besvärande kroppsliga symtom, som hunger, förstoppning och smärta, leda till icke-farmakologiska interventioner med stor effekt.

Ett helt annat perspektiv på samma problematik gavs av Jenna Najar som presenterade sin forskning om **huruvida genetisk risk för psykiatriska sjukdomar påverkade förekomst av beteende- och psykiatriska symtom vid demenssjukdom**. Forskningen bedrivs i Amsterdam på en välkarakteriserad kohort av patienter på minnesmottagning. Preliminära resultat tyder på att sådana samband kan se olika ut vid olika sjukdomar. Exempelvis är genetisk risk för depression rimligt nog kopplat till mer depressiva symtom hos patienter med Alzheimers sjukdom, men en sådan effekt kunde inte ses vid Lewykroppss- och frontotemporal demens, vilket tyder på andra patofysiologiska mekanismer hos dessa patienter.

Maurits Johansson talade om **psykiatriska symtom som tidiga manifestationer av neurodegenerativ sjukdom**. Vid flera av sjukdomarna inleds de neuropatologiska processerna i psykiatriskt relevanta hjärnstrukturer som amygdala och hippocampus. Mycket talar för en direkt länk mellan patologi och symtom på ångest och depression. Därmed är nydebuterade allmänpsykiatriska tillstånd högintressanta för tidig upptäckt av demenssjukdomar, men ibland förbises möjligheten av kognitiv sjukdom vid depression och ångest hos äldre. På minnesmottagningar, å andra sidan, är fokus snarare på de kognitiva förmågorna och risken är att man inte uppmärksammar psykiatriska symtom. Vi ser fram emot resultat från den nystartade studie i Helsingborg som ska studera äldre nyinsjuknade patienter i psykiatri med bland annat liknande undersökningsbatteri som görs på patienter på minnesmottagning.

Kopplingen mellan neurodegenerativa processer och psykiatriska symtom hos äldre blir än mer relevant när nya sjukdomsmodifierande behandlingar, framför allt vid Alzheimers sjukdom, godkänns runt om i världen. I mitten av november gav också europeiska läkemedelsmyndigheten grönt ljus för det första preparatet lecanemab. Ännu vet vi inte när och på vilka villkor behandlingen blir tillgänglig i Sverige. En möjlighet som framtida forskning kan studera är vilken effekt dessa läkemedel kan ha på psykiatriska symtom hos äldre med neurodegenerativ sjukdom.

På eftermiddagen berättade Theofanis Tsevis om **kognitiv nedsättning hos äldre med överkonsumtion av alkohol**. Sådan överkonsumtion, inklusive tungt missbruk, har ökat i förekomst de senaste decennierna i takt med att nya generationer med nya alkoholvanor åldras. Samtidigt ökar känsligheten för alkohol med stigande ålder pga. långsammare förbränning och relativt minskad mängd kroppsvatten. Även hos personer med demenssjukdom förekommer överkonsumtion av alkohol. I forskningen har det varit svårt att fånga upp signaler på negativa effekter av alkoholkonsumtion på kognitionen. Individer som i hög ålder konsumerar alkohol tycks vara friskare och mer aktiva än de som exempelvis av hälsoskäl eller på grund av tidigare alkoholproblem nu avstår. Detta skapar en skevhet i observationsstudier där åtminstone låg-måttlig alkoholkonsumtion förefaller associerad med bättre hälsa. Nya studier som använder mer rigorös metod tyder på att dessa samband snarast förklaras av sådan bias.

Mot slutet av dagen gav Johnny Pellas en initierad exposé över forskningen kring **kognitiv nedsättning vid depression hos äldre**. En viktig utgångspunkt är att även om kognitiva symtom är vanliga och den kognitiva funktionen på gruppnivå är på en lägre nivå än hos personer utan depression, är funktionen högre än hos personer med Alzheimerdiagnos. Kognitiva tester kan inte särskilja deprimerade patienter. Däremot ses olika kognitiva profiler vid depression, där en grupp visar generellt sämre kognition än genomsnittet, medan andra kan ha mer specifik påverkan på minne och ytterligare en grupp snarast har nedsatt exekutiv funktion.

Dagen avslutades med en digital föreläsning från ett troligtvis soligt San Diego varifrån Dilip Jeste höll ett föredrag om **sociala faktorer inverkan på kognitiv hälsa**. Dilip Jeste är en långvarig följeslagare till SFÄP och nestor inom äldrepsykiatri internationellt. Jeste berättade om sitt engagemang i Global Research Network on Social Determinants of Mental Health and Exposomics, ett internationellt nätverk som vill stimulera forskning och insatser kring faktorer som socialt sammanhang, stigma, utbildning, ekonomiska faktorer och bostäder, som alla kan påverka den psykiska hälsan.

Robert Sigström

Styrelseledamot, vetenskaplig sekreterare, SFÄP



Varje gång du väljer förlaget Natur & Kultur är du med och bidrar till något större. Vi är en oberoende stiftelse som ska göra skillnad i samhället. Förutom att inspirera till läsande och lärande stärker vi röster i det demokratiska samtalet genom priser, stipendier och stöd.  
**Vi ger ordet till fler.**

# Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Ta chansen att resa ut i världen i Johan Cullbergs anda. Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare i psykiatri och psykiatrer senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av stiftelsen Natur & Kultur.

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

Det ska företrädesvis handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling. Forskning och deltagande i konferenser eller kurser kommer att ges lägre prioritet. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska

integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 60 000 kr kan sökas. På [nok.se/cullbergstipendiet](http://nok.se/cullbergstipendiet) kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

## Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2025. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

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

den arbetsplats där du vill vistas. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om att få auskultera.

Vid frågor kontakta [cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se](mailto:cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se)

## Stipendiekommitté

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

[nok.se/cullbergstipendiet](http://nok.se/cullbergstipendiet)

A portrait of Lars Jacobsson, an elderly man with grey hair, a beard, and glasses, wearing a dark green sweater over a light blue collared shirt. The background is a plain, light grey color.

Till minne av

# Lars Jacobsson

1942 – 2024

Foto: Umeå Universitet

En av vår förenings tidigare ordföranden har lämnat oss. Förutom av hustrun Kerstin och sönerna Johan, Tomas och Pär är han djupt sörjd av många kollegor och tidigare medarbetare.

Lars Jacobsson växte upp på mindre orter som son till en pingstpastor. Han har berättat att under tiden i Gnarp brukade han på lediga stunder cykla ned till järnvägsstationen, där han kunde se tågen gå, och fundera över vart de skulle och hur det kunde se ut på andra platser i världen. Denna nyfikenhet kom att fortsätta att driva honom hela livet och kom att resultera i en mängd internationella uppdrag. Som ung, relativt nybliven läkare arbetade han som missionsläkare i Etiopien. Här var han, åtminstone tidvis, bokstavligen enda läkare på ett upptagningsområde på två miljoner innevånare. Detta gav honom perspektiv och han kunde bättre än många andra bevara sitt lugn då svensk sjukvård skakades av personalbrist och nedskärningar. I Etiopien lärde han sig också mycket om kulturella faktorer betydelse för människors hälsa och sjukvårdens arbete. Bland annat var han djupt tagen av den kulturella vanan att omskära unga kvinnor och de enorma problem detta medförde vid graviditet och förlossning.

I Umeå hade han redan under utbildningen rekryterats till psykiatri. Han förblev sedan livet ut Västerbotten och Umeåpsykiatri trogen. I Umeå skrev han tidigt sin avhandling *"Therapeutic Abortion" on Demand*. Här uppvisade Lars tidigt sitt djupa intresse för etiska och moraliska frågor och manifesterade också tydligt sin självständighet. Vid disputationen markerade hans far tydligt att han var stolt över sin son som disputerat men att han kände stark motvilja mot valet av ämne. Lars promoverades sedan

i Umeå stads kyrka 1975 och skulle nästa år ha blivit jubeldoktor vid Umeå universitet.

Lars Jacobsson var ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen 1983–1985 men kom under hela sin karriär att vara oerhört viktig för svensk psykiatri. I början av 1990-talet genomfördes en stor utredning, den s.k. psykiatriutredningen (SOU 1992:73) som senare resulterade i en omfattande reform 1994. Under denna process blev inte Svenska Psykiatriska Föreningen inbjuden att medverka och ingen ledamot var invald i sin egenskap av psykiater. En av ledamöterna var dock folkpartiets representant, Lars Jacobsson, vilket kom att bli betydelsefullt för svensk psykiatri. Lars var även i många andra sammanhang viktig för svensk psykiatri via aktivt deltagande i de svenska psykiatrikongresserna och via en mängd artiklar/debattinlägg i viktiga frågor. Han blev också med tiden hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen.

Lars Jacobsson var i hela sitt liv socialpsykiatriskt intresserad med djup förståelse för att psykiatri inte endast kan utvecklas internt utan måste utvecklas i relation till det omgivande samhället. Han var politiskt aktiv och ledamot av Regionfullmäktige i Västerbotten. Han var också under en tid vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen.

Lars Jacobsson hade en unik förmåga att tidigt se problem som med tiden skulle bli uppenbara för alla. Vid världskongressen i psykiatri i Honolulu 1977, då den etiska s.k. Hawaiideklarationen antogs, så funderade Lars mycket över hur länge det skulle vara möjligt att ordna så stora kongresser och flyga in deltagare från

alla världens länder. I dag är det ju uppenbart för alla att vi överförbrukar jordens resurser.

Lars Jacobssons intresse för världen förde honom vida omkring. Hans tidiga intresse för Etiopien kvarstod hela livet och så sent som 2010 disputerade en läkare från Etiopien i Umeå på en avhandling som handlade om affektiva sjukdomar på landsbygden i Etiopien. Han var också aktiv inom WHO i en rad olika funktioner och hade omfattande projekt i bl.a. Nicaragua, Bosnien-Hercegovina, Belarus och efter Sovjetunionens sönderfall deltog han aktivt i omfattande utbildningsinsatser i det forna Östeuropa.

I Västerbotten kom Lars Jacobsson som professor/överläkare och i olika chefspositioner att vara i ledningen för en rad genomgripande och omfattande reformer av psykiatrin, bl.a. nedläggningen av Umedalens mentalsjukhus. Han kom också att vara i ledningen under perioder av interna motsättningar inom psykiatrin och uppvisade hela tiden en imponerande vidsynthet och tolerans. Bl.a. använde han ofta uttrycket "Låt tusen blommor blomma".

Förutom ett djupt intresse för olika länder hade han också ett djupt intresse för olika kulturer i vårt land och han genomförde bl.a. ett omfattande projekt om samernas levnadsvillkor och den höga suicidfrekvensen bland yngre samer. I detta sammanhang, liksom i alla andra sammanhang där han var aktiv, var han alltid mån om att dra med yngre medarbetare och skapa optimala förutsättningar för bl.a. doktorandutbildning.

**Lars von Knorring**, *Professor emeritus*  
*Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen*

**Anne-Liis von Knorring**, *Professor emerita*

**Maria Larsson**, *Överläkare*  
*Ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen*

**Psykiatern, professor emeritus Lars Jacobsson avled den 26 oktober 2024 i en ålder av 82 år. Han sörjs närmast av hustru Kerstin och sönerna Johan, Tomas och Pär med familjer.**

Han utsågs redan 1980, vid 38 års ålder, till professor i psykiatri vid Umeå universitet, en tjänst som dåfortiden var förenad med uppdrag som klinikchef. Innan dess hade dock Lars hunnit med att tjänstgöra något år som läkare i Etiopien, en erfarenhet som han ofta refererade till. Hans starka engagemang för psykiatrisk vård och forskning i låginkomstländer kom att manifestera sig i flera internationella åtaganden, och i att ett antal läkare och psykologer från bl a Etiopien, Nicaragua, Iran och Lettland gavs möjlighet att forska vid institutionen i Umeå och där avlägga sina doktors-examina.

Lars engagemang omfattade även det samhälle där han levde och verkade. Han var under ett par mandatperioder landstingsledamot i Västerbotten, och hade nog gärna velat bli riksdagsledamot (men fick nöja sig med att vara ersättare i riksdagen). Lars blev ganska besviken på möjligheterna att som politiker förändra och förbättra vården, men fortsatte som fristående och frispråkig psykiatri- och samhällsdebattör med många debattinlägg, bland annat i Läkartidningen. Han var en trogen deltagare och talare vid SPK.



Lars J acobsson och Lars von Knorring, vid promoveringen i Umeå stads kyrka 1975

Lars avhandling, som han la fram 1975, handlade om den läkarbedömning som innan dagens abortlagstiftning infördes, var obligatorisk att genomgå för abortsökande kvinnor. Lars Jacobssons forskningsintressen var breda, med särskild tonvikt på socialpsykiatriska och transkulturella frågeställningar, inte minst forskning om självmord. År 1999 blev han ordförande för WHO Euro:s Task Force mot stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och erhöll år 2000 det hedervärda American Psychiatric Associations Human Rights Award. Lars hade också flera nationella uppdrag, bl.a. inom Psykiatriutredningen, som vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen och ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen 1983–85, och Läkaresällskapets etikdelegation.

Lars var en forskare av den sorten som verkar för att forskningsinsatser och forskningsresultat bör omsättas till handling, vilket i hans fall innebar ett intensivt och långvarigt självmordsförebyggande arbete. Han kom att intressera sig för samernas psykosociala situation, och kom att åtnjuta förtroende hos flera representanter för vår urbefolkning. Som forskningsledare och forskningshandledare var Lars synnerligen tillåtande och öppen. Han sa sig sällan veta bäst eller mest, och hans respekt för akademiska spetsfunktioner var begränsad. Lars öppna och nyfikna attityd innebar att det under hans handledarskap kom att läggas fram ett brett spektrum av akademiska avhandlingar: allt från djupt teoretiska psykoanalytiska ämnen över psykiatrihistoria till epidemiologiska arbeten. Som doktorand hos Lars Jacobsson kunde ibland hans brist på kontroll vara frustrerande och som vi tyckte överdrivna tilltro till våra egna förmågor. Samtidigt är det nog så att hans förhållningssätt bidrog till att fostra eget ansvarstagande och självständighet.

Lars Jacobsson har under mer än 40 års tid verkat som psykiatrforskare, kliniskt verksam psykiater och samhällsdebattör. En viktig röst inom svensk psykiatri har nu tystnat. Det känns överkligt och tomt att han inte längre finns här och vi är många som saknar honom.

**Jussi Jokinen**, *Professor/ämnesföreträdare*

**Birgitta Bäcklund**, *Ekonomiadministratör*

**Ellinor Salander Renberg**, *Professor emerita*

**Margaretha Lindh**, *Administratör*

**Mikael Sandlund**, *Senior professor*

*Institutionen för klinisk vetenskap/psykiatri, Umeå universitet*



# Har det hänt något med samsjuklighetsutredningen, Jakob Forssmed?

I maj besökte jag och Martin Hultén från styrelsen tillsammans med Joar Guterstam, ordförande för Svensk förening för Beroendemedicin och Peter Andiné, ordförande för Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Regeringskansliet och Jakob Forssmed för att efterhöra vad som hänt efter att Samsjuklighetsutredningen presenterades januari 2023 (se SP nr 2 2024 sid 71). Besöket kändes hoppfullt om att den reform vi hoppas på, med bland annat ändrat huvudmannaskap för all form av tvångsvård, även gällande skadligt bruk av alkohol, var på väg att komma till stånd. I senaste budgetpropositionen kan man också se en målsättning att fortsätta arbetet i den linjen, men inga klara förslag.

För att veta mer om läget vände jag mig därför till Jakob Forssmed för att höra vad som hänt sen sist.

**Regeringen har ju både i Tidöavtalet och nu också i senaste budgetpropositionen visat en riktning mot att stödja Samsjuklighetsutredningens huvudresultat om behov av ett ändrat huvudmannaskap för människor med svår psykiatrisk samsjuklighet som innefattar beroendetillstånd, varför tror du att det är viktigt med denna reform?**

Detta var något som vi drev redan i opposition. Samsjuklighetsutredningen tillsattes efter ett tillkännagivande i riksdagen. Från mitt partis sida var bakgrunden till detta att vi ser att när vi definierar beroende som sjukdom måste det få konsekvenser i hur dessa patienter bemöts och vilka insatser som erbjuds. Att låta sjukvården få ett ansvar för vård och behandling är avgörande för en beroendevård utan skuld och skam. Därutöver finns det, precis som uppmärksammades i upprinnelsen till tillkännagivandet, tydliga tecken på att dagens ordning inte fungerar väl vilket leder till lidande och frustration.

**Hur ser tidsramen ut för arbete och beslut?**

I Tidöavtalet listas de saker som partierna bakom avtalet har kommit överens om och vårt tidsperspektiv där är mandatperioden. Så inriktningen är att vi ska ta tydliga steg i denna riktning under de närmaste åren, vilket även framgår av budgetpropositionen.

**Hur långsiktigt tror du att arbetet för en bra reform ska vara?**

Jag tror att vi behöver ha ett mycket långsiktigt perspektiv. En slutsats som jag drar av utredningen, remissyttranden och tidigare reformer av liknande art är att lagstiftningen bara är en komponent. Därutöver behövs resurser, som i sin tur kräver att man gör prioriteringar. Och självklart behöver en omställning ske i de regionala och kommunala verksamheterna som möter målgruppen.

**Finns det någon del ni i regeringen redan börjat arbeta med för en förändring i enlighet med Samsjuklighetsutredningens huvudresultat?**

Inom ramen för överenskommelserna om psykisk hälsa med SKR har vi skjutit till medel för att skapa en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet. I överenskommelsen för 2024 handlar



det om en kvarts miljard kronor till detta ändamål. Vi har även gett ett uppdrag till Socialstyrelsen om att stärka tvångsvården genom att föreslå åtgärder för att bidra till kompetens- och kvalitetsutveckling, förebygga och minska behovet av tvångsåtgärder och stödja patienters återhämtning och delaktighet.

**Har du några tankar om lagstiftningsarbetets utveckling för att underlätta en motsvarande reform?**

De lagändringar som görs behöver vara sådana att vi inte skapar nya stora gränsdragningsproblem. De behöver också tillföra något konkret som förändrar situationen. Som många av remissyttrandena belyser finns det en betydande komplexitet i detta, och när vi får varningar om att det riskerar att uppstå nya former av bristande och dysfunktionell samverkan där patienten blir den stora förloraren så måste vi givetvis ta det på stort allvar. Därför är det viktigt att vi arbetar noggrant och gör reformen på ett genomtänkt sätt.

**Tror du att det finns en risk, om arbetet inte konkretiseras i närtid, att tiden går så att även Samsjuklighetsutredningens resultat, liksom Missbruksutredningens, blir för gamla och man behöver göra en ny utredning?**

Nej, vi arbetar intensivt med denna fråga och det finns ett starkt politiskt stöd för att genomföra reformen. Problembilden är också väl känd. Jag ser inte framför mig att de grundläggande frågorna kommer att behöva utredas ännu en gång.

**Vilka aspekter anser du är särskilt viktiga för att arbeta för en förbättrad vård av några av samhällets mest utsatta människor generellt?**

Jag tror att de "hårda" aspekterna som lagstiftning och resurser i form av pengar och personal är centrala, men de behöver botten i någonting annat. Och där tror jag att värderingarna är helt avgörande, solidaritet och respekt för varje människas värdighet.

**Kan vi som professionsföreningar hjälpa till på något vis? I så fall hur?**

Jag tänker att ni redan gör det, inte minst genom att bidra med era perspektiv på hur en stor reform av detta slag kan komma att fungera i praktiken. Här har ni med er kombination av medicinsk expertis och erfarenhet av de konkreta förutsättningarna en viktig roll.

Maria Larsson  
Ordförande SPF

**ANNONS**

# Cirkus Psykos



Enmansföreställning av och med  
Daniel Larsson

Regi Paul Chevallerau

# Cirkus Psykos

## Monolog med Daniel Larsson inviger SPK 2025

Det finns en scen i monologen *Cirkus Psykos* när Daniel Larsson träffar en läkare som skämtsamt avslutar samtalet med att säga något om att hen alltid brukar skicka med en förhoppning om att inte träffa patienten igen. Scenen påverkade mig starkt när jag såg teatern tillsammans med två kollegor under en kall februarikväll i år. Beskrivningen av hur patienten upplevde den för läkaren säkerligen välanvända kommentaren utan rätt timing fick mig att tänka på hur jag själv pratar med patienter, vilka fraser jag själv återanvänder samt hur genuin och inklämmande jag är för just den patienten jag har framför mig. Den starka upplevelsen fick mig att tänka och det slog mig att det här borde alla psykiatrer se.

Jag blev därför oerhört glad när styrelsen tyckte att det var en bra idé att jag skulle ta kontakt med skådespelaren Daniel Larsson för att höra om han skulle kunna delta som en del av invigningen av SPK. Via Daniels föreläsningssagent kom jag i kontakt med honom och frågade om han var intresserad av att delta för att berätta sin historia genom sin egenskrivna monolog om sitt insjuknande i bipolär sjukdom typ 1. Till min stora glädje sa han att han skrivit monologen bland annat för att nå ut till psykiatrer och han tackade ja.

*Cirkus Psykos* är en monolog om förtvivlan, mörker och om att förlora sig själv. Det är en teater på basen av egna upplevelser som också ger en bild av hur obeskrivligt hemskt och svårt det kan vara att samtidigt vara förälder när världen faller och hur viktigt det är med stöd av närstående i ensamheten. Den ger enligt mig en djup förståelse för hur vi agerar i varje enskilt patientmöte samt även hur vi stöttar närstående så att de orkar vara där när inget är som det ska, är av stor betydelse. Missa därför inte invigningen av SPK 2025 för inspiration till utövande av vårt fina yrke genom att tillsammans se *Cirkus Psykos*.  
Välkommen!

Maria Larsson  
Ordförande SPF





## Välkommen till SPK 2025

Det är med stor glädje vi presenterar 2025 års program till Svenska Psykiatrikongressen (SPK). Ett spännande program som åter har vuxit fram genom inkomna abstracts från er medlemmar samt psykiatriskt intresserade organisationer, verksamheter och personer.

