

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2025

TEMA

FARLIGHET



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
- 30 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 79 Bokrecension: Att möta autister i vården. En guide för neurotypiker
Björn Wrangsjö
- 80 Bokrecension: NPF-kokboken.
Om mat och ätande för barn med autism och ADHD
Kerstin Höfler
- 82 Bokrecension: Beroende i praktiken. Förstå, bemöta och samverka, **Björn Wrangsjö**
- 83 Bokrecension: Om jag inte tränar går jag under.
Rörelsetvång, ätstörningar och vägen till rörelseglädje,
Kerstin Höfler
- 84 Bokrecension: Skuggan i spegeln
Thomas Silfving
- 86 Kalendarium

Tema:

- 10 Säkerhetsstraff – en ny tidsobestämd påföljd
Rapport från Svenska Kriminalistföreningens höstmöte
den 3 december 2024, **Hanna Edberg**
- 12 Farlighetsbedömning i ett familjesystemiskt perspektiv
Imri Demisai
- 14 Farligt på riktigt, **Alessandra Hedlund**
- 16 Hela dagen lång, **Lioudmila Mendoza**
- 17 Vilken är den största farligheten?, **Sigmund Soback**
- 18 Några reflexioner om Farlighet – Skolskjutningar –
Bissarra mord på öppen gata
Svante Bäck, Olle Hollertz
- 20 Dödligt våld och psykiska störningar. En överblick och
implikationer av kliniskt intresse, **Hanna Edberg**
- 22 Farligt att inte prata om farlighet? **Cecilia Gotby**
- 24 Är samhällets olycksbarn både offer och förövare?
Astrid Lindstrand

Tema:

- 25 Vem kan vårda den farliga patienten? **Hedvig Krona**
- 26 Ungdomar med farligt beteende mot sig själva
Anna Berneth, Jaana Lignell
- 28 Mörkret inom oss Några reflektioner, **Ann Söderqvist**

Debatt:

- 73 Efter KKV: KAV?
Lena Nylander
- 74 Är en dimensionell modell en väg framåt för ADHD-
problematiken?
Mats Adler, Maria Larsson, Oscar Norbeck
- 76 Dags att skrota M.I.N.I. i kliniskt arbete!
Kritik av MINI-intervjun
Herman Holm

Övrigt

- 13 Upphovsrätt, **Stina Djurberg**
- 32 Fråga experten på SPK!, **Joar Guterstam, Peter Andiné**
- 32 Rättelse från SP nr 4 2024, **Redaktionen**
- 33 Dags att nominera Hedersledamot i Svenska Psykiatri-
ska Föreningen, **Styrelsen SPF**
- 33 Dags att nominera Utmärkelse för pedagogiska insatser
för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
Styrelsen SPF
- 34 Inbjudan till webinarium Bipolar Update 2025
Styrelsen SSBS
- 35 Missa inte SSBS:s Vårnöte vid SPK 2025,
Styrelsen SSBS
- 36 Grattis SPF 120 år!, **Maria Larsson**
- 39 Välkommen till Svenska Rättspsykiatriska Föreningens
årsmöte 2025! **Styrelsen SRPF**
- 40 Varmt välkomna till Nationell rättspsykiatrisk konferens
20 – 21 augusti 2025 i Lund, **Styrelsen SRPF**
- 42 SFBUP kongressen 18–19 september 2025
Styrelsen SFBUP
- 44 Besök våra utställare på SPK 2025
- 62 Vart är psykiatrin i Ryssland på väg?, **Cecilia Mattisson**
- 64 Ska psykiatrin vara sämre?
Cecilia Svanborg, Maria Larsson

Övrigt:

- 66 För psykiatern som ledare med ett fördjupat biopsykosocialt perspektiv. Intervju med Shahram Shaygani
Maria Larsson
- 67 Cirkus Psykos – en monolog med målsättning att hjälpa
Maria Larsson
- 70 Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention – vad händer nu? Intervju med socialutskottets ordförande Christian Carlsson
Maria Larsson

Rapporter från möten:

- 68 När ST-läkaren själv får välja
Rapport från STP-konferensen 2025
Johan Nilsson
- 69 Två röster om SPF:s Kunskapstest 2025
Matilda Naesström

Psykiatriska nyheter:

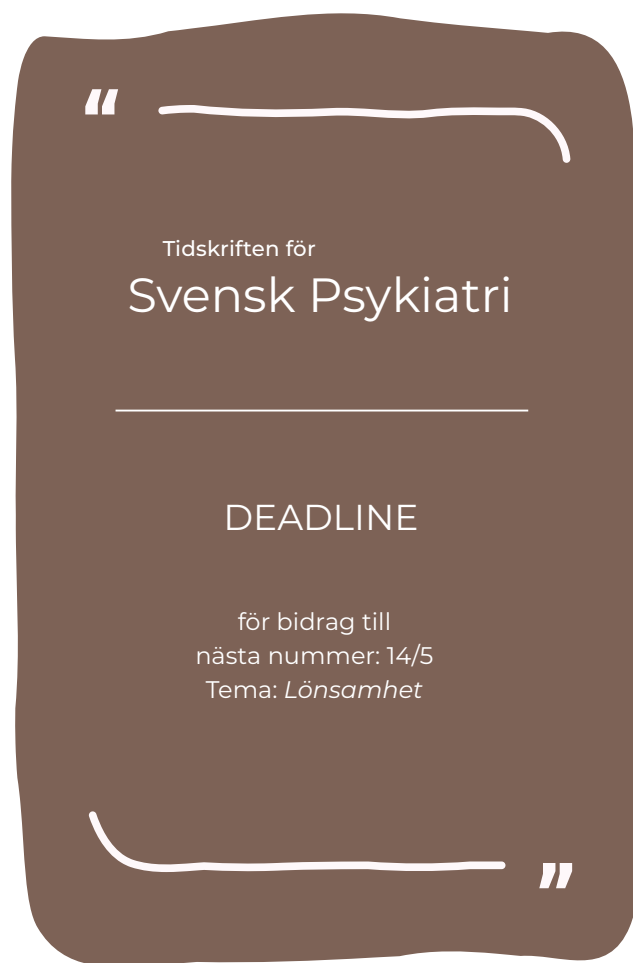
- 43 Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift
Steinn Steingrimsson, Jonas Eberhard
- 46 Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri
Johan Bengtsson, Behroz Dehdari, Lena Nylander, Martin Hultén, Peter Valverius
- 48 Ny resurs för att förklara funktionella besvär
Carl Sjöström, Johan Bengtsson, David Gyll, Arwa Josefsson, Hannah Linnros
- 49 Bidrag om forskning efterlyses!
Tove Gunnarsson
- 50 Epidemiological studies of electroconvulsive therapy for depression
Alexander Kronsell
- 51 Interdisciplinary pain rehabilitation for culturally and linguistically diverse patients
Karin Uhlin
- 52 Perspectives on Evidence-Based Practice and Depression Guideline Adoption: Investigating Attitudes and Perceived Barriers among Child and Adolescent Mental Health Clinicians
Anna Santesson
- 54 Hjälp med psykiatrisk forskning
Steinn Steingrimsson, Jonas Eberhard
- 55 Användning av ADHD-läkemedel på Island
Ragna Kristín Guðbrandsdóttir, Steinn Steingrimsson
- 56 EPA:s tenta för ST-läkare i psykiatri – European Board Examination in Psychiatry
Karl Lundblad

Psykiatriska nyheter:

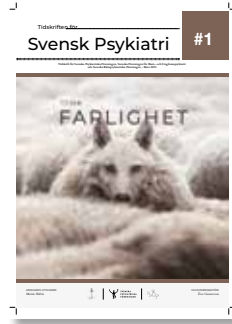
- 57 Uppmärksam rapport om personalförsörjningen inom BUP
Carl-Magnus Forslund
- 60 Partnerskap för psykisk hälsa
Maria Larsson

Psykiatrins historia:

- 71 Den gudlöse juden Freud
Thomas Silfving



Tidskriften för Svensk Psykiatri



Från kometer...

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
(hannamariaedberg@gmail.com)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Alessandra Hedlund

(alessandra.hedlund@regionstockholm.se)

Kerstin Höfler

(kerstin.m.hoefler@gmail.com)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD

Semmick Photo/Shutterstock

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

... till dödligt våld och från språksvårigheter till självskador – det är stor bredd på de farligheter som avhandlas i detta nummers tolv temabidrag.

Bland övriga texter kan nämnas två debattartiklar som diskuterar psykiatrisk diagnostik – ett ämne som alltid är hett men som kanske diskuteras extra intensivt just nu. På Svenska Psykiatrikongressen den 12–14 mars finns ett flertal programpunkter om just diagnostik och vi hoppas kunna ha fylliga referat i nästa nummer.

Nästa nummer...

... har temat *Lönsamhet*.

Nedskärningar och besparingar – lönsamt för vem? Patienten, personalen, verksamheten, organisationen, politiken?

Kort- eller långsiktig lönsamhet?

En minskad belastning av psykisk sjukdom vore lönsamt för hela samhället men det krävs resurser för att nå dit.

Är det lönsamt att sätta årslånga stopp för fortbildning i ekonomiskt kärva tider?

Den ökande administrativa bördan – är den lönsam och för vem i så fall?

Kan lönsamhet mätas med annat än pengar?

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 14 maj och författarinstruktioner hittar du på sidan 9. Se även artikel om upphovsrätt på sidan 13, det är en del att tänka på när du skickar bilder till oss!

ANNONS

Den farligaste dagen

När jag skulle börja denna min sista ledare anknutet till temat *farlighet* funderade jag på vilken ingång jag skulle ha. Skulle jag belysa svårigheterna med att vi ofta kan bedöma att människor kan vara farliga men problemet i psykiatri ligger i vad vi gör sedan? Lyfta det mångfacetterade programmet under SPK 2025 kring rättspsykiatri? Berätta om bakgrunden till att vi till SPK nästa år planerar att anordna workshops om hur vi kan hantera hot och våld i praktiken i vår vardag? Eller skulle jag fokusera på hur farlig världen känns när flera av de mest mäktiga människorna har uppenbara personlighetssyndrom med avsaknad av empati som gemensamt huvuddrag?