Det är alltid lika spännande att ta del av den mångfald av programförslag som skickas in och utifrån desamma forma ett kongressprogram för att ge en bild av aktuella ämnen, ny forskning och viktiga frågor i svensk psykiatri. Mycket glädjande att intresset till att bidra bara ökar och även till nästa år sätter vi rekord gällande både inkomna abstracts och antal föreläsare.

År 2025 är också ett speciellt år för hela SPF då vi då firar 120 år. Det kommer märkas på lite olika sätt under dagarna. Bland annat kommer vi vid invigningen av kongressen kopplat till jubiléet, inramat av musik och sång, hedra Ing-Marie Wieselgren lite extra då hon personifierade våra ledord, Vetenskap och humanism. Vi kommer också inleda kongressen nästa år med en självskriven monolog, Cirkus psykos av Daniel Larsson, om hans resa vid insjuknande i bipolär sjukdom. Ett inslag som vi hoppas att vi alla samlas kring, både för att påminna oss om vikten av humanism i våra möten och våra egentliga chefer, patienterna.

För många av oss har SPK blivit en årlig mötespunkt där vi får träffas och utbyta idéer, erfarenheter samt kunskap med kollegor från hela landet både via själva programmet men också under pauserna, minglet och kongressmiddagen. Jag hoppas möta alla er som vill under SPK nästa år och att programmet som presenteras här inspirerar er till deltagande.

Varmt välkommen till SPK 2025!

För styrelsen och programkommittén

**Maria Larsson**  
*Ordförande SPF*

Du anmäler dig på: [www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se)

	Kongresshallen	H1 (285)	H2 (245)	G1 (220)
09.00-09.45	Registrering med kaffebuffé			
10.00-10.30	<b>Välkommen</b> <b>Inledningsanförande</b> <i>Olle Eriksson, Sara Maxe, Mårten Rosenqvist</i> <i>Linus Börjesson, sång</i> <i>Andreas Fröberg, piano</i> Moderator: Maria Larsson			
10.30-11.45	<b>Cirkus psykos</b> <b>Monolog av och med</b> <i>Daniel Larsson</i>			
12.00-13.00	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna
13.00-13.45	<b>PSYKOS</b> <b>Varför är psykosvården så eftersatt? Vems fel är det?</b> <i>Politiker, Sabina Bonde, Maria Skott m.fl.</i> Moderator: Maria Larsson	<b>SUICIDOLOGI</b> <b>Från preventiv suicidriskbedömning till preventiv suicidriskhantering</b> <i>Erik Bergqvist, Anna Ehnvall, Sara Lindström, Åsa Westrin</i>	<b>DIAGNOSTIK</b> <b>Vad är en psykiatrisk diagnos? Vad är god diagnostik?</b> <i>Lars Farde, Jörgen Herlofson, Herman Holm, Lena Nylander</i>	<b>Rättspsykiatrisk vård i Sverige – här, nu och framåt</b> <i>Mikael Malm, SKR</i>
14.00-14.45	<b>Bättre psykosvård och hur man får till den</b> <b>Öppet brev till SPF och svar</b> <i>Kristina Annerbrink, Lennart Lundin, Ulf Malm, Pia Rydell</i> Moderator: Jonas Eberhard	<b>Från preventiv suicidriskbedömning till preventiv suicidriskhantering fortsätter</b> <b>Vad kan vi lära av tidigare vård och behandling av individer som tagit sitt liv?</b> <i>Åsa Westrin</i>	<b>Vad är en psykiatrisk diagnos? Vad är god diagnostik? fortsätter</b>	<b>Tvångsvård och rättspsykiatri – perspektiv från Socialstyrelsen och NSPH</b> <i>Erika Baraldi, Mårten Jansson, Peter Salmi, Pontus Strålin</i> Moderator 13:00 - 14:45: Peter Andiné
14.45-15.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
15.15-16.00	<b>Allvarligt talat</b> <b>Samverkar vi på riktigt eller är det bara ord?</b> <i>Conny Allaskog, Christian Carlsson, Kristina Taylor</i>	<b>Goda skäl att sluta använda tvångsvård i suicidpreventivt syfte, särskilt för självskadande patienter</b> <i>Antoinette Lundahl</i> <b>Slughet och språkspel vid suicidriskbedömning</b> <i>Markus Ljungman</i>	<b>Olika modeller för psykiatriska diagnoser</b> <i>Erik Smedler</i> <b>The Power Threat and Meaning Framework på svenska: ett komplement till psykiatrisk diagnostik</b> <i>Eva Henje</i> <b>Fokusskifte från diagnos till funktion</b> <i>Eric Zander</i>	<b>Tiden innan gärningen</b> <i>Katarina Howner, Tim Tengberg</i> <b>Att bygga resiliens mot radikaliserings - föräldra- och familjestöd i några skånska kommuner</b> <i>Yassin Ekdahl, Anna Ekwall, Anna Fredholm Nylander</i>
16.15-17.00	<b>Den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention</b> <i>Johanna Ahnquist, Christian Carlsson, Lena Lennerbrant, Karin Schulz, Kristina Sina-dinovic</i> Moderator 15.15 - 17:00: Maria Larsson	<b>Suicidriskbedömningars osäkerhet: etiska utmaningar</b> <i>Manne Sjöstrand</i> <b>Behov hos föräldrar till suicidala barn</b> <i>Anna Ekwall, Anna Fredholm Nylander</i> Moderator 13.00-17.00: Martin Hultén	<b>SPF:s riktlinjer för psykiatrisk diagnostik</b> <i>Mats Adler</i> Moderator 13.00-17.00: Denada Aiff	<b>16.15-16.35</b> <b>Ensamagerande våldsverkare – hur möter vi dem inom psykiatrin?</b> <i>Hedvig Krona</i> <b>16.40-17.00</b> <i>Meddelas senare</i> Moderator 15.15 - 17:00: Cave Sinai
17.15 -	<b>Mingel i Utställningshallarna (måste vara föränmält)</b>	<b>Mingel i Utställningshallarna (måste vara föränmält)</b>	<b>Mingel i Utställningshallarna (måste vara föränmält)</b>	<b>Mingel i Utställningshallarna (måste vara föränmält)</b>

	J1 (180)	J2 (120)	R2 (72)
09.00-09.45	Registrering med kaffebuffé		
	<p><b>Viktig information till alla deltagare, föreläsare och utställare:</b>  <b>Ingång till kongressen endast vid entré 8, för registrering och erhållande av namnbadge.</b></p>		
12.00-13.00	LUNCH Utställningshallarna	LUNCH Utställningshallarna	LUNCH Utställningshallarna
13.00-13.45	<b>TVÅNGSSYNDROM</b> <b>DBS i psykiatri – metod, aktuella resultat och framtidsspaning</b> <i>Long Long Chen, Patric Blomstedt, Anders Fytagoridis, Diana Pascal, Viktoria Johansson, Matilda Naesström</i>	<b>BIPOLÄR SJUKDOM</b> <b>Uppdaterade riktlinjer för bipolär sjukdom</b> <b>- Vad är nytt och vad är hett?</b> <i>Mats Adler, Katrin Skogberg Wirén</i>  <b>Farmakologisk behandling av bipolär sjukdom</b> <b>Meddelas senare</b>	<b>PTSD och CPTSD - vad göra vid hög samsjuklighet?</b> <i>Sofie Bäärnhjelm, Goran Mijaljica</i>
14.00-14.45	<b>DBS i psykiatri – metod, aktuella resultat och framtidsspaning fortsätter</b>   Moderator 13.00 - 14.45: Matilda Naesström	<b>BIPOLÄR SJUKDOM</b> <b>Inte bara läkemedel</b>  <b>Vad vet vi och vad vet vi inte om etiologin bakom Bipolär sjukdom?</b> <b>Meddelas senare</b>	<b>Neurofeedback för svårbehandlad PTSD</b> <i>Ingela Ekberg, Ulf Hansson, Anita Rembsgård, Steinn Steingrimsson</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	<b>SATELLITSYMPOSIUM</b> <b>Teva</b> <b>Rörelsestörningar inom Schizofreni</b> <b>- Ett negligerat problem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Olika typer av rörelsestörningar inom schizofreni.</li> <li>Prevalens och behandling av tardiv dyskinesi, vad säger metaanalyserna?</li> <li>Kliniska manifestationer och påverkan på patienten av tardiv dyskinesi.</li> </ul> <b>(Föreläsare meddelas senare)</b>	<b>BIPOLÄR SJUKDOM</b> <b>Evidensbaserad heldygnsvård vid bipolär sjukdom</b> <i>Michael Ioannou</i>  <b>Sammanfattning, framtidsspaning och summering</b>  Moderator 13.00 - 16.00: Katrin Skogberg-Wirén	<b>När centralstimulantia skapar sjuklighet</b> <i>Hedvig Krona</i>  <b>Användning av CNS-verkande läkemedel hos patienter med EIPS, 2005-2020</b> <i>Annika Tiger</i>
16.15-17.00	<b>SATELLITSYMPOSIUM</b> <b>fortsätter</b>   Moderator 15.15 - 17.00: Jonas Eberhard	<b>KOGNITION</b> <b>Betydelsen av dissociation och minnesre-konsolidering vid behandling av depression hos unga vuxna</b> <i>Eva Henje</i>  <b>Fetala alkoholspektrumstörningar - hur stort är mörkertalet i Sverige?</b> <i>Valdemar Landgren</i>	<b>Prevalence and serious side effects of ADHD medication use in Iceland</b> <i>Ragna Kristín Guðbrandsdóttir</i> <b>Föreläsningen är på engelska</b>  <b>Ofokuserad och impulsiv- en folksjukdom</b> <i>David Eberhard</i>  Moderator 13.00 - 17.00: Steinn Steingrimsson
17.15 -	Mingel i Utställningshallarna (måste vara föranmält)	Mingel i Utställningshallarna (måste vara föranmält)	Mingel i Utställningshallarna (måste vara föranmält)



	Kongresshallen	H1 (245)	H2 (285)	G1 (220)
09.00-09.45	<p><b>LEDNING OCH KVALITET</b> Kvalitetsregister grund för framtidens vård eller byråkratiskt hinder? <i>Johan Franck, Mikael Landen, Mikael Malm, Axel Nordenskjöld, Cecilia Svanborg, Pontus Strålin</i></p> <p>Moderator: Maria Larsson</p>	<p><b>KRIS OCH KRIG</b> Forskarskola med ukrainska forskare i krigstid <i>Ingrid Agartz</i></p> <p><b>BOKPRESENTATION</b> Vem är du när kriget kommer? Mental handlingsberedskap och psykologiska strategier <i>David Bergman</i></p>	<p><b>AFFEKTIV SJKDOM</b> Infusion klomipramin: Är det verkligen effektivt? <i>Michael Ioannou</i></p> <p><b>Nedtrappning av antidepressiva - hur bör det ske och varför</b> <i>Behroz Dehdari</i></p>	<p><b>RÄTTSPSYKIATRI</b> Hur lång är obestämd tid? Rättspsykiatriska vårdtider och återfall i brott <i>Lenka Sivak</i></p> <p><b>OxRisk – en ny era av evidensbaserad riskskattning för våld?</b> <i>Jonas Forsman</i></p>
09.45-10.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
10.15-11.00	<p><b>Vad ska vi med kunskapstyrningen till i psykiatri?</b> <i>Sophia Eberhard, Bjarne Olinder</i></p>	<p><b>Kriskommunikation - Hur når vi personal, patienter och anhöriga i händelse av kris eller krig?</b> <i>Baidar Al-Ammari, Sofie Bäärnhielm, Linda Martinik</i></p>	<p><b>SSRI och SNRI för barn och ungdomar med depression</b> <i>Alexander Lisinski</i></p> <p><b>Svårigheter att bedöma dödssätt - olycksfall, suicid/skadehändelse med oklar avsikt</b> <i>Anna-Lena Andersson</i></p>	<p><b>VR-assisterad bemötandebildning för (rätts-) psykiatrisk slutenvårdspersonal</b> <i>Martina Gajski Vidovic, Andrea Lockertsen-Pedersen</i></p> <p><b>Hot och våld i rättspsykiatrisk slutenvård – riskhantering genom patientdelaktighet?</b> <i>Johan Berlin</i></p> <p><b>Vårdmiljö och verbala sociala interaktioner</b> <i>Jessica Revelj</i></p> <p><b>Kan riktade hälsosamtal förbättra hälsan hos rättspsykiatriska patienter?</b> <i>Mikael Wibom</i></p> <p><b>Emotionsreglering inom rättspsykiatri – hur mäter vi det?</b> <i>Adam Meddeb</i></p> <p><b>Självrapporterad patientdelaktighet i rättspsykiatri</b> <i>Andreas Söderberg</i></p>
11.15-12.00	<p><b>Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri</b> <i>Johan Bengtsson, Behroz Dehdari, Martin Hultén, Peter Valverius</i></p> <p>Moderator 10.15-12.00: Martin Hultén</p>	<p><b>Kriskommunikation - Hur når vi personal, patienter och anhöriga i händelse av kris eller krig? fortsätter</b></p> <p>Moderator 9.00-12.00: Cave Sinai</p>	<p><b>11.15-11.35</b> <b>The CATATONIA Helsingborg Overlap and Outcomes Transdiagnostic Study (CAHOOTS)</b> <i>Valdemar Landgren Johan Nyrenius</i></p> <p><b>11.40-12.00</b> <b>Meddelas senare</b></p> <p>Moderator 09.00-12.00: Denada Aiff</p>	<p>Moderator: 9:00-15:00: Sara Bromander</p>
12.00-13.00	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna	<b>LUNCH</b> Utställningshallarna
<b>Eftermiddagsprogram - nästa sida</b>				

	G2 (180)	J1 (180)	J2 (120)	R2 (72)
09.00-09.45	<b>KONSULTATIONSPSYKIATRI</b> <b>Hjälp! Hur ska jag förklara för patienten?</b> <i>Johan Bengtsson, Carl Sjöström</i>	<b>POSTERPRESENTATION</b>  Moderator: Steinn Steingrímsson	<b>KUNSKAPSTEST</b> 9:00 - 11:00  Kursansvariga: Karl Lundblad och Matilda Naesström	<b>GENETIK</b> <b>Psykiatrisk genetik 101: det du inte visste som du borde veta</b> <i>Long Long Chen</i>
09.45-10.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
10.15-11.00	<b>PATIENTEN I CENTRUM</b> <b>Hur kan vi ge en personcentrerad vård och omsorg till personer med svåra psykiatriska tillstånd?</b> <i>Åsa Höij, Louise Kimby</i>  <b>Vad gör skillnad? Två röster om återhämtning från paranoid schizofreni</b> <i>Medlemmar från Lunds Fontänhus</i>	<b>PSYKOS</b> <b>Samvariationen mellan schizofrenins negativa symtom i vuxenålder och autistiska symtom i barndomen</b> <i>Payam Yazarloo</i>  <b>Några positiva nyheter om behandling av negativa symtom i schizofrenispektret</b> <i>Aldo D'Imperio</i> <b>På engelska</b>	<b>KUNSKAPSTEST</b> 9:00 - 11:00  Kursansvariga: Karl Lundblad och Matilda Naesström	<b>NATUR OCH HÄLSA</b> <b>Varför behövs fler behandlingsmetoder?</b> <i>Ulf Hallgärde</i> <b>Aktuell forskning kring naturbaserade interventioner</b> <i>Anna María Palsdóttir</i> <b>Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden (NUR) – 10 år av erfarenhet</b> <i>Sara Kyrö Wissler</i> <i>Lis-Lott Andersson</i> <b>Natur- och hästunderstödd behandling vid självskadebeteende</b> <i>Lis-Lott Andersson</i> <b>Med Ut Med Naturen – en insats för skolungdomars psykiska hälsa</b> , <i>Amalia Falck</i>
11.15-12.00	<b>NÄRSTÅENDE I CENTRUM</b> <b>Om fenomenet: Att vara en familj när någon i familjen vårdas i rättspsykiatri</b> <i>Gustav Björnberg</i>  <b>Möter du vuxenpatienter med uppväxttrauma eller multipel personlighet?</b> <i>Svante Bäck</i>  Moderator: 09.00-12.00 Tove Mogren	<b>Teater för att reducera stigma vid psykosjukdom</b> <i>Sabina Bonde, Broula Barnohro Oussi, Emma Lundenmark, Maria Skott</i>  Moderator 10.15-12.00: Tarmo Kariis	<b>PEDAGOGIK</b> <b>Rafaellapristagare 2024</b> <b>Kan handledning fortfarande göra skillnad?</b> <i>Dimitrios Noussis, Sarantos Stasinakis</i>  Moderator: Tove Gunnarsson	11.15-11.35 <b>Natur och hälsa fortsätter</b> <b>Häng med oss ut – natur och friluftsliv för ökad psykisk hälsa</b> <i>Ola Bergqvist</i> <b>Frågor och diskussion</b>  11.40-12.00 <b>Att arbeta med medvetandet med eller utan hallucinogena serotoninagonister</b> <i>Göran Högberg</i>  Moderator 09.00-12.00: Daniel Hedqvist
12.00-13.00	<b>LUNCH</b> <b>Utställningshallarna</b>	<b>LUNCH</b> <b>Utställningshallarna</b>	<b>LUNCH</b> <b>Utställningshallarna</b>	<b>LUNCH</b> <b>Utställningshallarna</b>

	Kongresshallen	H1 (245)	H2 (285)	G1 (220)
13.00-13.45	<p><b>UTVECKLINGSRELATERADE TILLSTÅND</b> Autism och ADHD hos personer med ätstörning – vad har det för betydelse? <i>Karin Dahlin, Peter Goldberg, Sandra Rydberg Dobrescu, Elizabet Wentz</i></p> <p>Moderator: Matilda Naesström</p>	<p><b>PERSONLIGHET</b> Patienter med svårbehandlat självskadebeteende - hur kan vi hjälpa dem? <i>Karin Eriksson, Emma Hannerstam, Madeleine Magnusson, Magnus Nilsson, Kajsa Sjöberg, Sofie Westling, Yvonne von Hausswolff-Juhlin</i></p>	<p><b>BEROENDETILLSTÅND</b> Det är inte som du tror: arv, miljö och beroenderisk <i>Markus Heilig</i></p>	<p>Allvarlig psykisk störning – vad är det? <i>Caroline Blomqvist, Amy Goldman</i></p> <p><b>PREVENT-MED: En nationell RCT om riskreducerande behandling mot sexuella övergrepp</b> <i>Valdemar Landgren, Christoffer Rahm</i></p>
14.00-14.45	<p><b>Socialstyrelsens nationella riktlinjer för adhd och autism och tillhörande implementeringsstöd</b> <i>Ylva Ginsberg, Sofia von Malortie</i></p>	<p><b>Varför behandla personlighetssyndrom inom allmänpsykiatri? Om en pilot på ISTDP (intensive short-term dynamic psychotherapy)</b> <i>Ivan Bernholm</i></p> <p><b>Personlighetssyndrom: behövs nya perspektiv på farmakoterapi?</b> <i>Flavio Di Leone, Peter Sand</i></p> <p><b>Hur mår psykiatri i relation till självskadebeteende?</b> <i>Reid Lantto</i></p>	<p><b>FRÅGA EXPERTEN: Beroendetillstånd</b> <i>Andrea Capusan, Joar Guterstam, Markus Heilig</i></p> <p>Moderator 13.00 - 14.45: Joar Guterstam</p>	<p><b>Traumaprofiler inom rättspsykiatri</b> <i>Natalie Laporte</i></p> <p><b>Homicid-suicid - när suicidalitet blir farligt för andra</b> <i>Axel Haglund</i></p> <p>Moderator 9.00 - 15.00: Sara Bromander</p>
14.45-15.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
15.15-16.00	<p><b>SPF:s rapport om vuxna med adhd – vad händer? Prioriteringsstöd kring adhd</b> <i>Thomas Alsjö, Gunilla Granholm, Johan Söderlund</i></p> <p><b>Kliniska riktlinjer psykiatrisk diagnostik - om adhd</b> <i>Mats Adler</i></p>	<p><b>Personlighetssyndrom och autismspektrumstörning - differentialdiagnostik och konsekvenser för behandling</b> <i>Johan Eriksson</i></p>	<p><b>HJÄRNSTIMULERING</b> Rapport från Kvalitetsregister ECT: ECT och rTMS <i>Johan Lundberg, Axel Nordenskjöld, Linnea Stenmark</i></p>	<p><b>FRÅGA EXPERTEN: Rättspsykiatri</b> <i>Susanne Andersson, Fia Logan, Harald Nilsson</i></p> <p>Moderator: Peter Andiné</p>
16.15-17.00	<p><b>SPF:s rapport om adhd hos vuxna - vad händer? Fortsätter Beroende och adhd</b> <i>Joar Guterstam</i></p> <p><b>Läkemedelverkets regeringsupdrag adhd - SPF rapporterar om deltagande i arbetet</b> <i>Daniel Hedqvist, Matilda Naesström</i></p> <p><b>Nästa steg?</b></p> <p>Moderator 14.00 - 17.00: Maria Larsson</p>	<p><b>ADHD och emotionell instabil personlighetsstörning, utmaningar i den kliniska verkligheten</b> <i>Viktoria Johansson, Sofie Steijer</i></p> <p>Moderator 13.00 - 17.00: Peder Björling</p>	<p><b>Aktuell klinisk forskning om rTMS</b> <i>Marcus Anderson, Robert Bodén, Jonas Jester-Broms, Caroline Wass</i></p> <p>Moderator 15.15 - 17.00: Martin Hultén</p>	<p><b>Rättspsykiatriens framtid om psykiatern får bestämma</b> <i>Peter Andiné, Sara Bromander, Katarina Howner, Axel Haglund, Niklas Långström, Hedvig Krona</i></p> <p>Moderator: Tove Mogren</p>
17:15				
19:30	<b>Kongressmiddag Seasons</b>	<b>Kongressmiddag Seasons</b>	<b>Kongressmiddag Seasons</b>	<b>Kongressmiddag Seasons</b>

	G2 (180)	J1 (180)	J2 (120)	R2 (72)
13.00-13.45	<b>SÖMN</b> Störd sömn i psykiatri <i>Maria Cassel, Sandra Tamm</i>	<b>SATELLITSYMPOSIUM</b> Orion Pharma  <b>Phenomenology of psychosis</b> <i>Julie Nordgaard</i>  <b>Acute treatment and relapse prevention with long-acting injectable antipsychotics</b> <i>Stefan Leucht</i> De två första föreläsningarna är på engelska	<b>ÄLDREPSYKIATRI</b> Uppdaterade kliniska riktlinjer i Äldrepsykiatri 2025 <i>Robert Sigström, Karin Sparring-Björkstén</i>	<b>DIGITALISERING</b> Virtuella världar som ett sätt att hantera verkliga världar <i>Fernando Gonzalez Moraga, David Ivarsson, Märta Wallinius</i>
14.00-14.45	Sömnkörning och zolpidem - ett oroväckande samband <i>Peter Andiné, Tova Bennet</i>  Att bli bättre på att bedöma medicinsk lämplighet för körkortsinnehav vid psykiatriska diagnoser <i>Lars Englund, Helena Selander</i>	<b>SATELLITSYMPOSIUM</b> fortsätter  Samtalsteknik för ökad compliance <i>Johan Sahlsten</i>	Existentiell gruppterapi: Kan det vara något för äldre (75+)? <i>Margda Waern</i>  Distal radiusfraktur indikerar neurokognitiv sjukdom <i>Jörgen Åstrand</i>  Moderator 13.00 - 14.45: Sarantos Stasinakis	Digitaliserad psykiatrisk vård - framtidens utmaningar och lösningar <i>Lilas Ali, Steinn Steingrimsson</i>  Moderator 13.00 - 14.45: Steinn Steingrimsson
14.45-15.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
15.15-16.00	<b>LEDNING</b> Mättningsbaserad vård - Våga ta steget för patienternas skull <i>Viktor Kaldo, Fabian Lenhard, Johan Skånberg</i>	Nya och äldre riktningar i schizofreniforskning, teori och praktik <i>Susanne Bejerot, Mats Humble, Lena Nylander</i>	Från examinerande quiz till europeiska kunskapstest <i>Karl Lundblad, Steinn Steingrimsson, Susanna Wallerstedt</i>	<b>HISTORIA OCH FRAMTID</b> Lennart Kaij - Pionjär och förnyare inom svensk psykiatri <i>Greger Ahnlund</i>  Psykiatri - då, nu och framåt <i>Herman Holm, Max Kyander</i>
16.15-17.00	Att inte fatta ett beslut är också att fatta ett beslut <i>Johan Sandelin</i>  Att inte ta hänsyn till resursåtgång i sjukvården är oetiskt <i>Gustaf Befrits</i>  Vem ska bestämma vilka beslut du fattar? <i>Mats Ek</i>  Moderator 13.00-17.00: Denada Aiff	Hedersledamot 2024 Schizofreniforskning - svårt att hitta något svårare? <i>Lars Farde</i>  Moderator 13.00 - 17.00: Jonas Eberhard	Kunskapstestet genomgång - öppet för alla, genomgång av svåra frågor <i>Karl Lundblad, Matilda Naesström, m.fl.</i>  Moderator 15.15 - 17.00: Karl Lundblad	Stolthet och fördom - Svensk psykiatrihistoria från 1800-talet till början av 1900-talet <i>Malin Appelquist</i>  Moderator 15.15 - 17.00: Tarmo Kariis
17.15		<b>SPF:s årsmöte</b>		
19.30	<b>Kongressmiddag</b> Seasons	<b>Kongressmiddag</b> Seasons	<b>Kongressmiddag</b> Seasons	<b>Kongressmiddag</b> Seasons



	Kongresshallen	H1 (245)	H2 (285)	G1 (220)
09.00-09.45	<b>TRANSKULTURELL PSYKIATRI</b> <b>Minoritetsstress i vårt multietniska och mångkulturella samhälle</b> <i>Ida Ali-Lindqvist, Sofie Bäärnhjelm, Alessandra Hedlund, Jörgen Herlofson</i>	<b>Situation psykiatri hemlösa Göteborg och Stockholm</b>  Meddelas senare          Moderator: Maria Larsson	<b>BARN OCH UNGDOMS-PSYKIATRI</b> <b>Hur gör BUP? Regionernas perspektiv på barn- och ungdomspsykiatrins utmaningar och styrkor</b> <i>Mikael Malm, m.fl.</i>	<b>GODA VANOR</b> <b>Allt du behöver veta om Braining – resultat från klinisk forskning på patienter och personal som tränar tillsammans</b> <i>Åsa Anger, Rebecka Broman, Lina Martinsson, Sigrid Salomonson, Carl Johan Sundberg</i>
09.45-10.15	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>	<b>KAFFE</b>
10.15-11.00	<b>KOGNITION</b> <b>Psykos och intellektuell funktionsnedsättning</b> <i>Trine Lise Bakken, Adrian Frid, Sebastian Lundström, Arve Opheim, Steinn Steingrimsson</i>  <b>Intellektuell funktionsnedsättning och bipolär sjukdom?</b> <i>Lena Nylander</i>	<b>FILOSOFI OCH PSYKIATRI</b> <b>Medvetande och psykiatri</b> <i>Elisabeth Punzi, Steinn Steingrimsson, Alva Stråge</i>          Moderator: Steinn Steingrimsson	<b>Beskrivning av pågående forskning inom barn- och ungdomspsykiatri</b> <i>Matti Cervin, Emma Claesdotter-Knutsson, Björn Hofvander, Peik Gustafsson, Sebastian Lundström</i>	<b>Identifiera och förebygga skrumplever hos personer med skadligt alkoholbruk</b> <i>Simon Larsson</i>  <b>Hur kan vi hjälpas åt för att minska rökningen i psykiatri?</b> <i>Annelie Johansson</i>
11.15-12.00	<b>Neurobiologiska perspektiv på kognition vid bipolär sjukdom och ADHD</b> <i>Andreas Göteson, Luisa Klahn, Mikael Landén</i>          Moderator 09.00-12.00: Denada Aiff	<b>Den nordiska psykiaterns själ och hjärta 2025</b> <i>Steinn Steingrimsson, Sharam Shaygani</i>          Moderator: Maria Larsson	<b>Beskrivning av pågående forskning inom... Fortsätter</b>          Moderator 9.00 - 12.00: Sophia Eberhard	<b>Bli bäst eller må bäst - psykologi och psykiatri inom elitidrotten</b> <i>Mitchell Andersson, Anders Håkansson, Göran Kenttä, Matilda Malmodin, Cecilia Åkesdotter</i>          Moderator 09.00 - 12.00: Cave Sinai
12.15-13.00	<b>Avslutningsanförande</b> <b>Meddelas senare</b>			
<b>Svenska Psykiatrikongressen 2025 avslutas kl 13.00</b>				

**KURSER PÅ SPK:** Kommer att vara i våra smålokaler = max 25 personer  
Meddelas senare

Vi kommer att filma föreläsningarna i samtliga salar. Föreläsare som inte önskar bli filmad måste meddela detta innan kongressen.

▽ Tänk på att din namnbadge är en värdehandling! Den måste bäras hela tiden när du vistas på Svenska Mässan. Vi skriver inte ut några nya! Detta är för allas säkerhet. ▽





Foto: Privat

## Från polcirkeln till ekvatorn

### Partnerskap mellan Region Norrbotten och Kajiado County, Kenya, med fokus på perinatalpsykiatri

I år har ett partnerskapsprojekt inletts mellan Region Norrbotten och Kajiado County i Kenya. Projektet ska undersöka pre- och postnatal psykisk hälsa och sociala behov bland kvinnor i Kajiado County. Globalt sett drabbas cirka 10 % av kvinnor av psykisk sjukdom under graviditet och 13 % efter förlossning. I Kenya, där de sociala klyftorna är stora och en stor andel av befolkningen lever antingen under eller i närheten av den multidimensionella fattigdomsgränsen, befars förekomsten av perinatal psykisk ohälsa vara betydligt högre.

Projektet tilldelades rubriken "Djupt deprimerad eller rimligt oroad" då psykisk ohälsa, inte minst under perinatale perioden, ofta är mångfacetterad. Vår hypotes är att perinatal psykisk ohälsa inte enbart kan förstås av medicinska förklaringsmodeller såsom hormonella och psykologiska förändringar under graviditet och efter förlossning. Sociala och ekonomiska förutsättningar och klimatförändringar påverkar sannolikt i hög grad den perinatale psykiska hälsan. Faktorer som sällan kartläggs. Som exempel påverkar miljöförstöring och klimatförändringar tillgången till vatten. Detta kan leda till allvarliga konsekvenser för de människor i Kenya som lever i olika

pastoral samhällen, vilka försörjer sig helt på nomadiserande boskapsskötsel.

Studieresultaten kommer att ligga till grund för utvecklingen av ett interventionspaket som kan levereras av lokal hälso- och sjukvårdspersonal (community healthcare workers). Interventionspaketet syftar till att ge stöd och lösningsfokuserad hjälp till kvinnor med psykisk ohälsa under perinatal period. Projektet genomförs i samarbete mellan Kajiado County och Mount Kenya University i Kenya samt Region Norrbotten, Umeå universitet (UmU) och Luleå tekniska universitet (LTU) i Sverige. Finansiering har erhållits från Internationellt Centrum för Lokal Demokrati (ICLD), en ideell organisation finansierad av SIDA. Med projektanslaget ska ett kommunalt partnerskapsprogram (Municipal Partnership Programme) etableras. I partnerskapsprogrammet ingår en styrgrupp med beslutsfattare från Kajiado County, Mount Kenya University och Region Norrbotten, för att underlätta direkt kommunikation av forskningsresultaten till beslutsfattare. Detta möjliggör utformningen av en intervention som omedelbart kan implementeras och utvärderas vetenskapligt.



Foto: Kristian Ekman

Projektet kan komma att få stor betydelse för kvinnor och deras barn. En förbättrad perinatalpsykiatrisk vård blir, både på kort och lång sikt, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. En förbättrad perinatalpsykiatrisk vård ökar också barnens chanser att må bra som vuxna. Projektet bidrar till att uppfylla flera av FN:s globala hållbarhetsmål (Agenda 2030), framför allt:

- mål 3: god hälsa och välbefinnande
- mål 5: jämställdhet
- mål 17: globalt partnerskap för hållbar utveckling

Ett spegelprojekt med liknande frågeställningar kommer att upprättas för Region Norrbotten. Målet är förbättrad perinatalpsykiatrisk vård, fördjupade kunskaper om transkulturell psykiatri och ökad jämställdhet. Projektet ligger i linje med Region Norrbottens styrande måldokument och stödjer utvecklingen av personcentrerad och nära vård.

Projektet bygger på ömsesidigt lärande mellan forskare från båda länder. Efter två förberedande besök, för att förankra projektet på plats i Kenya, kommer representanter från den kenyanska styr- och projektgruppen att besöka Region Norrbotten i februari. En höjdpunkt under besöket blir deltagandet i Region Norrbottens Masterclass Psychiatry den 20–21 februari 2025. Där kommer deltagarna få insyn i psykoterapeutiska behandlingsmetoder som kan stärka ens egen förmåga att hantera berättelser som väcker obehag och som kan öka ens förmåga till riskbedömningar – kunskaper som kommer bli högst re-

levanta för projektet. Därefter kommer projektgruppen, precis innan den stora regnperioden (msimu wa mvua kubwa) infaller i mars, sammanstråla i Kajiado County. Syftet är att genomföra två veckors fältarbete och påbörja första delstudien innefattandes fokusgruppintervjuer med mödrar och hälso- och sjukvårdspersonal.

Vi ser fram emot att samla nya kunskaper och erfarenheter och hoppas att vi tillsammans med våra kenyanska kollegor kan presentera våra forskningsresultat vid SPK 2026. Tills dess, *mpaka karibuni!*

Louise Öhlund

*Tj. specialistläkare Sunderby sjukhus Luleå  
MD, postdoktoral forskare vid Institutionen för Klinisk Vetenskap,  
Psykiatri, Umeå universitet*

Kristian Ekman

*Ärendestrateg och projektkoordinator  
Region Norrbotten*

Ursula Werneke

*Överläkare Sunderby sjukhus Luleå  
Adjungerad professor vid Institutionen för Klinisk Vetenskap,  
Psykiatri, Umeå universitet*





# Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri

## Bakgrund

Kloka Kliniska Val (KKV) är den svenska versionen av det internationella initiativet Choosing Wisely (1). I juni gav regeringen i uppdrag åt Socialstyrelsen att stödja utmönstringen av lägvårdevård genom bland annat verksamhetsnära stöd åt regionerna (2). Som ett led i detta uppdrag för Socialstyrelsen nu en dialog med Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för KKV.

## Lågvårdevård och icke-göra-listor

Första steget i utmönstringen av lägvårdevård är att enas om vad som är lägvårdevård. Här spelar de olika specialitetsföreningarnas så kallade icke-göra-listor en avgörande roll. Icke-göra-listorna ska innehålla åtgärder, undersökningar, behandlingar eller liknande, vilka inte tillför värde för den enskilda patienten, och som därför bör utmönstras (3, 4).

## Intressegruppen har blivit arbetsgrupp

Inför Svenska Psykiatrikongressen 2024 bildades en intressegrupp för KKV i psykiatri. Vi arrangerade ett seminarium under SPK 2024 där deltagarna fick komma med förslag på åtgärder eller behandlingar som skulle vara möjliga eller önskvärda att utmönstra (5). Sedan dess har vi genomfört ett antal digitala workshops där vi har diskuterat de förslag som framkommit. Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen har nu gett intressegruppen i uppdrag att fortsätta arbetet med KKV inom vuxenpsykiatri och vi har därmed format en arbetsgrupp. Gruppens huvudsakliga fokus är att utforma rekommendationer på icke-göra inom psykiatri.

## Rekommendationer på icke-göra

Utifrån diskussionerna på digitala workshops ser de aktuella rekommendationerna ut som i tabell 1. Det behövs fortsatt diskussion om förslagen. Vissa kan behöva tas bort eller läggas till. Det skulle också gå att spalta upp huvudområden som bör beröras, t.ex.:

1. SSRI/depression
2. Centralstimulantia/ADHD
3. Bensodiazepiner/ångest
4. Psykos
5. Bipolaritet
6. Svagbegåvning och IF
7. Diagnostisering
8. Organisation
9. Kontinuitet
10. Suicidrisk
11. Tvångsvård

## Vägen framåt

Vi vill bjuda in till ytterligare två digitala workshops i januari respektive februari. Efter dessa kommer vi att jobba om tabellen och utforma en preliminär lista som presenteras på SPK 2025. BUP har egna digitala workshops planerade. Vi uppmanar alla att kommentera eller kritisera de förslag som redan framkommit, eller komma med helt egna förslag. I brist på bättre kanaler kommer vi att fortsätta lägga ut anteckningar från workshoparna i SPF:s Facebook-grupp. Vi vill även rekommendera den mer övergripande KKV-temadag som SLS anordnar den 5 februari 2025 (9).

## Workshop 3

Torsdagen den 16 januari, kl. 12-13

Länk Zoom: <https://uu-se.zoom.us/j/62353241729> (mötes-ID: 623 5324 1729)

## Workshop 4

Fredagen den 28 februari, kl. 12-13

Länk Zoom: <https://uu-se.zoom.us/j/63911960529> (mötes-ID: 639 1196 0529)

Träffarna är öppna, men anmäl gärna intresse till Johan Bengtsson [johan.bengtsson@neuro.uu.se](mailto:johan.bengtsson@neuro.uu.se).

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](mailto:johan.bengtsson@neuro.uu.se)*

**Behroz Dehdari**

*Specialistläkare i psykiatri, BUP Globen, Stockholm*

**Lena Nylander**

*Specialistläkare i psykiatri, Region Skåne*

**Martin Hultén**

*Specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Skåne, styrelseledamot Svenska Psykiatriska Föreningen*

**Peter Valverius**

*Specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Blekinge*



Tabell 1. Arbetsversion av rekommendationer på icke-göra inom vuxenpsykiatri

	A. Behandling	B. Adhd, autism, IF	C, Diagnostik/ provtagning	D. Okategoriserade
1	Förskriv inte benzodiazepiner mot tillfällig ångest.	Undvik diagnos när det inte finns en tydlig funktionsnedsättning.	Undvik fragmentering av diagnostik, behandling och uppföljning. Dessa behöver utföras inom samma verksamhet.	Sätt inte in behandling utan strukturerad uppföljning (vare sig farmakologisk eller psykologisk).
2	Förskriv inte antidepressiva som förstahandsval vid lindrig depression och/eller ångest.	Särbehandla inte diagnostiken av adhd och autism (kalla den exempelvis inte för "neuropsykiatrisk utredning").	Skicka inte rutinmässigt ut skattningsskalor innan en första intervju.	Boka inte besök som inte tillför värde för den enskilda patientens vård.
3	Var återhållsam med farmakologisk behandling vid EIPS.	Använd inte självskattningsformulär för diagnostik av autism.	Var återhållsam med att ställa diagnos efter bara ett besök, samt med att ställa flera diagnoser samtidigt.	Undvik organisatoriska förändringar som medför risk för minskad kontinuitet.
4	Förskriv inte läkemedel vid oro och sömnsvårigheter innan adekvat egenvård.	Undvik rutinmässiga begåvnings tester när det inte finns klinisk misstanke om låg begåvningsnivå.	Undvik PEth som screening för alkoholanvändning.	Undvik att initiera eller förlänga sjukskrivningar utan tydlig rehabiliteringsplan
5	Avsluta behandlingar som inte tillför värde för den enskilda patienten.	Undvik behandling och kommunikation som patienten inte kan ta till sig utifrån kognitiv funktion.		Minska antalet rutinmässiga multidisciplinära konferenser/teammöten
6	Undvik så långt det är möjligt att behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel.			

Referenser: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)



# Kloka Kliniska Val i barn- och ungdomspsykiatri

Kloka Kliniska Val (KKV) är den svenska versionen av det internationella initiativet *Choosing Wisely*. Målet med rörelsen är att tillsammans med patienten öka dialogen om vilka tester, åtgärder och behandlingar som verkligen behövs. I Sverige bildade Svenska Läkaresällskapet en arbetsgrupp för KKV år 2020, och regeringen har nyligen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja utmönstringen av lägvårdevård. Det finns också ett nystartat svenskt forskningsnätverk för utmönstring. Flera specialitetsföreningar utformar nu listor på 5–10 undersökningar, åtgärder eller behandlingar som bör avstås under vissa omständigheter.

En intressegrupp inom psykiatrin finns nu som vill samla fler intresserade och påbörja arbetet med att utforma en sådan lista för de psykiatriska specialiteterna. Interessegruppen har valt att dela på arbetet och ta fram en lista för vuxenpsykiatrin och en lista för BUP. För att starta arbetet med att ta fram en lista inom BUP har SFBUP:s styrelse utsett styrelseledamot och specialitetsläkare Jonas Nilsson som föreningens representant i arbetet med att ta fram en lista på kloka kliniska val inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Ett viktigt första steg är att identifiera lägvårdevård. För att komma igång med arbetet att ta fram en lista för SFBUP bjöds SFBUP:s medlemmar in till digitalt uppstartsmöte den 12 september 2024 för information om KKV samt påbörja arbetet med att ta fram en lista inom BUP. Medlemmar inom SFBUP bjöds in till mötet via information på hemsidan, annons i Svensk Psykiatri och via medlemsmail. Uppföljande möte planerades till den 18 november 2024. För protokoll från möten se SFBUP:s hemsida: <https://slf.se/sfbup/riktlinjer/kloka-kliniska-val-bup/>.

Intressegruppen, som framöver planeras att bilda en arbetsgrupp, uppmuntrar alla som är intresserade att delta, och kommentera eller kritisera de förslag som redan framkommit, eller komma med helt egna förslag. Vår arbetsgrupp är under utformning och alla ST-läkare eller specialister i barn- och ungdomspsykiatri är välkomna. Planen är att ha en färdig lista under våren 2025.

SFBUP:s representant för Kloka Kliniska Val

**Jonas Nilsson**

*Specialitetsläkare barn- och ungdomspsykiatri, ledamot*

*SFBUP styrelse*

[jonas.nilsson@sfbup.se](mailto:jonas.nilsson@sfbup.se)

## Bidrag om forskning efterlyses!

Svensk Psykiatri är en medlemstidskrift som är beroende av de bidrag medlemmarna skickar in. Vi är tacksamma för alla artiklar vi fått genom åren – tema, debatt, mötesrapporter, recensioner med mera – och hoppas att ni fortsätter att skriva! Ett inlägg som vi gärna ser mer av är rapporter om aktuell psykiatrisk forskning med klinisk relevans.

Har du fått en studie publicerad eller presenterad på kongress – skicka oss en sammanfattning! Det kan t.ex. vara ett abstract översatt till svenska.

Har du disputerat? Skicka oss en svensk sammanfattning av din avhandling!

På följande sidor finner du populärvetenskapliga sammanfattningar från tre färskas avhandlingar från Karolinska Institutet. Vi hoppas fortsättningsvis få sådana texter från alla svenska lärosäten och från alla de psykiatriska specialiteterna.

Texten bör vara sådan att även den icke specifikt insatte kan förstå budskapet.

400–600 ord kan vara en riktlinje. Hör gärna av dig till någon i redaktionen om du vill ha vägledning. Våra mejladresser hittar du på sidan 4.

För redaktionen Svensk Psykiatri

**Tove Gunnarsson,**  
*redaktör*



## Aktuella avhandlingar

# The motives and ethical justifiability of treating patients with borderline personality disorder under compulsory care

**Antoinette Lundahl**  
**Karolinska Institutet**  
**2024**

Att bli frihetsberövad, inlåst på en psykiatrisk avdelning under så kallad tvångsvård, är något som kan upplevas mycket stressande för en människa. Tänk dig själv om du skulle hamna i en sådan situation, utan att veta hur länge du kommer vara inlåst, utan att kunna gå ut som du önskar, och kanske få medicin tillförd din kropp mot din vilja under fastspänning. För att göra ett sådant ingrepp på en människas frihet kan man tänka sig att det ska finnas så pass goda medicinska skäl att dessa överstiger den skada som ett frihetsberövande innebär. Dessvärre är det inte alltid så.