Precis när jag gick i dessa funderingar och skulle sätta mig att skriva hände tragedin med skolskjutningen i Örebro. Den ensamgörande våldsverkaren utmålades med tydlighet och stämmer nästan otäckt väl överens med den typiska profilen. Utanförskapet, ensamheten, funktionsnedsättning i kombination med någon form av oklar psykisk ohälsa samt en oförmåga att få studier eller arbete och ekonomi att fungera. Efter det katastrofen där elva personer hittills avlidit, varav tio mördats och förövaren dött till följd av suicid. Ord räcker förstås inte för att försöka förstå eller beskriva den förtvivlan närstående till de avlidna känner. Förhoppning om att de omges av största omtanke, värme och kärlek som bär dem framåt.

Men det finns en annan form av rädsla och sorg som säkerligen inte bara drabbar mig utan många av oss, även om inte en egen personlig tragedi. Känslor som ökat långsamt senaste åren i vårt land pga. skjutningar och bombningar relaterat till gängbrottslighet, som också för oss inom psykiatri stärktes efter mordet på Ing-Marie Wieselgren i Almedalen 2022. Ett mörker i vårt land som ekar mot världens. Där betydelsen av att motvikter behövs aldrig varit viktigare och där kunskap samt engagemang är två som SPF representerar.

I Michael Moores *Bowling for Columbine* om en annan skolskjutning lyfter han att rädsla föder rädsla och hur viktigt det är att de handlingar vi styrs av efter tragedier inte styrs av rädsla – ofta stärkt av mediens sensationsjournalistik – utan av kunskap. Det är därför bra att se att nyheterna efter några dagar allt mindre fokuserar på gärningsmannen i Örebro och mer på offren, då vetenskapen säger att det minskar risken mest för någon form av spridningseffekt. För att öka kunskap kring området är jag glad att vi i år på SPK har flera programpunkter om ensamverkande gärningsmän.

Förutom ökad kunskap är jag glad att föreningen också står för ett så stort engagemang, från arbetet med den enskilde patienten till samhällspåverkan. För egen del kan emellertid händelser som det meningslösa våldsdådet i Örebro göra att jag själv tappar känslan av betydelsen av att engagera mig. Då brukar jag inspireras av dikten *Världens gång* av Fröding för att inte ge upp. Om mannen som vräktes över bord när *havet välte, stormen ven* och långsamt sjunker medan kaptenen inte agerar och kastar en livlina som kan rädda personen. Jag brukar då tänka att vi måste fortsätta *skicka livlinan*, till och med om den inte alltid når fram. Världen blir ändå lite ljusare om vi i alla fall försöker och inte låter sorg, rädsla eller den uppgivenhet som kaptenen i dikten uppvisar, hindra oss. Den dag vi slutar försöka, det är den farligaste dagen av alla.



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

Kraft till fortsatt engagemang får jag själv också via utbyte med andra engagerade där SPF som helhet är en energikälla. Den styrka vi har – inte minst tack vare att vi är många medlemmar som verkar tillsammans med olika former av kunskap, mångfald och fördjupade åsikter – gör också att vi inte bara kan försöka utan också verkligen påverka. Det har blivit tydligt för mig de två senaste åren att våra åsikter räknas och är efterfrågade. Jag är stolt över att ha fått representera det förtroende SPF har i olika frågor som föreningens ordförande dessa år och ser nu fram emot att med er alla tillsammans verka för mer vetenskap, engagemang och inte minst humanism inom psykiatri med den fortsatt finaste av yrkestitlar, specialist i psykiatri. Tack.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Farligheter

Farlighet. Ja, det fattas ju inte uppslag. Det farliga med hot och våld inom heldygnsvården. Det farliga med en splittrad och ofullständig vårdkedja inom BUP. Det farliga med undanträngningseffekter inom vården, det farliga när patienter inte får rätt vård i tid. Det farliga med den stora administrativa belastningen, den etiska stressen allt detta väcker, vilket leder till att många inom vår specialitet helt enkelt inte orkar och söker sig mot andra uppdrag eller arbete som läkare. En mycket farlig situation som ytterligare riskerar urholka ett redan skört system. Den höga administrativa belastningen, tillsammans med den redan stora arbetsbördan och de otillräckliga resurserna, gör det svårt för personalen att ge den vård som patienterna behöver. För att kunna möta de utmaningar som finns krävs en omfattande förändring – där ökad bemanning, bättre arbetsvillkor och mer tid för patienter blir centrala lösningar. Det handlar inte bara om att ge personalen bättre arbetsförhållanden, utan också om att ge unga människor den hjälp de har rätt till – innan deras psykiska ohälsa förvärras och blir ännu svårare att hantera.

2025 rivstartades med intensivt styrelseinternt där vi bl.a. arbetade med den arbetsmiljöenkät som styrelsen skickat ut till våra medlemmar. Här framkommer just den administrativa bördan som en betungande faktor i vår arbetsmiljö. Detta måste man ta på allvar och arbeta med i verksamheterna, något vi kommer fokusera på vid styrelsens möte med BUP:s verksamhetschefer och chölar/MLA i slutet av januari.

SFBUP har pågående dialoger med olika myndigheter för att försöka avhjälpa situationen kring den administrativa bördan. Bl.a. står vi i dialog med Försäkringskassan, och har inlett ett arbete kring att förenkla processen kring omvårdnadsbidraget. Detta är ju en ganska tung administrativ uppgift, speciellt efter den drastiska ökningen av diagnoser inom NPF. Inte sällan är det långa intyg som ska produceras, där man på många håll mer eller mindre standardiserat förfarandet. Men det ska ändå produceras. Tänk om vi kunde landa i en situation där arbeten kring dessa intyg kan reduceras med säg 50 %–75 %.

En annan tung post kring intyg är Transportstyrelsen. Efter SFBUP:s uppvaktning av Regeringskansliet så tillsattes strax innan jul ett regeringsuppdrag till Transportstyrelsen att se över intygsförfarandet vid ADHD och autism. Regeringskansliet uppgav i samband med detta siffror på upp mot 50 000 intyg som kommer behövas inom den kommande 5-årsperioden! Styrelsen står nu i dialog med Transportstyrelsen kring detta och även här är ambitionen att förfarandet ska förenklas väsentligt och minska den administrativa bördan – frigöra tid till patientarbete.

Vi har också en dialog med Socialstyrelsen kring de utvecklings-team som kommer formeras och inleda sitt arbete redan detta år. Glädjande finns här många punkter som vi hoppas ska kunna bidra till faktiskt förändring för våra medlemmar och den barnpsykiatriska vården. Här finns exempelvis en ambition kring att se över den administrativa bördan, detta med inrapportering osv. I våra möten har vi från styrelsen betonat vikten av att man också ser till "golvet" och verkligen involverar klinikerna i detta viktiga arbete.



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

Arbetsmiljön, etisk stress lyfts också i den rapport som Socialstyrelsen nyligen publicerade, se sammanfattning i separat artikel.

Sammanfattningsvis arbetar styrelsen genom olika kanaler för att minska farligheterna runt om vår arbetsmiljö. Vi kan också informera om att vi utöver en mycket innehållsrik SFBUP-kongress i september, planerar för mer utbildningsinsatser, även detta en väldigt viktig del i arbetsmiljö och patientsäkerhet. Som Hans Hjelmqvist på SLS så snyggt uttrycker det; utan utbildning stannar vården, men inte personalen.

Håll er uppdaterade via vår hemsida!

Carl-Magnus Forslund
Ordförande SFBUP

En chockad betraktelse över farlighet

Det är tisdagen den 4 februari 2025 och jag är oförmögen att lämna nyhetsrapporteringen från skolskjutningen i Örebro. Polisen befarar ett tiotal offer. Farlighet är så uppenbarligen central i vår tid. Jag vill bara gråta, krama mina kära, göra något handfast. Inte sitta i ett tryggt hem och skriva en betraktelse med korrekt grammatik och spetsfundigheter. Efter några djupa andetag och en bön på hjälp försöker jag följa min plan för farlighetstemat och utifrån vår tids politiska klimat skapa ett hypotetiskt och subjektivt bedömningsinstrument för skattning av farligt mänskligt beteende i allmänhet. Men det skaver och blir fel. Jag tänker bara på våldsdådet i Örebro i synnerhet. Vi är åter påmindas om att bedöma farlighet för en enskild individ är mycket svårt.

Riskbedömning, att förutsäga risken för framtida våld hos en individ baserat på forskningsdata från grupper av människor, har ersatt den gamla termen farlighetsbedömning. Inspirerad av detta nummers tema, farlighet, samt starkt påverkad av vårt politiska klimat i världen och utan någon vetenskaplig grund tänkte jag att det borde gå att skapa en skala med ett tiotal faktorer för skattning av hur farligt ett mänskligt beteende är för en korrekt och värdig diskussion och beslutsprocess. De tio faktorerna skulle på känt maner kunna skattas med 0, 1 eller 2 poäng där högre poäng motsvarar farligare mänskligt beteende. Faktorerna skulle kunna benämnas 1) fragmenterad världsbild, 2) benägenhet att hellre agera än att avstå, 3) tendens att dra förhastade slutsatser, 4) förekomst av narcissism, 5) tron på den starkes rätt, 6) tron på våld som problemlösning, 7) förekomst av faktaresistens, 8) upplevelse av att vara förödmjukad, 9) förekomst av ett genomgripande svartvitt tänkande, samt 10) stark tendens att endast leva i nuet.

Ett exempel på hög poäng i faktor 2 var utredaren som föreslog en sänkning till fjorton år som straffålder för våldsbrott. På frågan varför förslaget läggs fram trots att de flesta sakkunniga var emot förslaget och trots avsaknad av evidens för förslaget så svarades det (ungefär): i dessa tider med så många våldsbrott så måste statsmakten ändå agera.

Ett exempel på höga poäng i faktorerna 1 och 9 fanns nyligen i Göteborgs-Posten. I en artikel ropades det att bråkstakarna måste slängas ut från klassrummen. I en annan artikel frågades det varför samhället inte har bättre kontakt med socialt isolerade personer som utvecklar hat mot samhället.

Jag vill även be om er uppmärksamhet på förslaget att rättspsykiatri ska läggas inom Kriminalvården som nyligen lanserades (Dagens Medicin, debatt, 3 jan 2025, "Staten bör ta fullt ekonomiskt ansvar för rättspsykiatri"). Logiken var 1) att rättspsykiatri behöver större statlig styrning eftersom dom till LRV är en påföljd,



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)

FACKLIG 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

2) att Kriminalvården bygger ut och därför kommer det behövas fler rättspsykiatriska akutplatser för kortvarig vård av fängelse-dömda, 3) och därför ska Kriminalvården ta över all rättspsykiatri. Nästan rätt men ändå fel. Se gärna SRPF:s replik från den 28 jan 2025 ("Rättspsykiatrisk vård är sjukvård och inget annat").