Denna avhandling handlar om tvångsvård av patienter med borderline personlighetssyndrom (här förkortat BPD). Patienter med denna diagnos har ofta snabbt svängande och intensiva känslor, känslighet för avvisanden och växlande identitetskänsla beroende på sammanhang. Dessutom är det vanligt med självmordstankar och självskadehandlingar, exempelvis som reaktion på livets frustrationer eller för att känslorna kan upplevas så överväldigande. Utifrån denna återkommande suicidalitet har patienter med BPD sedan flera decennier tillbaka varit en grupp som i hög utsträckning varit föremål för tvångsvård. Syftet har givetvis varit att hjälpa patienterna så att de ska få bra behandling och kunna skrivas ut icke-suicidala. Dessvärre har den samlade erfarenheten visat att det vården intuitivt trott ska vara bra för dessa patienter, såsom inläsning och övervakning, inte visat sig vara hjälpsamt. Istället pekar erfarenheten mot

att tvångsvård och andra "hindrande" åtgärder i slutenvårdsmiljö verkar försämra patienternas förmåga att själva reglera sina känslor. Dessutom har man märkt att patienternas självskadebeteende verkar öka redan efter en kortare tid på slutenvård och att sådan vård inte verkar minska patienternas suicidrisk över tid utan istället kan öka den.

Trots dessa negativa erfarenheter av tvångsvård och tvångsåtgärder för patienter med BPD så fortsätter användandet av tvångsvård för patientgruppen i hög utsträckning. Patienternas egna erfarenheter har beskrivits i både forskningsstudier och i litteraturen, och flera har beskrivit hur långvarig tvångsvård och tilltagande tvångsåtgärder försämrat deras tillstånd och medfört traumatiska upplevelser. Det har dock inte gjorts mycket forskning på varför psykiatriker väljer att tvångsvårda patienter med BPD, erfarenheten till trots. I denna avhandling studeras just vårdpersonalens motiv till att tvångsvårda dessa patienter och jag har också undersökt i vilka lägen tvångsvård kan vara etiskt försvarbart.

Fem studier ingår i avhandlingen, både intervjuer med psykiatriker samt enkätstudier till psykiatripersonal inom akut- och slutenvård. Utöver dessa ingår två filosofiska studier som undersöker i vilka situationer tvångsvård för patienterna kan vara försvarbar ur etisk synvinkel.

De främsta resultaten från avhandlingen är att psykiatrikers uppfattningar om när det är motiverat att tvångsvårda patienter





ter med BPD skiljer sig betydligt. Detta skulle kunna förklara varför användandet av tvångsvård för dessa patienter varierar kraftigt mellan olika kliniker i Sverige. Det framkom även i studierna att det föreligger andra motiv än rent medicinska för att tvångsvårda patienterna längre tid än vad som uppfattas vara gynnsamt för dem. Sådana motiv var bl.a. att läkarna var rädda för att bli anmälda om de skrev ut en patient som har kvarstående suicidrisk eller att det saknas lämpligt boende för patienten. I en studie efterfrågades vårdpersonalens erfarenheter kring att tvångsvårda patienter med BPD och det framkom att patienternas självskadebeteende verkade öka redan efter några få dagars tvångsvård. Det framkom även att de flesta upplevde att tvångsvårdstiderna på deras respektive vårdavdelning var för långa för patientens bästa. För att minska användandet av skadlig tvångsvård för patienter med BPD föreslog vårdpersonalen exempelvis korta frivilliga inläggningar (kring tre dagar långa) när patienten är i kris, tydlig vårdplan vid inskrivning med vad som ska uppnås och när patienten ska skrivas ut, samt mera satsning på öppenvårds-behandling.

En av de filosofiska studierna undersökte om det var motiverat att tvångsvårda patienter när de själva så önskar, vilket verkar ske ibland. Studien kom fram till att det inte är etiskt försvarbart att använda tvångsvård på det sättet. Den andra filosofiska studien undersökte vilka motiv till tvångsvård för patienter med BPD som är etiskt berättigade. Slutsatsen var att tvångsvård för dessa patienter sällan är etiskt försvarlig, såvida de inte lider av ett samtidigt allvarlig psykiskt tillstånd som gör dem oförmögna att ta ett grundat ställningstagande till vården och att man dessutom bedömer att tvångsvård är nödvändigt för att möjliggöra vård som är i patientens bästa intresse.

Just svårigheten för vårdpersonalen att skriva ut en patient med kvarstående suicidrisk, samt rädsla för anmälningar till följd av detta, verkar vara några av de vanligaste skälen till att ogynnsam tvångsvård förlängs för patienter med BPD. Samtidigt verkar denna typ av vård i sig inte skydda mot suicid utan istället kan öka risken för framtida suicid. En förklaring till det fortsatt höga användandet av tvångsvård skulle kunna vara att det finns en spridd intuitiv föreställning om att inlåsning och övervakning av suicidala patienter är det säkraste valet. Då kan det vara svårt att ge patienten frihet och eget ansvar för sin vård – fastän erfarenheten visar att det verkar vara det mera gynnsamma och långsiktigt säkrare alternativet för de flesta patienter med BPD. För att minska användandet av skadlig tvångsvård för patientgruppen kan det behövas tydlig information till vårdgivare och granskande myndigheter om de skadliga effekter som tvångsvården kan medföra. Rimligen borde läkare som beslutar om tvångsvård för patienter med BPD alltid väga den förväntade nyttan för patienten mot den potentiella risken.



# Intellectual disability in a forensic psychiatric setting

**Hanna Edberg**  
**Karolinska Institutet**  
**2023**

**Intellektuell funktionsnedsättning (IF)** innebär nedsatt intelligens och nedsatta vardagsfärdigheter. Personer med IF är en utsatt grupp i samhället. De har inte sällan svårigheter att tillvarata sina rättigheter och intressen. Huvudparten av personer med IF är inte kriminellt belastade, men en liten subgrupp döms för brott. Kunskapen om personer med IF som begår brott och döms till rättspsykiatrisk vård är begränsad. Hur ser deras livssituation ut? Lider de ofta av andra psykiska sjukdomar? Vilken typ av brott begår de? Vilken typ av behandling får de i den rättspsykiatriska vården och hur vanligt är det att de återfaller i brottslighet?

För att undersöka dessa frågor använde vi uppgifter från nationella register, vilket ger möjlighet att studera ett stort antal personer under en lång tid. Vi utgick från samtliga 8442 personer i Sverige som under perioden 1997–2013 genomgick rättspsykiatrisk undersökning, något domstolen kan besluta om när det finns misstanke om en allvarlig psykisk störning. Inledningsvis studerade vi alla personer som genomgick rättspsykiatrisk undersökning i Sverige, och jämförde personer med och utan IF. I senare analyser studerade vi enbart de personer som dömdes till rättspsykiatrisk vård, och jämförde återigen personer med och utan IF.

Resultaten visar att personer med IF som begår allvarliga brott är yngre, har lägre utbildningsnivå och mer sällan egen familj med partner och/eller barn. Mer än hälften som bedömdes ha IF vid den rättspsykiatriska undersökningen hade inte tidigare fått diagnosen i den ordinarie hälso- och sjukvården, utan "upptäcktes" i samband med den rättspsykiatriska undersökningen. Det var vanligt att personer med IF hade behandlats

med antipsykotisk medicin, trots att de mer sällan än personer utan IF hade andra allvarliga psykiska sjukdomar. Sexualbrott var dubbelt så vanligt hos personer med IF som hos personer utan IF. Personer med IF dömdes oftare än de utan IF till rättspsykiatrisk vård, men varje år dömdes ca 15 % av dem som diagnosticerats med IF under den rättspsykiatriska undersökningen till fängelse. Personer med IF hade uppskattningsvis tre års längre vårdtid i rättspsykiatrisk vård än förövare utan IF, och blev oftare föremål för tvångsmedicinering. Risken för återfall i brott var cirka 20 % lägre hos personer med IF än hos personer utan IF som dömts till rättspsykiatrisk vård, vilket kan vara en följd av de längre vårdtiderna.

Rättspsykiatriska kvalitetsregistret (RättspsyK) visar att andelen personer med IF inom rättspsykiatri har ökat de senaste åren. Vårdprogram för omhändertagandet av personer med IF inom rättspsykiatrisk vård saknas. De aktuella studierna påvisar viktiga skillnader mellan brottsförövare med IF jämfört med förövare med annan psykisk sjukdom, vilket kan förklara utmaningarna i omhändertagandet. Författarens fasta övertygelse är att Sverige behöver utveckla specialiserade vårdinrättningar för denna sårbara målgrupp, i form av rättshabilitering. Rättshabiliteringen skulle erbjuda individuellt anpassade och vetenskapligt förankrade insatser för brottsförövare med IF, i syfte att förbättra hälsan och minska risken för återfall i brott.



# Developing culturally sensitive psychiatric diagnostic assessments – A clinical evaluation of the DSM-5 Cultural Formulation Interview

**Malin Idar Wallin**  
**Karolinska Institutet**  
**2024**

Social och kulturell bakgrund påverkar hur vi tolkar och uttrycker besvär och lidande, och en ökad migration och kulturellt komplexa samhällen påverkar därför möten inom psykiatrisk vård. Skillnader i hur psykiska besvär uttrycks leder till utmaningar vid psykiatrisk diagnostik och ökar risken för att psykiatriska symptom och psykiatrisk sjukdom hos migranter och etniska minoriteter misstolkas eller förblir upptäckta.

Kulturformuleringsintervjun (KFI), i den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-5, har utvecklats för att underlätta diagnostik när patient och behandlare inte delar samma sociala eller kulturella bakgrund. KFI:s huvudintervju består av 16 öppna frågor och fungerar som ett stöd i att undersöka patienters syn på sina besvär och vad som orsakar dem, med syftet att bättre förstå vad patienterna lider av. Det är dock inte känt om KFI gör det lättare att identifiera psykiatriska diagnoser. Ett av syftena för forskningsprojektet i denna avhandling var att undersöka om den kulturkänsliga intervjun KFI, adderad till den vanliga diagnostiska utredningen, påverkade det diagnostiska utfallet för nya patienter inom psykiatrisk öppenvård. Genom en randomiserad kontrollstudie (RCT) jämförde vi psykiatriska diagnoser i interventionsgruppen, där KFI-frågorna ingick i den diagnostiska utredningen, med psykiatriska diagnoser i en kontrollgrupp där den vanliga diagnostiska utredningen genomförts. Vi fann att depression oftare identifierades hos migranter när KFI användes. Vi fann också att användningen av KFI med patienter med migrationsbakgrund resulterade i fler diagnoser per patient. Dessa resultat tyder på att KFI kan underlätta identifiering av depression samt ökar den diagnostiska känsligheten för ett brett spektrum av psykiatriska diagnoser hos migranter.

Ett annat syfte var att undersöka om patienter och behandlare var nöjda med KFI och om de fann den användbar. Vi utvärderade dessa frågor genom patient- och behandlarenkäter samt intervjuer med behandlarna. Patienterna var positiva till KFI-frågorna och hur de hjälpte dem att förklara sina besvär. Behandlarna var också positiva och fann att KFI gav dem nya perspektiv på patienternas besvär, och integrerade patienter-

nas sammanhang i den diagnostiska processen. De tyckte även att KFI bidrog till en bättre terapeutisk allians, att patienterna kände sig stärkta av att få svara på KFI-frågorna och att svaren påverkade deras förståelse och kliniska bedömningar.

Ytterligare ett syfte i forskningsprojektet var att bättre förstå vilken information som framkom med hjälp av KFI. Detta undersökte vi genom att analysera svaren på KFI-frågorna som dokumenterats av behandlarna. Vi fann att patienterna gav detaljerade beskrivningar av sina besvär, hur dessa påverkade deras dagliga liv och sociala relationer samt vilka strategier de använde för att hantera dem. Det fanns vissa skillnader i den information som framkom med hjälp av KFI mellan gruppen av patienter som var respektive inte var migranter. Patienterna med migrationsbakgrund beskrev ofta sina besvär i relation till vardagsfunktioner och använde ofta uttryck som sammanfogade somatiska besvär och emotionella känslouttryck. Patienterna som inte hade en migrationsbakgrund använde å andra sidan ofta psykiatriska termer när de beskrev och förklarade sina besvär, och använde mer emotionella uttryck. Patienterna med migrationsbakgrund relaterade ofta sin identitet till en känsla av tillhörighet till sin ursprungskultur, medan de icke-migrerade patienterna ofta relaterade sin identitet till en förmåga att prestera i linje med en social roll.

Sammanfattningsvis pekar resultaten från studien på att KFI kan vara ett användbart verktyg för att identifiera depression och öka den diagnostiska känsligheten hos migranter, samt för att få fram viktig information om betydelsen av kultur och kontext. KFI-frågorna om bakgrund och identitet uppfattas ibland som abstrakta och svåra att förstå, i vår forskning såväl som i tidigare. Vi föreslår därför att ett bättre sätt, bland andra, att fråga om en patients kulturella identiteter och deras påverkan på hälsa och välbefinnande kan vara att ställa frågor om en känsla av tillhörighet.

Kulturformuleringsintervjun hittas via följande länk: <https://www.psychiatry.org/getmedia/5cc5329d-3bd4-4c6a-bae1-dfd0d6496f44/APA-DSM5TR-CulturalFormulationInterview.pdf>



# Nationell högspecialiserad vård (NHV) för vuxna patienter med svårbehandlat självskadebeteende

## Tre enheter med behandling som kompletterar varandra

### Sammanfattning

Tre regioner har erhållit tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård för vuxna patienter med svårbehandlat självskadebeteende – Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Stockholm. Behandlingen skiljer sig åt för de olika tillståndsorterna. Region Skåne erbjuder ett konsultativt arbetssätt mot hemregionen upp till två år, medan Västra Götaland och Stockholm erbjuder inläggning på behandlingsavdelning där dialektisk beteendeterapi (DBT) utgör basen för vården.

Eftersom det saknas evidens för behandling av så pass svårt självskadebeteende som målgruppen har, ska enheterna ha en tydlig forskningsanknytning och utvärdera erbjudna insatser genom forskning.

### Introduktion

2018 ersattes den tidigare rikssjukvården med nationell högspecialiserad vård (NHV), och Socialstyrelsen blev förvaltningsmyndighet för det nya systemet. Målet med NHV är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt. Uppdraget innefattar att utreda och ge tillstånd till områden där ett specifikt omhändertagande gynnas av att vården koncentreras till ett fåtal platser, där vårdgivaren ska kunna utveckla en hög kompetens i multidisciplinära team och hålla en god kvalitet på vården som ska vara tillgänglig för alla patienter i hela landet. Inom psykiatri är svårbehandlat självskadebeteende för vuxna och barn. ett av de första områdena att få tillstånd.

**Syftet** med denna artikel är att ge en bild av NHV för vuxna patienter med svårbehandlat självskadebeteende där vården bedrivs i tre regioner med tätt samarbete mellan regionerna. Vidare att ge våra erfarenheter från de första åren som tillståndsenheter.

### Bakgrund

Självskadebeteende är vanligt, särskilt inom psykiatri (1,2) Trots en rad evidensbaserade behandlingar finns en del individer med livshotande självskadebeteende som inte blir hjälpta

av tillgängliga behandlingar (3). I Sverige har denna grupp uppskattats omfatta 50–70 individer årligen och det är till dessa individer den nationella högspecialiserade vården riktar sig (4). Det finns flera olika vetenskapliga definitioner av självskadebeteende, som skiljer sig framför allt baserat på om definitionen särskiljer suicidalt från icke-suicidalt beteende (5). I föreliggande artikel använder vi en bred definition som inte skiljer på suicidalt och icke-suicidalt självskadebeteende, och som även inkluderar risktagande (som att svälja föremål eller gå på tågspår), sexuell självskadebeteende och avsiktlig försummelse av egna behov (5). Detta då vår kliniska erfarenhet är att målgruppen för NHV uppvisar ett mångfacetterat, livshotande och svårt självskadebeteende som kan ändra funktion och där det ofta kan vara svårt att skilja ut suicidavsikt från icke-suicidalt beteende.

Självskada i sig är inte en diagnos utan patienter med självskadebeteende har ofta underliggande diagnoser där – förutom emotionellt instabilt personlighetssyndrom – ångest- och förstämningssyndrom, psykosjukdom, substansbruk, neuropsykiatriska funktionshinder och ätstörning är de vanligaste samtidiga diagnoserna. Självskadebeteende är vanligare bland unga kvinnor än unga män, men skillnaderna mellan könen minskar med stigande ålder (6).

Det finns flera specialiserade behandlingsmetoder som har effekt för vuxna som lider av allvarlig självskada, såsom dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT), Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) och schematerapi (7). Under de senaste åren har även generalistiska behandlingsprogram såsom Good Psychiatric Management (GPM) presenterats som ett tillräckligt bra alternativ för behandling av självskada och emotionellt instabilt personlighetssyndrom (8). Dessa behandlingsmetoder har flera gemensamma komponenter som ses som betydelsefulla: att erbjuda en tydlig behandlingsstruktur med förutsägbarhet och kontinuitet; att inta ett empatiskt och lyssnande förhållningssätt som gör att patienter känner sig förstådda; en möjlighet att utveckla en ökad emotionell medvetenhet och känsloreglering; att öka emotionell medvetenhet och emotionsreglering samt uttalade strategier



för att motverka iatrogena effekter (9). Även om kunskap kring vården för gruppen med svårt självskadebeteende de senaste åren ökat, finns kunskapsluckor i bemötande och omhändertagande. Det händer att patienter med svårt självskadebeteende vårdas frekvent och långvarigt i psykiatrisk heldygnsvård utan egentligt behandlingsinnehåll men med risk för försämring i form av förlust av meningsfull vardag med sysselsättning och relationer.

På senare tid har brukarstyrd inläggning eller självvald inläggning införts i många regioner till gagn för denna patientgrupp (10,11).

Eftersom NHV erbjuds till patienter med komplexa problem och svår samsjuklighet är det ofta nödvändigt med olika former av anpassningar eller tillägg i behandlingen, såsom en komplettering med Radically Open DBT (RO-DBT) vid stark rigiditet och svårigheter att skapa nära relationer, exempelvis vid autism (12,13), intensiv exponeringsbehandling vid PTSD under inläggande vård (14,15), eller färdighetsträning vid kognitiv funktionsnedsättning, så kallad DBT Skills System (DBT-SS) (16).

### Tre tillståndsenheter där behandlingen kompletterar varandra

De tre enheterna är lokaliserade i Lund, Göteborg och Stockholm och har kompletterande uppdrag. Enheterna har ett nära samarbete. Vården ges till självkostnadspris och betalas av remitterande region. Vid remittering till enheterna kommer ett tätt samarbete mellan NHV-enheten och remittent vara nödvändig. I många fall är även andra aktörer involverade i patientens liv och vård och bör involveras på ett tidigt stadium i vårdprocessen. Hur man remitterar och specifika krav för remiss finns tillgängligt på respektive tillståndsenhets hemsida.

NHV-enheten i Region Skåne är ett konsultationsteam som arbetar med vård för personer med allvarligt, livshotande, omfattande och upprepat självskadebeteende där hemregionens egna resurser och/eller kompetens inte räcker till. Patienten vårdas i öppen- eller heldygnsvård på hemkliniken, frivilligt eller enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Uppdraget omfattar en multidisciplinär bedömning samt att med denna som bas samordna, utveckla och anpassa vård och insatser från samtliga relevanta aktörer (t.ex. kommun, anhöriga, god man/förvaltare, boende, primärvård, akutvård, blåljusinsatser, frivård). Detta sker genom regelbundna nätverksmöten med alla involverade aktörer, och genom utbildning och handledning till personal. Teamet kan också åka ut till regionen och möta vårdgivare på plats. Uppdraget pågår i upp till två år. NHV-enheten i Skåne tar inte över behandlingsansvaret för patienten utan arbetar konsultativt för att anpassa och utveckla vården samt öka kompetensen för omhändertagande av målgruppen i hemregionen. NHV-teamet i Skåne är multiprofessionellt och utöver de som arbetar direkt i teamet kan samtliga yrkeska-

tegorier som arbetar inom psykiatrisk verksamhet konsulteras vid behov. Vid behov finns tillgång till farmaceut och arbetsterapeut.

I Region Stockholm och Västra Götalandsregionen är basen för uppdraget en behandlingsavdelning där behandlingen bygger på DBT. Det finns utvärderingar från flera olika forskarteam internationellt som visar att standardformen av DBT reducerar självskadebeteenden, både inom ramen för öppenvård och som en integrerad del av inläggande vård (17,18,19).

När patienten remitteras till enheterna i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen påbörjas ett bedömningsarbete i öppenvård som i genomsnitt tar 2–3 månader. Patientens problemområden och uppkomst av dessa går igenom samt de behandlingsförsök som genomförts riktade mot självskadebeteendet. Många patienter har behov av sociala insatser på flera olika plan i sin vardag för att kunna återgå till eller få en fungerande vardag.

När bedömningen påbörjas kretsar patientens vardag ofta runt vårdkontakter och stundtals inläggande vård. Det är därför viktigt att kartlägga patientens målsättningar och möjligheter till aktiviteter utanför vården. Det kan gälla daglig sysselsättning, fritidsintressen, motion eller relationer med vänner och familj. I bedömningsfasen påbörjas också planeringen för hur behandling och fortsatta aktiviteter ska bestå efter behandlingsinsatsen. En målsättning med DBT är att uppnå "ett liv värt att leva" och vi brukar kalla behandlingen på NHV-enheterna "ett bootcamp för ett liv värt att leva". Det innebär att insatsens målsättning och fokus behöver vara mer för patienten än att bara överleva eller för vården att skydda patienten från att ta sitt liv. Målsättningen med behandlingen behöver syfta till att faktiskt få ett drägligt liv värt att leva.

Efter behandlingen behöver kontakten med öppenvård och ibland även heldygnsvård fortsätta vid hemkliniken. Utslussningen från enheten planeras individuellt och brukar i genomsnitt ta 3–5 veckor.