Peter Andiné
Ordförande SRPF

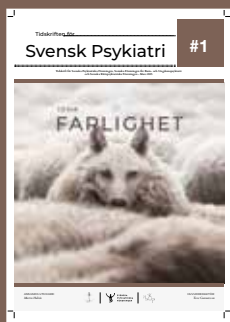
Rekommenderade böcker

Andersson L (1995) Artemis, Bokförlaget Polaris

Dürrenmatt F (1952) Domaren och hans bödel, Ersatz, Stockholm, 2020

Montelius M (2024) Gränsen, Albert Bonniers förlag, Stockholm

Nesser H (2013) Levande och döda i Winsford, Albert Bonniers förlag, Stockholm



Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.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: **14/5**

Tema: *Lönsamhet*

UTGIVNING 2025

NUMMER 2

Tema: *Lönsamhet*

Deadline:
14 maj

Utkommer:
Vecka 23

NUMMER 3

Tema: *Förtroende*

Dealine:
27 augusti

Utkommer:
Vecka 38

NUMMER 4

Tema: *Natten*

Dealine:
12 november

Utkommer:
Vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskspsykiatri.se

*Det skulle,
enkelt uttryckt, vara
lite mer rättspsykiatrisk
vård med särskild
utskrivningsprövning.
Fast för en "frisk"
förövare*

Foto: Shutterstock/New Africa

Säkerhetsstraff – en ny tidsobestämd påföljd

Rapport från Svenska Kriminalistföreningens höstmöte
den 3 december 2024

Svenska Kriminalistföreningen bildades 1911 och samlar intresserade till diskussioner i kriminalpolitiska frågor. Vid föreningens höstmöte den 3 december presenterade utredarna Stefan Reimer och Jenny Samuelsson Kääntä delar av betänkandet *Ett ändamålsenligt samhällsskydd* (SOU 2024:48). Mer specifikt presenterades de delar som rör ett förslag kring ett nytt, tidsobestämt fängelsestraff – ett säkerhetsstraff.

Kort sammanfattat: ett icke tidsbestämt straff som kan tillämpas när brottet i sig inte är tillräckligt allvarligt för att rendera livstids fängelse, och när förövaren inte lider av någon

allvarlig psykisk störning vilket skulle kunna föranleda rättspsykiatrisk vård. Ett straff motiverat av att risken för återfall i allvarlig brottslighet bedöms vara så hög att nya utvärderingar (riskbedömningar) behöver ske innan straffet kan tidsbegränsas. Straffet skulle också åtföljas av en särskild utslussning, som i jämförelse med dagens villkorliga frigivning skulle vara mer välövervakad och där misskötsamhet skulle generera återgång till fängelse.

Det skulle, enkelt uttryckt, vara lite mer rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Fast för en "frisk" förövare. Jag sätter frisk inom citationstecken, för under kvällens dis-

kussion framkom att utredarna ser framför sig att den grupp förövare som kommer att omfattas av det nya straffet har, och jag citerar: "En hög grad av psykisk abnormitet".

1981 avskaffades den tidsbestämda påföljden internering i Sverige. Enligt utredaren Reimer utmönstrade interneringspåföljden mer eller mindre sig själv på 70-talet då det på slutet framför allt var förmögenhetsbrottslingar, bankrånare och kassakåpsprängare som satt internerade. Andra källor pekar på att påföljden snarare avskaffades då den ansågs rättsosäker (1). Nu föreslås alltså i någon utsträckning ett återinförande.

I kommittédirektivet (Dir. 2023:74) står "En ny tidsbestämd frihetsberövande påföljd skulle i första hand kunna tillämpas för gängkriminella och andra samhällsfarliga personer i de fall ett livstidsstraff inte är aktuellt".

Gängkriminella och andra samhällsfarliga personer.

Jag hade trott att kvällens samtal skulle handla mycket om gängkriminella. Men tji fick jag. Den grupp förövare som utredarna återkommer till är sexualförbrytarna. De påtalar att de är målgruppen för det nya säkerhetsstraffet. Sexualförbrytare, våldtäktsmän, personer som återfaller i allvarligt partnervåld. De säger ingenting om gängkriminella. Auditoriet noterar också detta; en pigg stämman från Stockholms universitet frågar om det inte vore rimligt ur samhällsskyddsperspektiv att en person som samlar på sig ett hundratal automatvapen erhåller ett tidsobegränsat straff? Men det är inte gruppen som åsyftas. Det är Nytorgsmanen, Hagamannen. De där otäcka männen som våldtar kvinnor och barn. Och detta trots att utredningen konstaterar: "Utvecklingen av de dödliga kriminella konflikterna (...) har bidragit till en motsägelsefull våldsutveckling i Sverige. Den totala våldsnivån har nämligen inte ökat sedan början av 1990-talet, utan det är i stället just skjutvapenvåldet som såväl har ökat som blivit grövre" (2) samt "mycket (...) tyder på att den samlade brottsligheten i Sverige har planat ut över tid, snarare än ökat." Avseende sexualbrott noteras: "Det kan ha skett ökning av framför allt de mindre grova sexualbrotten, där det inte förekommer våld eller tvång (...) efter 2012, men att det samtidigt också skett förändringar, möjligen i både ökande och minskande riktning, i sexualbrottsutsatts benägenhet att berätta om sin utsatthet (...). Enligt Åklagarmyndighetens statistik är trenden avseende sexualbrott svagt nedåtgående.

Utredningen lyfter mäns våld mot kvinnor som ett reellt och omfattande problem, och i flera polisregioner är mäns våld mot kvinnor dödligare än skjutvapenvåldet (3). Vad gäller återfall i brott framgår i utredningen att återfallsfrekvensen generellt är cirka 40 % inom 3 år. Personer med sexualbrott som huvudbrott återfaller betydligt mer sällan än personer med andra brottstyper som huvudbrott.

Så vad kan vi sluta oss till?

1. Vi avskaffade den tidsbestämda påföljden för 43 år sedan för att den var icke ändamålsenlig och rättsosäker.

2. Vad gäller kriminalitet i Sverige så har vi en ökad mängd skjutvapenvåld, men den övriga brottsligheten är i stort oförändrad. Mäns våld mot kvinnor är ett konkret problem där dödsfallen till antal i vissa regioner överskrider skjutvapenvåldets, men det är oklart om det har skett någon förändring över tid. Någon entydig förändring i sexualbrottsligheten (som inte kan hänföras till ändrad lagstiftning) kan inte fastställas.
3. 30–40 % av dem som har begått ett brott begår ett nytt brott inom tre år. Återfallen har minskat stadigt över tid sedan början av 00-talet. Återfallsrisken är generellt lägre för personer dömda för sexualbrott.

Utredningen skriver i sin slutsats: "Med hänsyn tagen till brottsutvecklingen, liksom återfallsstatistiken, är ett träffsäkert påföljdsalternativ enligt vår mening en relevant åtgärd som är ägnad att öka samhällsskyddet i vissa kvalificerade fall. Om tillämpningsområdet begränsas på ett sådant sätt att påföljden träffar dem som begår allvarlig brottslighet mot annans liv, hälsa, frihet eller frid och samtidigt är de mest återfallsbenägna anser vi också att det är fråga om en nödvändig åtgärd." Utredningen ger exempel på fyra typfall där säkerhetsstraffet skulle kunna tillämpas. Samtliga fall gäller våldtäktsmän. I några fall rör det brott mot barn, i några fall brott mot partner, i samtliga fall upprepad brottslighet. Oerhört obehagliga beskrivningar av obehaglig brottslighet.

Men titta igen på brottsstatistiken över tid. Titta på återfallsriskerna. Jag undrar: är det då i realiteten ett faktiskt samhällsskydd vi talar om, eller fyller förslaget i själva verket ett behov av att låsa in obehagliga förövare på obestämd tid?

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm*

Referenser

1. Prop. 1980/81:76 om interneringspåföljdens avskaffande och straffet för grovt narkotikabrott m.m. sid 42
2. SOU 2024:48 sid 156
3. SOU 2024:48 sid 161

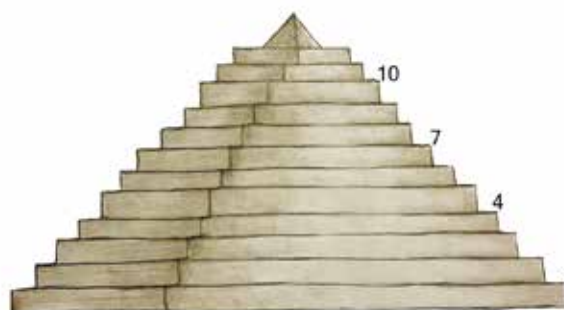
Farlighetsbedömning i ett familjesystemiskt perspektiv

Dagens psykiatri är tyvärr inte familjesystemisk. Antalet människor som mår psykiskt dåligt ökar hela tiden, tydligen på grund av bristande behandlingsstrategier. De suicidpreventiva åtgärderna har visat sig vara otillräckliga, och nu ökar det utåtriktade våldet också. Läget är alarmerande och regeringen efterlyser en allmän "sambandsmobilisering" igen, (1) men ingen pratar om att vår *sjukdomssyn* vilar på ett felaktigt paradig, och att det krävs grundläggande förändringar om psykiatrin ska kunna utföra sitt uppdrag. Enligt Nationella vård- och insatsprogrammet (2), kan riskbedömningar göras för att hantera en uppkommen situation eller att bedöma individers risk för våldsamt beteende. Man brukar kombinera strukturerade och ostrukturerade metoder, men för en djupare utredning av risk- och skyddsfaktorer krävs en närmare familjesystemisk kartläggning (3).

Generationsöverskridande trauman

Om man föreställer sig ängesten i släkten som en *pyramid* så ser man att det är ängestgraden av de genomgripande händelserna det som avgör den enskilde individens ängestnivå och reaktionsmönster. Högst upp i pyramiden (4) placeras barnsängsdöd, självmord och mord, som har ägt rum för länge sedan och som har den starkaste effekten på de efterkommande. Andra viktiga händelser i sammanhanget är att någon har dött för tidigt, har blivit övergiven eller exkluderad eller att någon har blivit utsatt för övergrepp och våld. Stora orättvisor i det förflutna, kan också bidra till att ilska och vrede ackumuleras i familjesystemet, och därmed påverka en yngre familjemedlem som sedan *representerar* personen med det tunga ödet. Patienten går och bär på *någons* vrede, utan att vara medveten om det. En ny besvikelse i dialog med någon, till exempel i kontakt med vårdpersonal, kan utlösa maktlöshet eller raseri, med risk för inåt- eller utåtriktat våld. Krigstrauman bör uppmärksammas särskilt eftersom personer som råkar vara våra patienter kan ha *"tagit på sig"* energier från både förövare och offer, och kan känna sig förvirrade på grund av det. Får de inte rätt hjälp så kan de mördra någon eller ta sitt liv, eftersom det blir för trångt i längden med fler än *"två själar i en bröstorg"* som Goethe uttryckte det.