Behandlingen är intensiv och erbjuder DBT-behandling motsvarande ett års behandling under 12 veckor. Förutom behandling får patienterna stöd av omvårdnadspersonal att använda nyvunna färdigheter 24 timmar om dygnet. Det innebär att patienter som tidigare varit för instabila för att kunna ta del av traditionell öppenvårdsbehandling nu kan erbjudas DBT i skydd av heldygnsvård. Detta ska inte förväxlas med traditionell heldygnsvård där fokus ofta är att skydda patienten från att självskada genom tvångsvård med extravak. Vården individanpassas utifrån diagnos och funktionsnivå.

Arbetet på behandlingsavdelningarna sker i tvärprofessionella team. All personal har utbildats i bemötande av patienter med självskadebeteende och i grundläggande DBT-färdigheter.





Enheterna i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen bedriver även behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i ett intensivt format som ett viktigt komplement till DBT-behandlingen. Stöd att använda reglerande färdigheter från DBT-utbildad personal säkerställer att exponeringsbehandlingen kan genomföras även om patienten har svårt att på egen hand reglera sina känslor. Hela upplägget erbjuder en ny möjlighet för patienten att fullfölja PTSD-behandlingen även om instabiliteten tillfälligt ökar, vilket är väldigt vanligt vid denna typ av behandling.

Konsultationer till hemklinik är för vissa patienter tillräckligt som ensam insats men kan även vara ett komplement och en viktig pusselbit för att få till en fungerande miljö på hemmaplan. Hemkliniken behöver ha beredskap för att ta emot patienten efter NHV-vården och under konsultationer till hemkliniken vara beredda att göra förändringar i det egna behandlingsupplägget. Det kan handla om utbildningsinsatser till vårdpersonal och boendepersonal eller att omfördela vårdresurser runt patienten.

Förutom att bedriva vård och konsultationer ska enheterna också fungera som kunskaps- och forskningscentra. Uppbyggnad av dessa pågår parallellt med vårdverksamheten.

#### Lärdomar från uppstart och första året med behandling

Att starta NHV-enheterna med ett nytt vårdformat har varit en mycket givande och en spännande utmaning. Många av de patienter som remitteras till NHV har en historia av långa vårdtider inom psykiatrisk heldygnsvård med LPT men även långvarig vård på somatiska avdelningar efter svåra självskaador. När remiss skickas till de tre NHV-enheterna ska detta inte bara ses som en möjlighet för patienten att få tillgång till högspecialiserad vård utan också som en möjlighet för hemkliniken att ta del av en ny vårdform. Det kan i sin tur innebära att de kan behandla patienten på ett nytt sätt. Ett viktigt mål med att erbjuda patienten NHV-vård är att sänka vårdnivån. Det kan innebära allt från att patienten ska kunna ta emot vård på frivillig bas i stället för tvångsvård till att komma i gång med vardagliga aktiviteter och ha kontakt med öppenvården i stället för långa perioder i heldygnsvård.

Behandlingsenheterna i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen erbjuder också digitala anhörigutbildningar för att stötta och hjälpa anhöriga till patienterna. Patienten har ofta en historia av att känna sig missförstådd av vården och att insatser som erbjudits inte genomförts. Därför är uppföljning av planerade insatser en viktig del i behandlingen. För att säkerställa att planerade insatser kommer till stånd följs patienterna upp under ett år efter avslutad behandling vid aktuell NHV-enhet.

Det är viktigt att vi möter dessa patienter med samsyn och att de får den nya resurs som tillskapandet av NHV-enheterna innebär för att få till en varaktig förändring.

Referenser: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

**Yvonne von Hausswolff-Juhlin**

*(korresponderande författare)*

*Specialist i psykiatri, docent, NHV svårbehandlad självskada vuxna, Region Stockholm/ Karolinska Institutet*

*Psykiatri Nordväst, Visionsgatan 70A, 171 76 Stockholm*

*Tfn: 08-123 387 72*

*email. [yvonne.vonhausswolff-juhlin@regionstockholm.se](mailto:yvonne.vonhausswolff-juhlin@regionstockholm.se)*

**Madeleine Magnusson**

*Enhetschef, specialistpsykiolog, NHV svårbehandlad självskada vuxna, Region Stockholm*

**Ewa Strid**

*Enhetschef, specialistjuksköterska, NHV svårbehandlad självskada vuxna, Region Stockholm*

**Martina Wolf-Arehult**

*Fil dr, leg psykolog, samordnare för nationell högspecialiserad vård (NHV), Region Stockholm/Karolinska Institutet*

**Hanna Sahlin**

*Med dr, leg psykolog, programdirektör och teamledare psykoterapeutprogrammet och handledarutbildningen, Kompetenscentrum för psykoterapi (KCP), Region Stockholm /Karolinska Institutet*

**Magnus Nilsson**

*Områdeschef, post doc, Vuxenpsykiatrimottagning självskada, Region Skåne/Lunds universitet*

**Sofie Westling**

*Överläkare, docent, Vuxenpsykiatrimottagning självskada, Region Skåne/Lunds universitet*

**Kajsa Sjöberg**

*Vårdenhetschef, specialistjuksköterska, Självskadeenheten-AVD369, Västra Götalandsregionen*

**Klara Schön**

*Specialistläkare, Självskadeenheten-AVD369, Västra Götalandsregionen*

**Karin Ericsson**

*Psykolog, teamleader, Självskadeenheten-AVD369, Västra Götalandsregionen*



# Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) bedriver viktiga internationella samarbeten, där ett centralt samarbete är 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 SPF 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/>

I årets sjunde utgåva kan lyftas fram hur viktigt det är att kunna ta in olika geografiska områden som påverkar psykiatri i Sverige direkt eller indirekt.

- En systematisk litteraturgenomgång av frekvensen av psykiska problem hos flyktingar från Syrien till de nordiska länderna. Totalt analyserades 12 artiklar varav majoriteten var från Sverige. I dessa publikationer framkom relativt höga frekvenser av post-traumatisk stress, ångest och depression.

Sneha Ojha, Sahara Thapa, Suraj Bahadur Thapa. Mental health problems among Syrian refugees in Nordic countries: a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 561–569.

- En psykometrisk studie från Färöarna av slutenvårdspatienters upplevelse av inneliggande vård enligt en översatt skala på ett strukturerat sätt. Arbetet belyser vikten av att ha instrument som anpassas och översätts på rätt sätt för att kunna jämföra mellan länder, men även inom institutioner, med pålitliga metoder.

Lars-Olov Lundqvist, Marja L Gjógvárá, Laila Olgarsdóttir, Anna Sofía Veyhe, Agneta Schröde. Patients' perception of the quality of psychiatric inpatient care in the Faroe Islands. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 616–626.

- I en översikt med fokus på Sverige beskriver Sheilagh Hodgins hur övergång till vård utanför institutioner kopplas till risk för domar för våld eller andra brott hos individer med psykos. En särskild styrka är att det i texten tas upp jämförelser mellan olika länder och hur omhändertagande kan påverka denna ökade risk.

Sheilagh Hodgins. What do we know now about evidence-based treatment for psychosis and aggressive behaviour or criminality that we did not know when community care was implemented? *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 649–658.

Sammantaget finns det en väldigt bredd i publikationerna i NJP och vi uppmuntrar alla medlemmar att läsa artiklar som de finner intressanta samt även överväga att själv skicka bidrag. Instruktioner för att skicka in en artikel till Nordic Journal of Psychiatry hittar du här: <https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=ipsc20>

**Steinn Steingrimsson**

*Överläkare, docent och universitetslektor vid Sahlgrenska Akademin, vetenskaplig sekreterare i Svenska Psykiatriska Föreningen*

**Jonas Eberhard**

*Överläkare, docent och universitetslektor vid Lunds universitet, vice ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen samt redaktör för Nordic Journal of Psychiatry*



# Tid att agera för att stärka transnationellt adopterades psykiska hälsa

En lång rad forskningsstudier har pekat på alarmerande mönster i fråga om den psykiska hälsan hos transnationellt adopterade, det vill säga personer som har adopterats från ett land till ett annat. Jämfört med resten av befolkningen uppvisar transnationellt adopterade en ökad förekomst av en rad psykiatriska tillstånd, så som psykossjukdom, depression och ångest, substansberoende och missbruk samt ätstörningar. Transnationellt adopterade vårdas också oftare i psykiatrin, inom såväl öppenvård som heldygnsvård. Ett särskilt oroväckande fynd rör självmord, där svensk forskning har påvisat en två- till fyrfaldigt ökad risk hos transnationellt adopterade.

Mot denna bakgrund ter det sig märkligt att det från region- och myndighetshåll har funnits så pass få konkreta idéer om hur situationen kan förändras till det bättre, så som förslag på förebyggande åtgärder eller riktade behandlingsinsatser. I den intervjustudie som vi här presenterar pekar vi på framåtsyftande förslag med utgångspunkt i vad adopterade själva anser skulle kunna förbättra omhändertagandet och stärka deras psykiska hälsa. Sammanlagt 66 vuxna transnationellt adopterade i åldrarna 21–58 år djupintervjuades. Deltagarna härstammade från femton länder i Östafrika, Östasien, Sydostasien, Sydamerika och Oceanien. En svenskspråkig presentation av studieresultaten med titeln "Transnationellt adopterade i vården: erfarenheter, behov och rekommendationer" finns att läsa och ladda ner via Karolinska Institutets hemsida.

Studiedeltagarna beskriver en rad **hinder** som gör det svårare för dem att söka och tillgodogöra sig adekvat behandling. De vittnar genomgående om begränsade kunskaper om adopterades livsvillkor och ett ointresse för hur adoptionsbakgrunden kan påverka måendet. För en yrkesperson kan detta tyckas underligt; vår erfarenhet är att det hos behandlare i psykiatrin vanligtvis finns en öppenhet inför att närma sig de mest skiftande och dramatiska livserfarenheter, men ämnet adoption är ett uppenbart undantag. Andra hinder är "färgblindhet" och en utbredd ovilja att uppmärksamma hur erfarenheter av rasism påverkar hälsan, gränslöshet i fråga om personlig integritet eller tendenser att infantilisera vuxna adopterade. Inte minst ett utbrett samhällsligt tacksamhetsnarrativ – att transnationellt adopterade förväntas känna tacksamhet för att ha "räddats" ur svåra omständigheter – tycks i hög grad göra det svårare för gruppen att uppmärksamma psykisk ohälsa och att söka adekvat hjälp, av rädsla för att betraktas som otacksamma. Ytterligare hinder utgörs av höga kostnader för adoptionsrelevant privat psykoterapi samt en utbredd misstro gentemot stödinsatser i regi av adoptivföräldrar, adoptionsförmedlare eller adoptionsrelaterade myndigheter.

Studiedeltagarna beskriver också **resurser** som bidrar till ett bättre mående. En återkommande gynnsam faktor är möjligheten att dela erfarenheter med andra adopterade i privata relationer, via föreningar för transnationellt adopterade eller på internetforum och i sociala medier. Även medias uppmärksammande av traffick-

ing av barn och andra oegentligheter som har präglat den globala adoptionsbranschen upplevs av många deltagare som i grunden hjälpsamt.

Studiedeltagarna har också en lång rad **idéer** om hur hälso- och sjukvård för transnationellt adopterade kan förbättras framöver. Det rör sig till exempel om tydligare och mer lättillgängliga strukturer för stöd och vård, ökad kompetens samt en bredare psykoterapeutisk repertoar som på ett bättre sätt kan adressera adoptionsrelaterade frågor. Deltagarna pekar också på vikten av gott stöd i vård situationer som kan vara av särskild betydelse för adopterade, så som i samband med graviditet och som nybliven förälder. De lyfter behovet av att kunna erbjudas utökade hälsoundersökningar som ett led i att i någon mån kompensera för det faktum att många adopterade personer inte har tillgång till pålitlig information om ärftliga sjukdomar i familjen. Slutligen tar studiedeltagarna upp vikten av att uppmärksamma behoven hos barn till transnationellt adopterade, som i viktiga avseenden delar historia och erfarenheter med sina adopterade föräldrar.

Baserat på dessa fynd lämnar vi avslutningsvis en rad **rekommendationer** riktade till vårdpersonal, beslutsfattare och lärosäten. Vi lyfter här till exempel behovet av åtgärder för att öka kunskapen om adopterades hälsa hos vårdpersonal, inte minst inom psykiatrin – detta även mot bakgrund av att Sverige är det land i världen som har störst andel adopterade i befolkningen. Det kan till exempel röra sig om att inkludera ämnet i grundutbildningar och att tillgodose behovet av vidareutbildning för yrkesverksamma. Vårdpersonals kompetens i att på ett hjälpsamt sätt lyfta frågor om rasism och hälsa behöver också prioriteras. Ett eller flera kunskaps- och resurscentrum som erbjuder en bred ämnesöverskridande kompetens inom frågor kopplade till adoption (så som psykologiskt stöd, juridisk expertis och stöd i röttersök) bör inrättas – detta föreslogs i en statlig utredning redan 2003 men har aldrig blivit verklighet.

Vi erbjuder i vår rapport inga genvägar i arbetet med att stärka transnationellt adopterades hälsa – det kommer tvärtom att krävas ett seriöst engagemang, strategisk kontinuitet och ekonomiska resurser för att förändra det alarmerande läget. Vår förhoppning är att den pågående statliga utredningen om transnationell adoption, som bland annat har i uppdrag att föreslå lämpliga hjälp- och stödinsatser och vars slutbetänkande presenteras under 2025, tar intryck av adopterades egna erfarenheter, önskemål och förslag på förbättringar. Det är hög tid att ta adopterades psykiska hälsa på större allvar.

**Mattias Strand**

*Överläkare i psykiatri, Transkulturellt Centrum, och postdoktoral forskare, Karolinska Institutet*

**Natte Hillerberg**

*ST-läkare i psykiatri, Norra Stockholms psykiatri*



## Om behovet och framväxten av ett nytt komplementärt psykiatriskt paradigm

Efter 45 års ansträngningar att utmejsla först DSM-III, sedan DSM-IV och nu senast DSM-5 är det dags att konstatera att framgången för själva DSM-paradigmet varit synnerligen begränsad, detta trots successiva evolutioner (1). Grundorsaken ligger i att en naturvetenskapligt orienterad, statisk och klassifikationsorienterad psykiatrisk patologimodell saknar möjlighet att fånga det individuella, i sig dynamiska psykiatriska lidandet inom det dynamiska system som den lidande individen faktiskt utgör.

Detta psykiska lidande utgörs av en dynamisk obalans uppkommen ur kombinationen i en dynamisk etiologisk kontext (dvs kombinationen av hens biologi, inklusive eventuella genetiska arv, tidiga och nuvarande upplevelser, sociala situation etc.), varierande orsak-verkan-reaktioner och likaledes varierande oförmågor att på egen hand lösa sin existentiella livssituation (2).

Också på den statistiska nivån har DSM visat sig vara till föga hjälp. När nu cirka 40 % av primärvårdens besök på ett eller annat sätt är relaterade till psykiskt lidande – vilken är nyttan av DSM för dessa? Vad har DSM att säga som kan ”förklara” den explosiva utvecklingen av antalet ADHD-diagnoser de senaste åren?

Faktum är att den renodlade biologiska psykiatrin nu börjar närma sig vägs ände, ungefär som den renodlade psykoanalytiskt grundade gjorde det före DSM-III. På tröskeln till ett förverkligande väntar nu en mer integrerande modell, en som inte är så stigmatiserande för den enskilde, inte så fast i vårdens administrativa strukturer och inte heller så beroende av den farmakologiska industrin. Men som väl fångar upp det levda livets svårigheter – och möjligheter – för en individ, snarare än för en teoretiskt, statistiskt definierad kategori.

Att förverkliga en sådan modell de närmaste åren har nu för första gången i kunskapshistorien blivit kapacitetsmässigt möjligt tack vare den artificiella intelligensens genombrott. På extremt kort tid kan AI nu processa enorma mängder data och ur dessa finna nya oupptäckta mönster. Därmed kan den hjälpsökande och hens närstående få svar på ett diagnosneutralt, strukturerat frågeformulär med datorbaserade grafiska analoga svarsskalor (VAS) omvandlat till fokuserad visuell feedback (3) och eller mönster för både behandlaren och dem själva – en feedback som synliggör skilda problems viktighetsgrad, tidigare osynliga samband och sammanhang och vilka *behov av hjälpinsatser* som finns samt vilka relativt *starkare förmågor* hos individen, som kan mobiliseras för en bättre livssituation.

Frågorna i ett sådant formulär utgår preliminärt från 4 Fundamentala Frågor som är mest grundläggande för en människas möjligheter att leva sitt liv i rimlig balans, förmågan att:

1. Utveckla en någorlunda *integrerad personlighet* (bl.a. relativ mognad)
2. *Reglera sin energi* (intryck och uttryck i tid och rum)
3. *Styra* genom att göra val (inklusive att undvika)
4. Skapa en rimligt realistisk *verklighetsuppfattning*

En försämrad förmåga att *reglera* bidrar till en försämrad förmåga att *styra*. Bägge påverkar förmågan till såväl en *integrerad personlighet* som *realism* i uppfattningen av verkligheten, samtidigt som påverkan även går i andra riktningen. Men så fungerar ju också dynamiska system.

Modellen kallas 4 FFM och en första skiss till ett samlat frågeformulär är under utarbetande. 4FFM-modellen skulle kunna ses som ett komplement till DSM-modellen. Som ett verktyg i första hand avsett att genom primärvården avlasta den psykiatriska sjukhusvården genom att fånga upp, mildra och kanske stoppa progressionen redan i tidiga stadier av psykiskt lidande hos hjälpsökande individer.



Gustaf Almenberg  
Författare  
Dalby  
gustaf.almenberg@gmail.com

### Referenser

1. Se t ex Anne Harrington: *Mind fixers* (2019), Benjamin Fong: *Quick Fixes* (2023), Anders Sörensen: *Noget I bör vide...* Om uttrapning af psykofarmaka (2024) samt Poul Videbaeks m fl: kommande bok i samma ämne (enl hans debattinlägg i danska Dagbladet Information 20240815).
2. Redan på 1700-talet fanns denna motsättning i synen på verkligheten, där Linnés klassifikationssystem stod för en statisk grundsyn på verkligheten medan hans jämnåriga, fransmannen Buffon, en föregångare till Darwin, stod för den mera dynamiska grundsynen enligt Jason Roberts: *Every Living Thing. The Great and Deadly Race to Know All Life* (2024).
3. För ett exempel på hur en visuell redovisning skulle kunna se ut, se t ex <https://opinary.com/our-tools-ad-formats/>



# Ett fördömande av psykiatrins tystnad om Palestina

**Jag har varit medlem i SPF i många år. Lika länge har jag fått denna tidning i brevlådan. Något som jag har reflekterat över under dessa år är den tystnad som råder i tidningen om de maktstrukturer som utgör ramen för vårt samhälle.**

Bara i Gaza har minst 43 000 dödats av den israeliska armén, däribland 16 765 barn, sedan den 7 oktober. 101 223 människor har skadats, och över 10 000 är saknade (1). Det egentliga antalet döda av svält, vattenbrist och avsaknad av basal sjukvård uppskattas till mångdubbelt fler (2).

I Tidskriften för Svensk Psykiatri benämns inget av detta.

Läkarkåren gick man ur huse vid Rysslands invasion av Ukraina. På Svenska Psykiatrikongressen 2022 hölls ett seminarium vid namn "Vad kan Svensk Psykiatri göra för Ukraina"? (3).

Läkarförbundets ordförande Sofia Rydgren Stale höll samma år ett tal framför den ukrainska flaggan utanför Rysslands ambasad, där hon fördömde Rysslands invasion och uttryckte sitt stöd för våra ukrainska kollegor. Hon uppmanade också det ryska läkarförbundet att stötta den ryska sjukvårdspersonalens protester mot Putins agerande (4). Läkarförbundet uppmanade också sina medlemmar att donera till insamlingar för att hjälpa det ukrainska folket (5).

Transkulturellt centrum och Region Stockholm var snabba med att sammanställa information om hur man bäst hjälpte människor som flytt från Ukraina (6, 7).

Sveriges regering fattade snabbt, fem månader efter invasionen, ett beslut om att bistå i vården av sjuka och skadade från Ukraina (8). Många av dem vårdas på den enhet där jag nu randar mig.

I egenskap av läkare och medmänniska anser jag att stödet för det ukrainska folket, den angripna sjukvården och mobiliseringen är rimligt, rätt och medmänskligt. Detta stöd borde alla människor få vars land invaderas och vars civilbefolkning angrips.

Det går dock inte att bortse från att den mobilisering som genomfördes i samband med Rysslands invasion av Ukraina nu helt lyser med sin frånvaro. Jag har flera palestinska läkarkollegor som fått sin släkt minst decimerad, vars familjemedlemmar mördats, som dagligen oroar sig för sina nära och kära, där ingen på arbetsplatsen ens har frågat hur de mår med anledning av de pågående israeliska attackerna i Gaza.

Hur känns det för dem att läsa en tidning för läkare vars främsta arbetsuppgift det är att värna om människors psykiska hälsa, där det pågående fasansfulla ockupationsvåldet mot deras folk inte nämns med ett ord?

Jag ser med förskräckelse hur våra kollegor inom vården i Gaza arbetar under de mest omänskliga förhållanden. De oroar sig med fog för sina egna, sina kollegors, för sina nära och käras och för sina patienters liv. Palestinska sjukhus bombas, medan vårdpersonal kidnappas och torteras av israeliska styrkor. Många av våra kollegor har dött i fångenskap, eller dödats i tjänst (9). Varför är vi tysta?

16 av 36 sjukhus i Gaza var "minimalt eller knappt fungerande" enligt en sammanställning som gjordes för 10 månader sedan (10). I mars 2024 skrev WHO att antalet döda barn i Gaza översteg det sammanlagda antalet barn som dödats i övriga världen under de senaste fyra åren (11).

Hur kommer det sig att dessa fasansfulla brott mot mänskligheten bemöts av tystnad i den svenska psykiatrin?

Att psykiatriker, vars yrkesuppgift är att främja psykisk och fysisk hälsa, förhåller sig tysta inför systematiskt ockupationsvåld och krigsbrott är etiskt och moraliskt förkastligt. Vårt arbete handlar inte bara om att bota individuella sjukdomar, utan också om att värna om samhällets välbefinnande och att stå upp för de mest grundläggande mänskliga rättigheterna, däribland rätten till liv och säkerhet. Att inte ta ställning, att inte höja rösten, är att indirekt stödja en värld där dessa grymheter kan fortgå obehindrat och där de psykologiska konsekvenserna av våld och övergrepp förblir osynliggjorda.