Tidigare forskning har funnit att personer med schizofreni tycks ha ökad risk för våldsamt beteende. Det har dock varit oklart om våldsbenägenheten verkligen beror på schizofrenisjukdomen i sig eller på andra faktorer, som missbruk och beroende av alkohol eller droger (5) Det är mycket som är oklart i dagens psykiatri på grund av att det neurobiologiska synsättet missar de verkliga orsakerna. Allting klarnar upp om man ser diagnoserna som *systemiska tillstånd*.



Angestpyramiden

Illustration av Vanessa Stavenow

Bindningssamvetet

Vi blir handfallna inför självmord och *vansinnesdåd*, vi försöker förstå. Svaren på viktiga frågor finner man i det förgångna, och om vi är fenomenologiskt lagda kan språket avslöja en del. Vårt nationella insats- och vårdprogram betonar vikten av *"att man ska ha kunskap och förståelse för vad som kan ligga bakom ett aggressivt beteende och våld"*, men det är oklart vad man menar med det. För att lyckas med det behöver man veta hur bindningssamvetet och den *blinda kärleken fungerar*.

Imri Demisai

Psykiater

Actavita Rehab Dialog, Göteborg

imri.demisai@gmail.com

Referenser

1. Pressmeddelande från Socialdepartementet 10 januari 2025.
2. Nationella vård- och insatsprogrammet 2024.
3. Hybbinette IM, Bengtsson K. Läkarroll i förändring: att våga nya vägar. Lund: Studentlitteratur AB; 2004.
4. Demisai, I. Antidepressiv kognitiv stil. Actavita modellen. En ny strategi för psykisk hälsa. Actavita Rehab Dialog, Just nu, Göteborg 2024.
5. Långström, Nicklas. Schizofrenins samband med våldsbrott ifrågasatt. Läkartidningen Nr 32–33, 2009.

Upphovsrätt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stina Djurberg

Redaktionen Svensk Psykiatri

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:



Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:
www.sfbup.se



Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se



ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se



Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



*Idag tänker jag dock
tala om den riktiga
faran: elefanten i
rummet.*

Foto: Shutterstock/r.classen

Farligt på riktigt

"Usch, de där utländska läkarna, som inte kan någonting..." Hög igenkänning på det, misstänker jag. Vanmakt och stress som föder ett tråkigt synsätt. Så många gånger har jag mött det, fast det inte har handlat om mig, har det påverkat mig desto mer. Det känns i magen; det kunde lika gärna varit jag.

Frustrationen kan handla om många olika aspekter: begränsad klinisk erfarenhet, för lite kunskap, ovana vid svensk sjukvård, med mera. Idag tänker jag dock tala om den riktiga faran: ele-

fanten i rummet. Nämligen, språket. Allt det där andra är relativt lätt att ge återkoppling på, påverka och förändra. Det kräver idogt arbete men man vet hur man går till väga; formulera utvecklingsplan, följa upp, det känns överkomligt.

Språket, däremot, skapar en rädsla som emellanåt angränsar till beröringsskräck. Rädsla att inte förstå och inte bli förstådd, att uppfattas som främlingsfientlig. Rädsla att kulturskillnad snarare än språket ligger till grund för missförstånd. Tänk om det är så, att det olyckliga ordvalet var menat? Vem har tolkningsföreträde? Börjar man nysta upp det, kan man hamna i ett tras-

sel som inte liknar något annat. Språket ligger dessutom nära vår identitet, våra känslor, vårt självförtroende. Klart att det är lättare att tala om för någon att den ska bli bättre på att bedöma depression eller skriva psykiatriskt status.

Minst lika skräckfylld är situationen sedd ur underläkarens perspektiv. Alla som rest till ett annat land vet hur förvirrande det är att inte riktigt förstå det som sägs runt omkring en; om man dessutom behöver hjälp eller förväntas prestera, så övergår förvirringen i ren utsatthet. Det är frustrerande att inte riktigt kunna formulera sig, få ut det man tänker så att den andre förstår. Om man inte får utrymme att lära sig kan det leda till att man skäms för att man inte kan tillräckligt bra svenska. I värsta fall kan skammen leda till undvikande av arbetsuppgifter som är för svåra, eller till förnekelse, att man tackar nej till hjälp. Det är ett misslyckande för båda parterna.

Statistik från Socialstyrelsens årsberättelser (Läkartidningen, 2025;122:24118) tyder på att drygt 40 % av de läkare som fick svensk legitimation mellan 2016 och 2023 var utbildade utomlands. En del av dem är utlandsstudierande svenskar, men majoriteten har inte svenska som modersmål.