Systematiskt dödande av civilbefolkning – inte bara i Palestina utan även i till exempel Tigray, Sudan och Kongo – lämnar fysiska sår och psykologiska trauman som går i arv över generationer. Som psykiatriker vet vi hur rädsla, våld och trauma kan forma en människas liv, påverka deras psykiska hälsa och förstöra deras känsla av trygghet och identitet. Dessa effekter är djupgående, ofta svårläkta, och påverkar hela samhällen. Att ignorera storskaligt dödligt våld mot civila är att ignorera psykologins och psykiatrins främsta uppgift.

När läkare inom psykiatrin inte tar ställning mot pågående brott mot mänskligheten, sänder det signaler till samhället om att vissa människors lidanden är oviktiga eller inte värda uppmärksamhet. Det urholkar förtroendet för hela vårdprofessionen. Det går stic i stäv med grundvärderingar inom vård och omsorg: att stå upp för människovärdet och motverka lidande, oavsett var det sker och vilken hudfärg eller religion de som lider har.

Jag skäms över vår yrkeskår. Det borde vara en självklarhet att stå upp mot krigsbrott, systematiskt dödande av barn och vuxna och riktade attacker mot vårdpersonal.

**Natte Hillerberg**  
ST-läkare i psykiatri

Referenser: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)





# Svar från Svenska Psykiatriska Föreningen

Debattartikeln riktar skarp kritik mot Svenska Psykiatriska Föreningen.

Vi tror inte att någon medlem som människa och läkare är oberörd av nyheter från kriget i Gaza eller andra väpnade konflikter. Vidare vill vi understryka att vi naturligtvis står bakom FN:s mänskliga rättigheter som är en självklar etisk grundprincip.

Vi vill också betona att SPF är en politiskt och religiöst obunden förening vars uppgift är att stärka svensk psykiatri.

Artikelförfattaren lyfter i sin kritik fram en tydlig skillnad i hur föreningen hanterat Gazakriget jämfört med Ukrainakriget, vilket är en korrekt iakttagelse. För att bidra till att öka kunskap kring psykiatriska perspektiv vid alla konflikter, krig och katastrofer har SPF under SPK 2024 anordnat ett helt spår kring krig, kris och katastrof, se filmer på [www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se).

Vi fortsätter att både påverka och bidra till våra nationella huvudföreningars ställningstaganden vid större humanitära katastrofer. Därför stödjer vi nu, som en del av Läkarförbundet, Läkare utan gränsers namnsamling för att sjukhus, vårdpersonal och patienter ska skyddas i alla krig och konflikter.

Maria Larsson  
*Ordförande SPF*

Martin Hultén  
*Ansvarig utgivare Svensk Psykiatri, ordförande emeritus SPF*

Tove Gunnarsson  
*Huvudredaktör Svensk Psykiatri, ledamot SPF:s styrelse*

# Kunskapstestet 2025 – upplaga II



**Kunskapstestet i vuxenpsykiatri lanserades av SPF för ST-läkare och specialister i vuxenpsykiatri under 2024. Fem skrivningstillfällen ägde rum: under ST-konferensen i januari, Svenska Psykiatrikongressen i mars, samt under SPF Fortbildar i Stockholm, Lund och Umeå.**

För bakgrund kan man med fördel ta del av artikel publicerad i Svensk Psykiatri nr 3 2023 sid 40, för statistik och utvärdering se nr 2 2024 sid 51.

SPF:s utsedda kommitté arbetar nu med en ny upplaga med 100 frågor, där vi också tar hänsyn till resultatet från föregående prov vad gäller fördelning mellan ämnesområden och svårighetsgrad.

Kommitténs sammansättning är skapad dels utifrån kliniska kompetensområden, dels för regional täckning, men även utifrån vana att utforma flervalsfrågor. För årets kommitté, se faktaruta.

Planen är likt tidigare att erbjuda ett kostnadsfritt test för alla specialister och ST-läkare under 2025. Men på sikt kommer testet sannolikt behöva bära sig ekonomiskt för att inte riskera att avskaffas om SPF:s ekonomi blir mer ansträngd. Med detta sagt, anser kunskapstestets skapare själva att utbildningsvärdet i testet, som komplement i fortbildning av specialister och ST-läkare, är högt! Med omkostnader för plattform och skrivande skulle, baserat på årets antal skrivande, en avgift kring 1000 kr behöva tas ut

för att kunskapstestet inte skall vara en förlustaffär på sikt, något som kan behövas justeras efter antal skrivande i genomsnitt per år.

För mer information och uppdateringar om kommande test 2025, var god se [svenskpsykiatri.se/kunskapstest](https://svenskpsykiatri.se/kunskapstest). Önskar du bidra till kommitténs arbete med att skriva frågor, har idéer om vad testet borde innehålla, bara vill anmäla dig till nästa års prov (som kommer kunna skrivas på ST-konferensen i Stenungsund den 22 januari och på Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg den 13 mars) eller har frågor – kontakta oss på [kunskapstest@svenskpsykiatri.se](mailto:kunskapstest@svenskpsykiatri.se).

Väl mött!

**Karl Lundblad**  
*SPF styrelse och SPF kunskapstest*

## **SPF examinationskommitté 2025**

Karl Lundblad	Matilda Naesström
Mikael Landén	Johan Sahlsten
Johan Fernström	Marcus Persson
Kinda Lundström	Harald Aiff
Esmail Jamshidi (ST-läkare)	

## **Anmälan**

Maila [kunskapstest@svenskpsykiatri.se](mailto:kunskapstest@svenskpsykiatri.se) med uppgifter om namn, arbetsplats och vilket skrivningstillfälle det gäller.

## Rapport för Svensk Psykiatrisk Förenings progresstest 2024

### Snittbetyg fördelat på år inom ST

3-4 år	Över 5 år	4-5 år	1-2 år	2-3 år	0-1 år
77,88	74,65	73,18	68,58	67,97	67,89

### Antal deltagare fördelat på år i ST

Tid i ST	Antal deltagare
0-1 år	9
1-2 år	12
2-3 år	33
3-4 år	33
4-5 år	49
Över 5 år	43

### Antal frågor per område

Område	Frågor
Affektiva sjukdomar	20
Akut- & konsultationspsykiatri	13
Psykos	13
Juridik	12
Ångest, stress-, tvångssyndrom	10
Neuropsykiatri	10
Personlighetssyndrom	8
Beroendemedicin	8
Ätstörningar	6

### Andel rätt svar per område och år inom ST

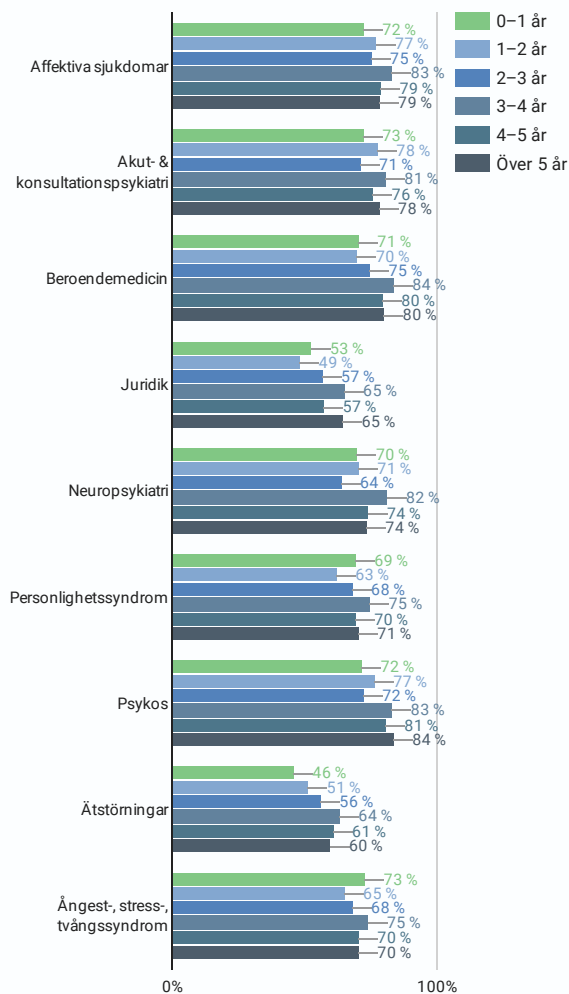




Foto: Christian Möller

Panelssamtal om farlighet och säkerhet i psykiatrin. Från vänster: Jimmi Badawey, Cecilie Hütters, Gitte Ahle, Wendy Schou och Rasmus Handest.

## Rapport från den danska ST-konferensen

Den 25–26 oktober besökte tre medlemmar av STP:s styrelse den danska ST-läkarkonferensen som detta år anordnades i Odense. Konferensen anordnades av STP:s danska syskonförening FYP (Foreningen af yngre psykiatere). Temat för i år var "Afhængighed: Stof til eftertanke".

Programmet uppvisade en bredd i beroendemedicin med allt från beroendets neurobiologi till brukarperspektiv. Det hade även internationella inslag i form av professor Anders C Håkansson från Lund, som talade om spelberoende, och professor Robin Murray från London med en föreläsning om drogutlösta psykoser. Till middagen var den danske författaren Knud Romer inbjuden som festtalare, som i sitt anförande delade med sig av egna erfarenheter av psykisk sjukdom och beroende.

Under de senaste åren har Danmark skakats av flera allvarliga våldsdåd, däribland flera med dödlig utgång, mot läkare i psykiatrin. Senast för några månader sedan knivhöggs en utbildningsläkare allvarligt under sitt arbete. Detta satte också sina spår under konferensen där det mot slutet anordnades ett panelsamtal om farlighet och säkerhet i psykiatrin. Ämnet engagerade publiken märkbart, där flera berättade om egna erfarenheter av säkerheten i psykiatrin. Även i samhällsdebatten i Danmark är frågan om säkerhet i psykiatrin stor och man har nyligen infört metalldetektorer på psykiatriska avdelningar.

Som svenskar slogs vi av hur många andra svenskar som gör sin specialisttjänstgöring i Danmark och som därför deltog på konferensen. Det finns både skillnader och likheter i ländernas ST-program, där det danska systemet verkar vara mer centralstyrt. Tydligast blev skillnaderna när några deltagare berättade om sina erfarenheter av att arbeta inom psykiatrin på Grönland, där några enstaka psykiatrer ansvarar för den psykiatriska vården på jordens största ö som även brottas med höga suicidtal.

Efter några dagar i H.C. Andersens hemstad vände vi åter mot hemlandet och ser nu fram emot besök av vänner från de nordiska syskonföreningarna på vår svenska STP-konferens i januari.

Martin Glans

ST-läkare i vuxenpsykiatri  
Stockholm

Daniel Hedqvist

Specialistläkare i vuxenpsykiatri  
Skellefteå

Alberto Perdomo Perez

Specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri och ST-läkare i  
vuxenpsykiatri Hässleholm

# MASTERCLASS PSYCHIATRY

## ■ To deal with the uncanny

In collaboration with the Tavistock Clinic London, UK and Barmelweid Clinic ETH Zurich, Switzerland.

**20 – 21 February 2025**  
Clarion Hotel, Sense, Luleå

Check out the full programme and register on our website:  
**[masterclasspsychiatry.se](https://www.masterclasspsychiatry.se)**

## Nordisk psykiatrikongress i Sverige 2027

Nordic Congress of Psychiatry (NCP) arrangeras vart tredje år och alternerar mellan de nordiska och baltiska länderna som en del av samarbetet i Nordic Psychiatric Association (NPA).

I år ägde kongressen rum i Riga i juni, se rapporter i SP nr 3 2024, sid 47–48 (<https://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>).

Nästa konferens blir 2027 och då har turen kommit till Sverige. Datum och stad för kongressen är ännu inte helt bestämt men preliminärt blir det i vår huvudstad i början av juni, då ju Sverige brukar visa sig från sin bästa sida.

Planeringen har redan påbörjats och en organisationskommitté har börjat formeras och planerar ett första möte i vår. Kommittén kommer att bestå av representanter från olika områden inom psykiatrin, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och beroende. Vi planerar även att införliva ett spår för yngre psykiatrer. De som hittills tackat ja till att engageras i arbetet har hög kompetens och stora såväl nationella som internationella kontaktnät, vilket ger förutsättningar för ett utmärkt program. Styrelserna för de nordiska och baltiska psykiatriska föreningarna, inklusive SPF, kommer att utgöra ett stort "advisory board" för att ytterligare bidra till ett mångfacetterat program.

Vi utlovar fortlöpande information i kommande nummer av Svensk Psykiatri och hoppas få möta dig på kongressen!

**Maria Larsson**  
*Ordförande SPF*



# ENCP-kongressen i Milano den 21-24 september 2024

ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) är ett av de största vetenskapliga forumen för neurovetenskap och ett viktigt utbildningstillfälle för forskare, psykiatriker, neurologer och ST-läkare. ECNP har som mål att stödja innovativ forskning i neurovetenskap, främja samarbete mellan forskargrupper, ge plattformar för utbyte av nya idéer och kunskapspridning om bästa praxis, och att ha en dialog med läkemedelsindustrin.

Kongressresan till ECNP i Wien 2022, som SPF organiserade, var välbesökt och uppskattad.

I år var det över 7000 deltagare från 101 länder, 6700 på plats i Milan Allianz MICO-hallen och 700 online. Under fyra dagar kunde man välja mellan upp till tio parallellt pågående föreläsningsspår. Man kunde förregistrera sig till kurser och läkemedelsföretag anordnade satellitsymposier. Mycket stort utrymme gavs för posterpresentationerna som byttes ut dagligen och som var välbesökta.

Årets ECNP Neuropsychopharmacology Award, som uppmärksammar exceptionella resultat i klinisk forskning, gick till professor Elias Eriksson från Sverige. I föreläsningen *The efficacy and mechanisms of action of SSRIs – lessons learnt from premenstrual dysphoric disorder and depression* motbevisade han mycket pedagogiskt påståenden från kritiker av SSRI/antidepressiva läkemedel.

Bland kliniskt verksamma läkare brukar utbildningsspåret på ECNP vara välbesökt. Föreläsningar om perinatale psykiatriska tillstånd och behandling; om alkoholbrukstörningar – personlighetsdimensioner och farmakologisk behandling; om katononi – etiologi, diagnostik och behandling, drog in publik i fullsatta salar.

Mycket uppmärksamhet fick föreläsningen *How opioids shape our feelings: sorting facts from myths* där professor Siri Leknes från Oslo Universitet presenterade deras forskningsresultat om behandling av akut smärta. Även där spelar förväntningar och placebo stor roll och skillnader i upplevd effekt mellan opioider och NSAID i blindade studier var liten.

Några observationer jämfört med tidigare kongresser:

- Organisatörerna tog säkerheten på stort allvar vilket märktes på hög närvaro av vakter och hjälppersonal.
- Kongressprogrammet fanns enbart på appen (inget tryckt) som hade bra bakgrundsinformation om föreläsarna, tillgång till abstrakten, online och inspelade föreläsningar.
- På utställningsområdet fanns det bara några få läkemedelsföretag och preparat presenterade.

- Det verkade vara relativt många deltagare från Asien och inte så många svenska kollegor.

Det sistnämnda är troligen relaterat till regionernas besparingskrav på utbildning. Hoppas det snart blir bättre möjligheter för psykiatrer att åka på kongresser och utbildning. ECNP-kongressen kan rekommenderas!

Text och foto:  
**Tarmo Kariis**  
Överläkare, Karlstad  
Styrelseledamot SPF





*Sapporo Medical University Hospital. Ett av sjukhusen i Sapporo som jobbar aktivt med suicidprevention.*

## Brett samarbete kring suicidprevention i Japan

Hokkaido är en av de större öar som utgör Japan, och den som ligger allra längst norrut. Här är klimatet som i Sverige med svala somrar och snörika vintrar. Till ytan är Hokkaido något större än Irland. För att vara Japan är området glesbebyggt. Av landets nära 124 miljoner invånare bor bara 5 miljoner i Hokkaido, varav 2 miljoner i den största staden Sapporo.

Jag är här på studieresa genom Cullbergstipendiet för att lära mig om hur sjukhus och kommuner arbetar med suicidprevention. Sedan 2006 är det lag på att alla Japans kommuner måste jobba aktivt och konkret med att förebygga självmord. Lagen förtydligades 2007 med nio principer att jobba efter (se faktaruta). Sedan dess har suicidfallen sjunkit med 35 % i Japan, tydligast för män.

En av principerna handlar om att ge stöd till personer som har överlevt ett suicidförsök. Forskning har visat att tidigare försök är den främsta riskfaktorn för att dö i suicid. Det var med detta som utgångspunkt som professorn och överläkaren i psykiatri Chiaki Kawanishi började jobba med en sjukhusbaserad metod för suicidprevention. Han är överläkare på psykiatriska kliniken vid Sapporo Medical University Hospital. Det är ett utbildningsjukhus med 29 olika specialitetsområden och 938 vårdplatser. Den psykiatriska verksamheten förfogar över en avdelning med 30 vårdplatser och lånar ytterligare några rum av en ortopedisk avdelning.

Varje patient som kommer till sjukhuset efter ett suicidförsök får inom tolv timmar träffa både en psykiatriker och en case-manager. Detta gäller även om patienten fortfarande är medvetlös efter suicidförsöket, men i sådana fall kan samtal i stället ske med anhöriga. Det viktiga är att tidigt etablera kontakt för



att börja bygga en allians med patienten. Alla patienter, oavsett tidigare psykiatrisk historik, rekommenderas att komma till psykiatrin för fortsatt inläggande stöd och vård efter utskrivning från somatiken. Så gott som alla godtar enligt Chiaki Kawanishi det. Men han tror att andelen skulle vara lägre om det inte var så att förtroende redan hade hunnit etableras.

”De flesta är mycket fåordiga kort tid efter sitt suicidförsök. De vill inte ge ögonkontakt. Första gången de får frågan om handlingen de utfört berodde på dödsönskan svarar de oftast nej”, säger han.

Alla läkare på psykiatriska kliniken har utbildats i hur man ställer frågor kring suicid. Grundprincipen är gå varsamt fram, att inte stressa utan snarare locka fram svar.

”Redan mot slutet av det första mötet brukar patienter öppna upp och medge att det fanns en suicidal intention”, säger Chiaki Kawanishi. ”För många är det en lättnad att till slut få börja prata om det tunga som de hållit inom sig under lång tid.”

Jag tänker på de suicidriskbedömningar jag gjort som psykiatrikonsult på somatiska avdelningar. Vad hade hänt om jag också haft med mig en case-manager och jobbat enligt samma modell som den japanska? Skulle de som tackade nej till psykiatrisk uppföljning och inte verkade allvarligt suicidala längre, egentligen behövt inläggande psykiatrisk vård?

”Vi vet av erfarenhet att bara för att det somatiska har blivit återställt betyder det inte att psyket har hängt med. Det behövs ytterligare vårdtid för att återhämta sig psykiskt”, menar Chiaki Kawanishi.

Den psykiatriska vården efter ett suicidförsök kan handla om medicinsk behandling, men fokus ligger i många fall på det sociala. Case-managern har vid det laget hunnit kartlägga patientens livssituation och diskutera med patienten och med familjen vilka förändringar som skulle behövas. Det är inte ovanligt att psykologbehandlingar, i grupp eller enskilt, sker inläggande. Många patienter blir hjälpta av att möta andra som också befinner sig i utsatta situationer med exempelvis ekonomiska problem. Den psykosociala planeringen är vanligtvis helt klar innan patienten skrivs ut till hemmet. Men uppföljningen slutar inte där.

Efter utskrivning följs patienterna i ytterligare ett halvår av sin case-manager och vid behov träffar de även andra yrkesgrupper. Ett år efter suicidförsöket kontaktas patienten ännu en gång och tillfrågas om aktuellt mående och livssituation. Arbetsmetoden som kallas Assertive case management intervention har studerats i en randomiserad klinisk studie som inkluderade flera japanska sjukhus (1). Trots att jämförelsegruppen också fick stöd enligt tidigare rutin visade resultaten en lägre risk för nya suicidförsök inom ett halvår för gruppen som fick interventionen. Metoden är nu spridd i Japan och tillämpas även vid vissa sjukhus i Sydkorea.



*Bild på mig i japansk sjukhusrock.*

En annan viktig del i Japans suicidpreventiva arbete sker ute i samhället. Jag får följa med Chiaki Kawanishi och hans team till Betsukai på Hokkaidos östra kust, en stad med strax över 15 000 invånare där många jobbar med jordbruk. Här var suicidtalerna fram till nyligen bland de högsta i Japan. Sedan fem år tillbaka har Betsukai tillämpat en preventionsmetod som kallas Community intervention model. Den bygger på att alla i hela samhället bidrar aktivt till att förhindra självmord. Utbildningsinsatser för allmänhet och yrkesverksamma inom olika områden, exempelvis skolpersonal, sker regelbundet. Även om det ännu är för tidigt att dra några slutsatser om dess effektivitet så har suicidtalerna i Betsukai de senaste två åren legat lägre än riksgenomsnittet i Japan.

”Efter tre år kan vi börja våga säga att det beror på arbetet vi gjort och inte på slumpen eller på naturliga variationer”, säger Chiaki Kawanishi hoppfullt.

Förutom att föreläsa för politiker, kommuntjänstemän och lärare är Chiaki Kawanishi och hans kollegor också rådgivande suicidologi-expert på stadens hälsocenter. Det är som en slags vårdcentral men fokus ligger på folkhälsa. Till hälsocentralen kan invånare vända sig om de själva mår psykiskt dåligt eller om de är oroliga att anhöriga vill ta sina liv. Här kan de snabbt få stöd av kurator, psykolog och vid behov av andra yrkesgrupper. Vid svårare fall där det finns misstanke om en bakomliggande psykisk sjukdom sker samråd med en psykiatriker.



**Professor Chiaki Kawanishi föreläser för kommunanställda i Betsukai.**

Är det mycket allvarligt kan direktinläggning på psykiatrisk avdelning ordnas.

Vid mitt besök på hälsocentret diskuteras ett fall som gäller en tonårsflicka. Hon ska tidigare ha blivit mobbad och har nu helt slutat gå till skolan. Nu är hon helt isolerad från omvärlden, vill inte prata och föräldrarna är oroliga för att hon är på väg att ge upp om livet. Alla runt bordet bestämmer sig för att ta tag i var sitt ansvarsområde för att försöka aktivera och hjälpa flickan. Chiaki Kawanishi säger att det snart kan bli aktuellt att lägga in henne för observation på psykiatrisk avdelning om hon inte förbättras.

Att förutsäga vem som kommer att ta sitt liv är extremt svårt. Men att förhindra självmord behöver inte vara det. Det är grundtanken i det suicidpreventiva arbetet såväl inne på sjukhuset som ute i samhället.

”Att förhindra självmord är bland det svåraste som finns, men det är möjligt om flera samhällsaktörer hjälps åt. Det behövs engagemang från politiker, tjänstemän, skolor och sociala verksamheter och även stöd från specialiserade kliniker inom suicidologi. Slutligen kan varje enskild invånare göra något för sin egen stad”, säger Chiaki Kawanishi.

Jag lämnar Japan med en känsla av att vi borde kunna göra mer även i Sverige för att minska suicidtalerna. Svenska regeringen antog en nollvision för suicid 2008. Självmordstalen har inte förändrats sedan dess. En början skulle kunna vara att vi läkare i psykiatri som är engagerade i och intresserade av suicidprevention samråder mer med varandra, med kollegor inom andra specialiteter och med samhällsaktörerna omkring oss.

**Christine Takami Lageborn**

*ST-läkare i psykiatri vid Psykiatri Sydväst, Region Stockholm  
Anknuten forskare vid Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet.*

## Faktaruta

Nio principer för suicidprevention (japansk lag)

1. Främja forskning om självmord.
2. Fördjupa medborgares förståelse av suicidprevention.
3. Säkerställa och träna upp mänskliga resurser för arbetet.
4. Främja mental hälsa.
5. Utveckla verksamheter inom psykiatri.
6. Agera på sociala faktorer med påverkan på suicidalitet.
7. Ge stöd till dem som har gjort suicidförsök.
8. Ge stöd till anhöriga som förlorat någon i suicid.
9. Stötta frivilligorganisationers arbete.

## Referenser

1. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamijo Y, Okubo Y, Ikeshita K, Sakai A, Miyaoka H, Hitomi Y, Iwakuma A, Kinoshita T, Akiyoshi J, Horikawa N, Hirotsune H, Eto N, Iwata N, Kohno M, Iwanami A, Mimura M, Asada T, Hirayasu Y; ACTION-J Group. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014 Aug;1(3):193-201. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70259-7. Epub 2014 Aug 5. PMID: 26360731.



**Hälsocentret i Betsukai. Från vänster Yayako Nakajima (psykolog i Sapporo), skolpsykolog Yuji Saeki som arbetar i Betsukai, Yusuke Tsuyama (psykolog) i Sapporo och längst till höger professor Chiaki Kawanishi.**





## Psykiatri i Estland

Vid klart väder går det från hotellrummets fönster på 5:e våningen att skönja Ryssland på andra sidan sjön Peipsi järv. Vid UEMS Psykiatris höstmöte befinner vi oss i Tartu, Estlands näst största stad. Atmosfären i Tartu är präglad av att det är en gammal universitetsstad. Tempot är lugnare, vilket också verkade smitta av sig på den Psykiatriska klinikkens arbetsmiljö.

Estländarna har under långa tider hukat under utländska herrar: svenskar, danskar, tyskar och senast varit en del av Sovjetunionen. Estland, ett litet land på 1,3 miljoner invånare, varav 28 % är rysktalande, känner av hotet från grannen i öster. Landet befinner sig i periferin, men samtidigt i händelsernas centrum. Danmarks flagga, Dannebrogen, har enligt legenden fallit från skyarna till Valdemar Sejrs trupper under slaget vid Lindenäs i Estland den 15 juni 1219. Sveriges andra universitet grundades i Tartu 1632 av Gustav II Adolf, några månader innan han stupade i slaget vid Lützen. Avgörande för psykiatris utveckling var att Emil Kraepelin innehade professuren i psykiatri vid universitetet i Dorpat (senare Tartu) 1886–1890. Kraepelins iakttagelser och slutsatser sägs vara grunden för den moderna psykiatrin.

Den estniska psykiatrin präglas av ett pragmatiskt tänkande, ett vänligt förhållningssätt mot patienterna, vilket även gällde oss besökare från olika hörn av Europa, från Turkiet i öster till Irland i väster.

Samtidigt brottas psykiatrin med samma problem som de flesta länder i Europa: läkarbrist, otillräckliga ekonomiska resurser, hög medelålder bland psykiatrikerna och tidigare ett löneläge som gjorde att färdiga specialister flyttade, företrädesvis till Finland, pga. att språken är närbesläktade, eller jobbade privat, främst i Tallinn. Något överraskande föreligger ingen sköterskebrist i Estland, vilket underlättar när det gäller att fördela patienter mellan primärvård och psykiatri. En god tillgång på psykiatrisköterskor är nödvändig, men fler behövs, pga. ett ökat behov av triagering. I dagsläget sköts ca 40 % av patienterna med mentala problem av primärvården.

En diagnos som ökat kraftigt är adhd, vilket stressar organisationen, ett fenomen som verkar gälla i många europeiska länder. Orsaken till detta är inte klarlagd, men det verkar finnas fler samverkande faktorer, utöver att man identifierat en ny psykisk störning (kriterieavgränsad). De flesta inom professionen verkar vara överens om att sociala faktorer och samhällsförändringar har varit en viktig faktor.

Under avspända former visades vi runt på kliniken och det framkom att det är 14–21 dagars medelvårdtid och den dominerande diagnosen är psykoser. All rättspsykiatri i landet är förlagd till Viljandi som ligger ca 8 mil söder om Tartu. När vi frågade om droger på kliniken visade en skötare stolt en dosa snus som beslagtogs.

Dagen efter besöket på kliniken upptogs av sedvanliga mötespunkter, rapporter och diskussioner, främst gällande det europeiska kunskapsprovet som nyligen introducerats.

En del angelägna ämnen avhandlades i arbetsgrupper och både undertecknad och Maria Markhed ingick i strategigruppen där vi försökte identifiera viktiga frågor för framtiden och former för att hantera dessa frågor.

Ett mycket viktigt ämne som kom upp till diskussion var hur psykiatris diagnoser ska definieras. Det har blivit alltmer tydligt att DSM:s bristande förankring i etiologi skapar problem. En förhoppning som hittills inte lyckats infrias är att hitta biologiska markörer. Det dyker upp





om det är ett avlägset mål. Det kom till uttryck en gemensam känsla att psykiatri i konkurrens med andra specialiteter ofta hamnar på undantag.

Sammantaget ett trevligt och givande möte där samtliga deltagare på plats uttryckte nyttan av att då och då ha möten där man är fysiskt närvarande.

Situationen i Ryssland dök upp i olika sammanhang, oftast vid samtal mellan föreläsningarna. Stalin och kommunisttiden har orsakat djupa sår i den estniska själen och rädslan för Kreml och ryssarna är ständigt närvarande (Wikipedia: Soviet deportations from Estonia).

Under vistelsen i Tartu dök nyheten upp att Ryssland erbjuder individer som är missnöjda med den moraliska situationen och dominerande värderingar i väst ett "Golden Anti-Woke Visum". Konflikten blir asymmetrisk och spelplanen förändras. Kreml vill på detta sätt betona att kriget och den speciella militära operationen mot Ukraina inte handlar om nationell suveränitet, lagars tillämpning, naturtillgångar, m.fl. världsliga frågor, som en stat har ansvar för. Det blir istället fokus på moral, livsåskådning med religiösa undertoner och andra metafysiska övertygelser. Det är inte första gången makten använder religionen som argument för erövring.

Olle Hollertz

UEMS-delegat

Foto: Maria Markhed

allt fler initiativ att närma sig problemet, bl.a. har ECNP skapat en temagrupp som ska belysa problemet. Sedan tidigare har Allen Frances i USA försökt hitta en lösning. Nyligen har några framstående svenska psykiatriker framfört ett förslag att lyfta frågan på nästa års SPK.

I denna fråga liksom i flera andra, ex. klimatfrågan, utkristalerar sig en skiljelinje inom läkarkåren. Den ena gruppen ser läkaren som reaktiv, vars främsta uppgifter är att ta hand om konsekvenserna av samhällsförändringar, klimateffekten, skolpolitiken m.m. Den andra gruppen företräder ett mer proaktivt förhållningssätt, där det även gäller att påverka samhället i stort och smått i förebyggande syfte.

På lördagen var det en intressant och angelägen föreläsning med titeln "Pioneering psychedelic therapy" av dr Viljar Vede. Han och hans team hade polikliniskt behandlat patienter med ketamininfusion 2ggr/v. Effekten bedömdes som god hos dem som fullföljde behandlingen. Ett problem är att behandlingen inte täcks av sjukvårdsförsäkringen i Estland. Depression är huvudindikation, men även ångest. Effekten utvärderas efter 3 ggr och då tar man ställning till fortsatta infusioner. Missbruk förutom alkohol är exklusionskriterium.

Dr Viljar tycker att det ännu inte finns robust vetenskapligt underlag för att erbjuda behandlingen rutinmässigt, men att det finns behov av ett nätverk för att utbyta erfarenheter. Åsikterna bland kollegor är divergerande och ibland mycket motstridiga, varför det är viktigt att systematisera och sprida erfarenheter och här kan UEMS spela en roll. Det måste vara en ambition att bedömningarna är likvärdiga och att samma behandling, förutsatt att den är effektiv, till en försvarlig kostnad, erbjuds invånarna, oavsett bostadsort i Europa, även



# Rapport från SSBS höstmöte 2024



Foto: SSBS:s styrelse

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom genomförde den 15 november sitt traditionsenliga höstmöte på Grillskas Huset i Gamla stan, Stockholm. Glädjande nog deltog i år 85 personer, många medlemmar men även andra bipolär-intresserade. På temat *Bipolär sjukdom genom livet* fick vi ta del av en rad olika aspekter av aktuell forskning och behandling, som brukligt elegant modererat av *Johanna Bargholtz*.

Inledande föreläsning hölls av *Jari Tiihonen*, professor vid Karolinska Institutet, om nyttan av **depotinjektioner vid bipolär sjukdom**. Han jämförde elegant den kliniska verkligheten med RCT-studier med hjälp av termerna effectiveness och efficacy. Ett läkemedels (eller dess olika beredningsformers) effectiveness framkommer sällan i kontrollerade studier. Det är ändå dessa som oftast ligger till grund för kliniska guidelines. Han uppmanade oss utifrån verkligheten att våga använda depotneuroleptika vid bipolär sjukdom typ I med frekventa återfall och drog parallellen till psykosjukdomar där man kan minska mängden återfall med upp till 30 % med depotinjektioner jämfört med peroral behandling.

Näst ut var *Mikael Landén*, professor vid Göteborgs universitet och överläkare på Sahlgrenska sjukhuset. Han uppdaterade oss kring det senaste inom **genetiken vid bipolär sjukdom**. Man har idag identifierat 36 gener som är involverade vid bi-

polär sjukdom. Variansen bland dessa ger olika subfenotyper med olika sjukdomsbild. Till exempel berättade Mikael att man kunnat visa att personer med svåra skov i sin sjukdom men symtomfrihet och hög funktionsnivå däremellan, har den genetiska variationen med starkast koppling till sjukdomen.

Vidare lyfte Mikael den intressanta frågan till diskussion om vi behöver vidga våra perspektiv när vi utvärderar våra behandlingar till att titta mer på funktionsnivå/livskvalitet och inte bara antal skov/sjukhusinläggningar.

Så var det dags för en bensträckare och ingen kunde vara bättre lämpad att leda denna än brainingspecialist, doktorand och överläkare *Åsa Anger*. Utöver ett välbehövligt fyspass fick vi ta del av data kring hur patienter som erhållit behandling enligt **Brainingkonceptet** upprätthåller en högre nivå av fysisk aktivitet över tid. Hon visade även att fysisk aktivitet bidrar till bättre effekt av såväl läkemedel som psykologisk behandling. En ny multicenterstudie pågår i Stockholmsområdet och det blir spännande att ta del av dessa resultat om ett par år.

Därefter välkomnades med dr och specialist i konsultpsykiatri *Marie Bendix* för att prata om **psykofarmaka vid graviditet och amning**. Bipolära patienter utan stabiliserande läkemedel löper 23 gånger ökad risk att behöva psykiatrisk slutenvård i samband med förlossning. Marie underströk därför vikten av tidig och tydlig planering för att så långt som möjligt fortsätta stämningsstabiliserande läkemedel under graviditet och amning. Såväl litium som lamotrigin bedöms numera möjligt att behålla även vid amning, under förutsättning att extra kontroll av barnet görs och gott samarbete med barnläkare finns.

Efter spädbarn var det dags för ungdomar. *Hannes Bohman*, docent och överläkare i barn- och ungdomspsykiatri, trakterade oss med ett fantastiskt acapellaföredrag (pga trasslande teknik) om **psykiatriska diagnosers beständighet från barndom in i vuxenlivet**. Idag får ca 1 av 1000 ungdomar under 18 bipolär diagnos vilket tyder på underdiagnostik. Hannes inspirerade oss som arbetar med ungdomar att vid långdragna depressioner våga ändra farmakologisk strategi och tänka humörstabilisering med lamotrigin eller litium istället för SSRI. Gällande diagnosers beständighet från barndom och vidare pekar bipolär diagnos med psykotiska inslag i barndom mot eventuell psykosdiagnos i vuxna år medan unipolär diagnos i barndom plus ADHD kan utvecklas mot bipolära svängningar.

Ett uppskattat och återkommande inslag på SSBS möten är barnläkaren och författaren *Carl Lindgrens Kultur till kaffet*. I år fick vi en hisnande insyn i omständigheter kring **Josef Stalins ohälsa och död**, och inte minst situationen för de stackars läkare som fick den svåra uppgiften att hantera detta.

*Robert Sigström*, docent, specialisläkare i psykiatri och ST-läkare i äldrepyskiatri, beskrev vad som är värt att tänka på **när äldre patienter (>65 år) debuterar med manisk symptom-bild**. Av vikt är att ta fram gamla journaler då vissa har långa fria intervall även utan medicinering. Att beakta är även andra förklaringar till symptom-bilden som frontallobsdemens, delirium eller sekundär mani orsakat av t ex läkemedel, tumörer, cerebrovaskulär sjukdom eller thyroidearubbingar. Utredning görs förslagsvis med DT eller MR hjärna, provtagning och kognitiv testning. Behandlingsmässigt blev vi påmind om att ECT har mycket god effekt vid bipolär depression hos äldre.





Foto: SSBS:s styrelse

*Daniela Enache*, med dr och överläkare vid Psykiatri Sydväst i Stockholm, berättade om **somatisk samsjuklighet vid bipolär sjukdom** som en riskfaktor för längre tid för återhämtning, ökade depressiva episoder, sämre psykosocial funktion och kortare livslängd. En samsjuklighet finns även inom det autoimmuna spektret, där astma, diabetes typ 1, MS, RA och thyreoidea sjukdomar omnämndes. Möjlighet att följa mått är av vikt t ex vid metabolt syndrom, och att vid sviktande kognitiv funktion överväga remiss till minnesmottagning.

*Robert Bodén*, överläkare och professor vid Uppsala universitet, tog oss med i den **transkraniella magnetstimuleringens värld** där bland annat pulser i frekvenser som liknar de som avfyras i neuronerna har effekt vid depression. Det är väl utforskat vid unipolär depression och snabba svar har noterats hos patienter med bipolärt syndrom typ II. **Behandlingsresultat för rTMS vid bipolär depression** behöver studeras närmare, och förhoppningsvis kan ECT/rTMS registret ge fler svar. Utifrån gällande studier behandlas patienter som är över 18 år och det finns ingen övre åldersgräns.

Vår egen ordförande *Katrin Skogberg Wirén* berättade om arbetet i det nya **sammanslagna kvalitetsregistret BiPsy** som hanterar bipolära tillstånd och psykosjukdomar. Hösten 2025 arrangeras den första gemensamma kunskapsdagen så håll utkik efter inbjudan. Hon gjorde också reklam för SSBS:s eftermiddag på SPK (Svenska Psykiatrikongressen den 12–14 mars 2025, Göteborg) då vi kommer att fördjupa oss i vilka nyheter som finns i de uppdaterade **nationella riktlinjerna för bipolär sjukdom** som lanseras inom kort. Sist men inte minst hade vi den stora äran att utse *Mats Adler*, medicine doktor och specialist i psykiatri och allmänmedicin till ny **hedersmedlem i SSBS**.

Därefter påsades sällskapet på och lotsades ut på en kulturhistorisk vandring genom kullerstensgränder och källarprång. Specialist i allmänmedicin *Hjalmar Olsson* gav oss en fängslande guidning på det passande temat **Galningar i Gamla stan**. Efter mingel med värmande dryck satte vi oss till bords för middag. Där stod som vanligt det eminenta husbandet *The Affected* för underhållningen och säkerställde att kvällen avslutades med stämningläget på topp.

**Stort tack** till deltagare, föreläsare, moderator och alla andra som bidrog till genomförandet av detta berikande möte. På snart återseende hoppas vi i SSBS styrelse!

Referat från SSBS:s styrelsemedlemmar sammanfattade av

**Lisa Vesterberg**  
Styrelseledamot, psykiater  
Östersunds sjukhus



Foto: Lina Martinsson

Psykofarmaka

Elias Eriksson

Liber, 2024



Den som är intresserad av att få djupare kunskap om psykofarmakologi har under senare år i huvudsak varit hänvisad till engelskspråkig litteratur. Nu har Elias Eriksson, professor i farmakologi vid Göteborgs universitet, skrivit en omfattande och aktuell lärobok på svenska. Författaren har en grundläggande läkarutbildning och hans egen forskning sträcker sig hela vägen från experimentell farmakologi till kliniska prövningar och ända fram till pågående forskning om de psykiska sjukdomarnas orsaker och behandling.

Detta breda intresse återspeglar sig också i lärobokens innehåll. Som titeln anger ligger tyngdpunkten i att utförligt presentera aktuella läkemedelsgrupper inom psykofarmakologin. I bokens huvudkapitel beskrivs ett tjugotal läkemedelsgrupper. Inte bara med historisk bakgrund, indikation och aktuell kunskap om verkningsmekanism utan också med underlag för optimalt nyttjande vid praktisk klinisk behandling. Den uttömmande framställningen innefattar såväl registrerade läkemedel i Sverige som tidigare nyttjade läkemedel och även intressanta sådana som nyttjats/nyttjas i andra länder. Framställningen är ytterst aktuell och innefattar nyheter från publiceringsåret (2024).

För att förbereda läsaren har Elias Eriksson dessutom skrivit ett par inledande kapitel om grundläggande neurovetenskap och hjärnans olika signalsubstanser (transmissionssystem). Detta ger ett utmärkt kunskapsunderlag för att därefter kunna tillgodogöra sig beskrivningen av de olika läkemedelsgrupperna. Dessutom avslutas boken med ett kapitel som beskriver kunskapsläget avseende biologisk forskning om de psykiska sjukdomarnas etiologi och patofysiologi. Därvid poängteras att kunskapen om psykofarmakas verkningsmekanismer många gånger har genererat tongivande hypoteser om sjukdomarnas orsaker. Klassiska exempel är dopaminhypotesen för schizofreni och serotoninhypotesen för depression.

Men boken är ännu bredare än så. Elias Eriksson har i många år varit aktiv i den massmediala och ofta konfrontativa debatten om psykofarmakas varande eller icke varande. Han poängterar att denna debatt sannolikt har orsakat onödigt lidande när patienter oroats av dramatiska rubriker i media och avslutat välfungerande behandlingar. I ett avsnitt ger han sin syn på hur denna debatt har förts och strukturerar beskrivningen genom att särskilja ursprunget för argumenten. Är de psykofarmakakritiska argumentens ursprung av ideologisk, psykodynamisk eller t.o.m. konspiratorisk natur? Det vill säga, klassisk argumentationsanalys för att försöka få ordning på en mångårig och minst sagt spretig debatt.

Vid genomläsningen slår det mig att boken är påfallande lättläst. Språket är enkelt och i vissa avseenden "trivsamt resonerande". Detta även när komplicerade förhållanden beskrivs. Här finns inga onödiga anglicismer eller oförklarade förkortningar och akronymer. Påfallande är också att boken är rikligt illustrerad. Med allt ifrån högtidliga porträtt på gamla skäggiga vetenskapsmän till förklarande skisser över hjärnans transmissionssystem och sammanfattande tabeller.

Elias Erikssons utgångspunkt är biologisk och det slår mig att boken till och med skulle kunna ha titeln "Biologisk Psykiatri". Ansatsen är transparent och läsare med andra infallsvinklar kan därför ändå tillgodogöra sig och värdera väsentliga delar av innehållet.

Idealt skulle jag önska att denna bok fanns i hyllan hos varje ST-läkare och specialist i psykiatri. Vilket också gäller för närliggande yrkeskategorier och medicinjournalister. Det är en lärobok i ordets rätta bemärkelse. Boken har ett genomarbetat register och är välförsedd med korshänvisningar. Den lämpar sig därför också som uppslagsbok. Men min rekommendation är att läsa igenom alla de nästan 600 välskrivna sidorna. Underhållande och informativt på samma gång!

Lars Farde

Professor i psykiatri  
Karolinska Institutet



Jag har läst en självhjälpbok, andra upplagan av *Lyckofällan - Skapa det liv du vill leva med ACT, mindfulness och engagemang* av den australiensiske allmänläkaren och ACT-terapeuten Russ Harris. Boken vill få läsaren att avstå ifrån den fruktlösa jakten på lycka, och istället försöka hitta vägen mot det liv hen vill leva via identifiering av och arbete med de egna värderingarna. ACT – *Acceptance and Commitment Therapy* – genomtyr beskrivningen och övningarna, men först i slutet av boken presenteras de grundläggande principerna som en formel: **Var närvarande, öppna dig och gör sådant som har betydelse.**

Boken präglas av grundinställningen att det är mänskligt att tänka, känna och agera på sätt som leder bort från det liv man vill leva, det vill säga att man hamnar i så kallade *frånrorelser*. Läsaren uppmuntras att reagera på egna tillkortakommanden med *självaacceptans* och *självmedkänsla*. Det svartvita tänkandet med regler som antingen följs eller bryts, beskrivs som en dålig strategi som leder till ruminering och självförebåelser. Det viktiga är inte att nå sina mål, utan att hamna i *tillrorelser*, där riktningen stakas ut av värderingarna. Negativa tankar finns och kan inte tas bort, men däremot blandas upp med nya, mer konstruktiva, så att koncentrationen av tankar som leder till frånrorelser minskas. Det handlar om att haka loss de negativa tankarna, inte distrahera sig eller försöka ta bort dem. När man hakat loss, tillmäter man dem mindre betydelse och ödslar inte så mycket energi på dem, till förmån för andra tankar. Boken är full med övningar där läsaren får lära sig att vara i nuet och att haka loss. Andra uppgifter går ut på att identifiera sina värderingar och träna på att sätta upp mål. Olika aktiviteter blir steg på vägen mot att nå målen. Läsaren av boken uppmuntras att göra övningarna direkt vid genomläsningen. Hjälps med modifieringar av dessa eller alternativa övningar bjuds den som inte uppnår önskad effekt.

I ett avsnitt av boken får vi veta att författaren skrivit ett stresshanteringsprotokoll för WHO som använts i olika flyktingläger världen över. I lägren finns många människor som drabbats av PTSD, ångest och depression. I en artikel i *The Lancet* beskrivs imponerande resultat med förbättrad psykisk hälsa hos dessa grupper efter ACT-inspirerad handledning. Beteende baserat på de egna värderingarna leder till bättre beslut och bemötande av både sig själva och andra i den situation de befinner sig. Detta fruktsamma sätt att agera på finns också beskrivet i andra världskrigets koncentrationsläger genom en referens till den judiske psykiatern Viktor Frankl och hans observationer i boken *Livet måste ha mening*. De som var starkast och mest vältränade var inte de som hade den bästa överlevnaden, utan snarare de som hade en uttalad känsla för sitt livs mening och syfte, och kunde fortsätta leva efter sina värderingar trots farsansfulla och obegripliga levnadsomständigheter.

Första upplagan av *Lyckofällan* kom ut för sju ton år sedan, och den har skrivits om med nya ögon på teorierna och erfarenheterna av ACT. Halva texten utgör nytt material, så mycket har alltså hänt på knappt två decennier. Själv läste jag steg I KBT för sex, sju år sedan. Jag tycker mig märka en förskjutning från analys, tolkning och omformulering av tankar till ett större fokus på att se tankar som bara tankar, och väl valda handlingar som vägen mot bättre hälsa och funktion. Det handlar om att

*Lyckofällan - Skapa det liv du vill leva med ACT, mindfulness och engagemang*

Russ Harris

Natur & Kultur, 2024



frigöra sig från engagemanget i negativa tankar. Metakognitiv terapi har också blivit mer använt, där tankarna ska få lov att finnas men passera förbi tills vi har bestämt oss för att låta dem få vår fulla uppmärksamhet.

Jag läste boken mycket noga, och det tog sin tid. I synnerhet som jag gjorde alla övningarna. Våldigt många av dem fungerar. Favoriten heter **kasta ankar** och kan användas när man behöver ha distans till påträngande tankar.

Författaren skriver ödmjukt att svammel, upprepningar och fikonspråk strukits i den gamla upplagan. Själv har jag inte läst den, men upplever att andra upplagan är lite väl ordrik för min smak. Det står att boken är en självhjälpbok, men inte för vem. Av exemplen att döma, är det kanske så att den passar relativt friska personer bättre än sjuka. Vilken deprimerad person klarar av att läsa trehundra sjuttionio sidor, varav de flesta i tät löptext, för att få hjälp med sina negativa tankar och brist på motivation och funktion?

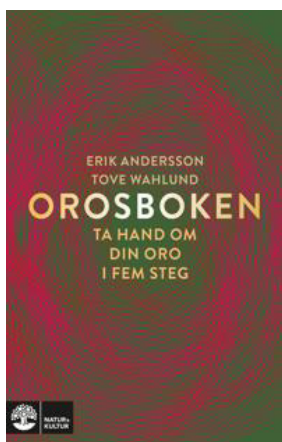
Jag skulle önska en tydligare struktur också. Jag saknar bilder, faktarutor, sammanfattningar och scheman. Om man vill gå tillbaka till en övning som man prövat, får man leta upp den i löptext, vilket är bökigt för vem som helst, deprimerad eller frisk. Jag tog fram mitt gamla exemplar av tegelstenen Elaine Mariebs bredvidläsningsbok i fysiologi och anatomi från läkarlinjen, och saknar med ens det pedagogiska upplägget i *Lyckofällan*, med färger, highlights och skisser som gjorde den tjocka boken till en snabb och översiktlig uppslagsbok. Sammanfattningsvis så rekommenderar jag denna bok till den som i grunden vill förstå och tillämpa ACT, men jag önskar att den vore mer kortfattad och pedagogisk.

Kerstin Höfler

Barnpsykiater

Helsingborg





Orosboken  
Ta hand om din oro i fem steg

Erik Andersson och Tove Wahlund  
Natur & Kultur, 2024

Jag har läst ännu en självhjälsbok, också denna på temat ångest, *Orosboken – ta hand om din oro i fem steg* av psykologerna Erik Andersson och Tove Wahlund. Det är en tunn bok på bara etthundratjugofyra sidor inklusive flödesscheman, sammanfattningar och arbetsblad. Författarna bistår läsaren med en behandling mot oro i fem steg. Varje steg är en veckas arbete för den som försöker få till en tillvaro mindre präglad av oro.

Orosprogrammet börjar med ett **första steg** där den egna oron analyseras och hjälpsam oro skiljs från ohjälpsam. I **nästa steg** ska läsaren analysera den oro som hen i steget före klassificerade som ohjälpsam. De olösbare orostankarna sorteras för sig, medan de lösbare hamnar i en annan kategori. Den sistnämnda kategorin blir sedan föremål för arbete med problemlösning. **Tredje veckan** är det dags att ta hand om de ohjälpsamma kontrollerna. Läsaren får öva på att minska säkerhetsbeteendet genom exponering för succesivt färre tillfällen av tillåtna kontroller av dörrar, nyheter, formulerade mail et cetera. När detta klarats av kommer **fjärde steget** som handlar om att hantera de olösbare orostankarna som nämndes ovan. Dessa ska inte elimineras, men målet är en ökad distans till dem. Tankarna ska frikopplas eller häktas av. På det **sista steget** skall oron utkonkurreras av medveten närvaro och aktiviteter som tränger undan utrymmet för ruminering.

Det är en snygg bok. Nätt, med tilltalande sättning med stor text, underrubriker, färgade rutor med reflektionsfrågor och kuriosa inramad i punktade konturer. Allt viktigt highlightas och repeteras. Arbetsbladen är pedagogiska och överskådliga. Språket är lättfattligt och drivet. Effektivt rör sig författarna från introduktionen som hjälper läsaren att förstå vad oro är och varför vi har den, till de olika stegen på vägen mot en lugnare och behagligare tillvaro. Hemuppgifterna i denna litterära kognitiva beteendeterapi är rimliga och enkla att förstå syftet med.

Visst borde detta fungera som en verksam egenerapi? Det tror jag verkligen att det gör. Ångest är ett stort folkhälsoproblem, och att försöka handskas med bekymret på egen hand med stödet från en bra bok har sina poänger. Det är billigt, tillgängligt när den orosdrabbade har tid och möjligheten att påminnas och repetera oändlig. Och det viktigaste av allt är kanske känslan av att den orosdrabbade själv tagit tag i och löst sitt problem.

I en av kuriosarutorna i boken står det att det gjorts en studie av programmets effektivitet. En grupp fick göra de fem stegen på egen hand, en andra grupp fick göra dem under psykologhandledning och en tredje grupp, kontrollgruppen, fick inte ta del av behandlingen mot oro. Programmet hade bättre resultat än ingen behandling, och förvånande nog fungerade behandlingen lika bra utan som med psykologstöd.

Jag är mycket förtjust i *Orosboken*, nästan så att jag skulle vilja beställa hem en hel pall och börja dela ut bland patienter och andra som behöver hjälp med sin oro. Jag har svårt att hitta förbättringsområden. Skulle det vara något, så kanske tips på fler tekniker för att haka loss olösbare orostankar. Jag har precis läst *Lyckofällan* av Russ Harris och där finns många bra exempel på sådana.

Kerstin Höfler  
Barnpsykiater  
Helsingborg



Overklighetskänslor.  
Om depersonalisationsyndrom

Anna Strid  
Gothia Kompetens, 2020/2024

Depersonalisationsyndrom som i boken förkortas DDD (Depersonalization-Derealization Disorder) är enligt författaren en av våra mest förbisedda och underdiagnostiserade diagnoser. Tillståndet är plågsamt och bemöts ofta med oförståelse. Många drabbade vittnar om att det tar lång tid innan de får rätt diagnos och ofta vet de inte själva varför de mår så dåligt och känner sig så "overkliga". De har svårt att förmedla och uttrycka vad de plågas av, vad de söker för och vad de behöver hjälp med.

Författaren har själv lidit av DDD och det dröjde 10 år innan hon kom till insikt om vad hon faktiskt led av och fick veta vad tillståndet kallades. Att beskriva depersonalisationsupplevelser, menar författaren, är både svårt och ensamt. Det kan vara som att höra ord komma ur sin mun men sakna känslan av att det är en själv som säger orden, det känns som att vara i en bubbla eller som att vara som en främling inför sig själv.

Vi kan nog alla uppleva något liknande vid enstaka tillfällen. För vissa går detta självförfrämmande tillstånd inte över utan blir varaktiga depersonalisationsbesvär. Författaren redogör för både orsaker, uppkomst och de typiska symtom hos DDD-patienter som skiljer syndromet från andra psykiatriska tillstånd. Som exempel visar författaren att hos ungefär 15 % av de drabbade har marijuana varit den utlösande faktorn och hos flertalet med DDD har debuten skett före 25 års ålder. Författaren anlägger ett neurobiologiskt perspektiv för att visa varför syndromet skiljer sig från till exempel ångestdiagnoserna. DDD-patienter kan uppleva stark ångest samtidigt som aktiviteten i det sympatiska nervsystemet är onormalt låg.

Trots bokens 128 sidor får författaren också med en behandlingsdel där orsaken till DDD bestämmer vilken behandlingsinriktning som passar bäst och som kortfattat redovisas och förklaras. Läsaren får också med ett utredningsverktyg, Cambridge Depersonalization Scale, som hjälp att diagnostisera tillståndet.

Internationella studier har gjorts med tanke på hur vanligt förekommande detta tillstånd är. Resultatet varierar något men ligger ändå stadigt på likartade siffror. Sammantaget visar siffrorna på att 1–3 % av världens befolkning lider av DDD. Med svenska mått mätt innebär det att hundratusentals svenskar li-

der av tillståndet. Av den anledningen är denna första svenska studie, som kartlägger förekomsten av syndromet, ett välkommet bidrag för att öka förståelsen för alla de människor som lider av depersonalisation och behöver hjälp.

Innehållsligt är författaren generös med att komplettera teorin med ett antal djupintervjuer, personliga symtombeskrivningar som förmedlar ett viktigt inifrånperspektiv, samtidigt som de visar hur olika symtombilder och förlopp kan te sig.

Boken vänder sig till alla inom hälso- och sjukvården som vill ha mer kunskap om diagnosen. Även anhöriga kan lära sig mycket om tillståndets olika yttringar.

Författaren Anna Strid som är leg psykolog och idag verksam inom primärvården har, tillsammans med kollega, rönt uppmärksamhet på internet med sin studie "Är depersonalisationsyndrom underdiagnostiserat i svensk psykiatri?".

Thomas Silfving och Gunilla Nilson  
*Leg. och specialistpsykologer*



Terapi pågår  
Det sagda och det tysta

Niklas Möller och Isabel Petrini  
Natur & Kultur, 2024

Författarna är legitimerade psykologer och har bland annat tidigare skrivit "XBT – existentiell beteendeterapi. Livet, döden och Skinner". Nu ställer de sig frågan om det går att skriva facklitteratur i psykoterapi i skönlitterär form. Min spontana kommentar är att det tycks gå att göra, även om det inte alltid är så lätt att följa författarnas framställning.

Läsaren får dels följa terapeutens och klientens dialog, dels följa terapeutens tankar och känslor under samspelet, det senare tydliggjort i kursiv text. Ambitionen har varit att bjuda in läsaren i terapirummet och att fånga upp det lilla och det stora, såväl det vardagliga som det dramatiska. Spontana samtal mellan terapeuterna i kafferummet återges också samt en föreläsning utifrån temat att behaviorismen är existentialism, interfolierad med tankar och kommentarer. Det är tydligt hur stor betydelse "småpratet" har för terapeuternas förmåga att orka med starkt laddat patientmaterial.

Som läsare kommer man direkt in i den terapeutiska dialogen under en samtalsstimme, utan information vare sig om klientens anamnes eller den tidigare terapiprocessen. En sak som slår mig är hur fylligt terapeutens inre iakttagelser och reflektioner skildras. Om dialogen inte går extremt långsamt är det svårt att tänka sig att terapeuten hinner utveckla den mängd av självakttagelser och reflexioner som tecknats ner. Kanske har dessa avsnitt vidareutvecklats efter terapisessionens slut, vilket dock inte gör dem mindre relevanta. Det framgår inte vem av de båda terapeuterna som möter klienten även om det för läsaren av och till går att ha en underbyggd gissning.

Fokus läggs ofta på vad som händer i terapeutens kropp och terapeuten ger akt på förändringar i patientens hållning, andning, blick och noterar hur detta samtidigt påverkar terapeuten själv. Terapeuten söker hela tiden verbala och ickeverbala sätt att leda terapiprocessen vidare, att "möjliggöra" – aldrig

pressa, att belysa priset för att undvika det svåra och inte fastna i mer av samma sak, samt att hjälpa patienten att våga närma sig ibland outhärdligt smärtsamma minnen.

"Tycker om det här – att som terapeut kunna vara med i just det här ögonblicket, att se någon tänka, få ihop sig själv, få ihop sitt pussel! Det kan handla om när man vågar närma sig det mest plågsamma, trots oron att man inte skulle kunna sluta tänka på just den situationen och på det värsta som kan hända om man pratar om det." Som terapeut kan man utifrån se de hemiska saker människor varit med om, men inifrån också se de fantastiska människor som varit med om hemiska saker.

Under läsningen kan det vara givande att stanna upp och fundera över vad man själv skulle gjort som terapeut – vad är det man blir berörd av? Som terapeut kan man även känna igen sig i behandlarens dilemma, att också känna sig maktlös och ansvarig på en gång. Hur blir man påverkad av allt våld som beskrivs, vad kostar det och hur blir man av med all smärta och sorg som man får ta emot?

Det skulle vara intressant att veta mer om terapeuterna även om deras världsbild sakta växer fram i texten. Behandlingsarbetet förefaller mer existentiellt än KBT-styrt. Ett stort ansvar är att som terapeut göra sig tillgänglig och välkomnande. Våra ord är enligt författarna viktiga – med orden kan vi hjälpas åt att bygga världar men också rasera dem.

Björn Wrangsjö  
*Docent i barn- och ungdomspsykiatri*  
Stockholm



Med livet i behåll  
Om åldrandets frihet och förluster

Anna Kåver  
Natur & Kultur, 2024

Anna Kåver är legitimerad psykolog, specialist i klinisk psykologi och legitimerad psykoterapeut. Hon har tidigare skrivit två typer av böcker. En som berör psykologisk, psykiatrisk forskning och psykoterapeutisk behandling, en andra typ som är mer populärvetenskaplig med fokus på psykologisk och existentiell kunskap. I boken *Med livet i behåll. Om åldrandets frihet och förluster* utforskar hon i ett antal personligt hållna betraktelser, åldrandets domäner. Hon tar upp teman som acceptans, självrespekt, oro, ensamhet, fåfånga, förluster, sorg, vemod, döden samt avslutningsvis också det ljusa. Går vi in i åldrandet med kraft och optimism eller är vi uppgivna och befinner oss i en trist, utdragen och smärtsam nedsläckning?

”Gammalhet” i sig är inte en diagnos, det är ett sätt att vara, menar författaren som hänvisar till sociologiprofessorn Lars Tornstam som myntat begreppet gerotranscendens, som beskriver åldrandet som en naturlig livslång process mot mognad och vishet. Många äldre upplever också sin tid som den bästa med minskad upplevelse av vilshenhet och med en ökad samhörighet med någonting ”högre”. Enligt författaren kan vi få ro att styra blicken mot oss själva, att ge oss en möjlighet att revidera gamla sanningar. Hur har jag levt, hur har jag varit mot mina medmänniskor, vad har jag utträttat? Blev det bra eller dåligt och hur kommer mitt eftermäle att se ut? Med existentiella glasögon kan mötet med oss själva och andra fördjupas liksom behovet av att leva autentiskt, det vill säga helhjärtat enligt sina värderingar.

Men samtidigt tycks enligt författaren vi som äldre bli mer ängsliga och oroliga då vi påtagligt upplever vår fysiska utsatthet och skörhet, kroppens stelhet, minnet som sviker. Lusten och energin sviktar samt ett överdrivet behov av rutiner kan utvecklas. Vänner blir sjuka och dör. Vår oro kan ta olika former – en som är destruktiv, en annan som ger empati och handlingskraft. Att leva ett långt liv utan att sära eller skada andra avsiktligt eller oavsiktligt är inte möjligt. Skulden ser hon som oundviklig, men utan den skulle vi inte vara mänskliga.

Att leva i avskildhet är självvalt men en social ensamhet är inte sällan ofrivillig och påtvingad. Den existentiella ensamheten menar författaren handlar om omöjligheten att helt och fullt vara i andras upplevelser och därmed helt förstå dem.

Oavsett ålder har döden ett starkt grepp om oss, vi kan närma oss den med varierande grad av oro och rädsla. Att leva i åld-

randet är samtidigt att leva närmare döden i en existentiell ensamhet som kan vara svår. För en del är det skrämmande att tala om döden, för andra kan det väcka en kreativ nyfikenhet och konstnärlig uttryckslust. I sällskap med storslagen musik, konst eller natur kan vi förnimma dess tragiska majestät. För vissa kan religionen erbjuda en trygghet i vilken dödskräcken kan lindras. Författaren menar att vi kan värna om en slags andlighet också utan någon gud. Att tala och läsa om döden är kanske det främsta sättet att vänja sig vid den.

Om vi kan lyfta fram livet i ljuset precis som det är och ta vara på att vara i stunden, då lever vi med öppna händer i stället för med krampaktigt knutna. Att inse vikten av att behålla kontakten med medmänniskor, att kunna få vara fåfång kan vara något att värna om även om kroppen redan påbörjat sin väg till återvinningen. Men också en ledsam passivitet kan ha sin funktion att fylla anser hon.

Författaren pekar på att vemodet liksom sorgen har en funktion; de kan utlösa medkänsla och föra oss samman. Alla drabbas någon gång under livet av en svår förlust, har man haft en relation med en stark vi-identitet blir förlusten extra svår. Men sorg kan ändra karaktär över tid, bli mer bärbar när livet går vidare. Författaren skriver att vemodet nu finns som en konstant bottenklang i hennes tillvaro men nu utan att hindra henne, mer som en mollton. Lyckan blir mer ett slags momentana positiva ”upplevelsedroppar” nedfallande över oss när vi minst anar dem.

Boken vänder sig huvudsakligen till författarens egen åldersgrupp runt 70 år och strövtågen handlar inte om den allra sista fasen i våra liv där livsbetingelserna har förändrats så radikalt att ett rörligt och någorlunda självständigt liv är omöjligt. Den stora världen har kommit oss så otroligt nära med politisk sorg och förlust av förmågan att tro på framtiden. Författarens värderingar har dock inte förändrats, det är världen som har gjort det, hon hoppas och tror att nya röster ska höjas. Det svåra är nog inte att åldras, det går enligt författaren Lars Forssell av sig själv, det svåra är att vänja sig av med att vara ung.

Björn Wrangsjö  
Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

# Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



TOVE GUNNARSSON  
Redaktör Svensk Psykiatri





# 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: **5/2**

Tema: **Farlighet**

## Kalendarium

STP-konferensen  
22–24 januari 2025, Stenungsbaden  
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen.html>

Masterclass Psychiatry: To deal with the uncanny  
20–21 februari 2025, Luleå  
<https://masterclasspsychiatry.se/>

Svenska Psykiatrikongressen  
12–14 mars 2025, Svenska Mässan, Göteborg  
[www.svenskapsykiatrikongressen.se/](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se/)

33rd European Congress of Psychiatry  
5–8 april 2025, Madrid, Spanien  
<https://epa-congress.org/>

American Psychiatric Association Annual Meeting  
(APA)  
17–21 maj 2025, Los Angeles, USA  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

Nationell rättspsykiatrisk konferens  
20–21 augusti 2025, Lund  
Mycket lång länk, gå in via [srpf.se](http://srpf.se)

SFBUP-kongressen, tema Diagnostik i utveckling  
17–19 september 2025, Södra Teatern, Stockholm  
<https://slf.se/sfbup/>

25th World Congress of Psychiatry  
5–8 oktober 2025, Prag, Tjeckien  
<https://2025.wcp-congress.com/>

38th ECNP Congress  
11–14 oktober 2025, Amsterdam, Nederländerna  
<https://www.ecnp.eu/congress2025/ECNPcongress>

Fler kongresser och utbildningstillfällen hittar du på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se), [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se) och [www.srpf.se](http://www.srpf.se)



*God Jul  
och  
Gott Nytt År!*

Önskar redaktionen

AVS. Svenska Psykiatriska Föreningen

Box 53246

400 16 Göteborg

**B** **PP** **Sverige, Port Payé**