Räcker C1 förresten? När jag själv läste svenska hade vi studenter en alldeles egen markör på ribban för "bra svenska", som inte krävde någon tentamen: "När du förstår dom (dvs svenskarna) när de pratar med varandra i tunnelbanan, då vet du att du kan". Jag minns fortfarande lärarens varma skratt och hennes kommentar, att "vissa dialekter kan vara svåra även för mig". Kursen var C2 men tunnelbaneåkande svenskar, dem förstod vi ännu inte. Teori eller praktik, alltid dessa två får man stå och balansera emellan, oavsett om det handlar om medicinsk kompetens eller någonting annat. Tänk inte på det när ni åker tunnelbana.

Som utlandsutbildad läkare känner jag ansvar, det är ännu en anledning att ta bladet från munnen. För egen del har det inte varit särskilt svårt att prata om språkkompetens med mina utländska kollegor. Beror det på att jag har suttit i samma båt? Är det lättare som utländsk läkare att ställa språkrav på andra läkare? Jag tror det, även om det finns goda exempel på det motsatta. De sämre exemplen fastnar dock mer. För många år sedan hade jag en kollega som systematiskt såg till att jag fick handleda de underläkare som behövde hjälp med språket. De som kunde svenska delade vi demokratiskt på. Det är också ett undvikande, så ska det självklart inte bli. Därför har jag några råd som grundar sig på mina erfarenheter:

- Kollegor och handledare – våga ställa språkrav på underläkare, gör det tidigt! Senare kan vara för sent. Om skam, undvikande och förnekelse träder in blir det betydligt svårare.



- Arbetsgivare och chefer – våga se behovet redan vid anställningsintervju och erbjud extra stöd! Det finns enheter som redan gör detta idag, men det behövs fler. Särskilt bland dem som anställer nyutexaminerade och nylegitimerade, inom bristspecialiteter som vår.
- Visst kostar det pengar, både direkt och indirekt. Lyft upp det till era beställare, visa siffrorna och förklara vad ert utbildningsuppdrag egentligen innebär. Att säkerställa medarbetarnas kompetens handlar om patientsäkerhet.
- Utgå inte från att vederbörande är ett hopplöst fall. De som påstår att vuxna inte kan lära sig ett främmande språk riktigt bra, de har fel, kort och gott.
- Är du osäker på hur du ska ta upp ämnet, rädd för att uppfattas som kränkande? Kom ihåg att det är en större kränkning att inte få den hjälp och det stöd man behöver för att göra ett bra jobb. Prata med oss andra utländska läkare. Ingen representerar alla, men du kan få goda råd och unika perspektiv.
- Våga rätta! Särskilt när du blir ombedd att göra det. Det låter självklart men det är det inte. Jag vet själv hur mycket jag fick tjata på somliga. De riktigt generösa har jag idag att tacka.
- Att lyfta frågan är att vara schysst. Att låtsas som ingenting är att göra vederbörande, dess patienter och kollegor, en otjänst. "Han ska ändå inte jobba här." Nej, men han kan ta ett jobb hos en mindre seriös vårdgivare nära dig. Det är farligt på riktigt.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm



Hela dagen lång

Ludmila Mendoza

Hela dagen lång är jag i tjänst,
jag tjänar alla, är igång.
Hos patienter tar bort smärta,
försöker lätta deras hjärta.
Hela dagen lång.

Hela dagen lång går jag allra längst.
Att rädda är jag på språng.
Att bota, lindra och trösta,
vad det mig än kostar.
Hela dagen lång.

Hela dagen lång ber jag om ynnest
att vara frisk och strong.
Att orka älska och skydda,
att alltid mitt hjärta lyda.
Hela dagen lång.

Är det så farligt att ägna sig helhjärtat åt sitt arbete? Riskerar vi att bli utbrända, utmattade och sjukskrivna? Risken finns. Men även tjusningen. Att vara i mänsklighetens tjänst. Kanske bara i en liten skala. På sin avdelning. På sin mottagning.

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*

Vilken är den största farligheten?

Lejon är farliga, tigrar är farliga, många djur är eller kan vara farliga, stora och små, men är inte människan det farligaste som har drabbat världen?

De farliga djurens farlighet beror på instinkt. De försvarar sig instinktivt mot faror eller skaffar sig föda genom sin farlighet, men människans farlighet beror på intentionalitet. Ursprungligen var intentionen att skaffa föda men ganska snart började det att handla om att dominera sin omgivning och miljö. Intentionen att dominera, tvinga och underkasta har genom årtusenden i mänsklighetens historia utvecklat människans farlighet från att drabba den nära omgivningen till att hota hela jorden, ja hela mänsklighetens existens.



Foto: Shutterstock/AfricanSunProductions

Det paradoxala med människans farlighet är hennes, i förhållande till alla andra levande organismer, överlägsna intelligens, förmåga att kommunicera och samarbeta. Farligheten är alltså knuten till det som borde leda till motsatsen. Hur kunde det bli så? Det enkla svaret är: för att man kunde. Människan insåg ganska snabbt att hennes egenskaper gav henne makt över både natur och djur. Makt korrumpierar som bekant, alltså utvecklade människan, som i sig är en ganska svag, hjälplös och ofarlig varelse, genom sin förmåga till samarbete och kommunikation allt farligare maktmedel. Dessa användes både för att bemästra omvärlden och den egna gruppen. Förmågan ledde till att människan bredde ut sig över jorden och började tränga undan allt annat. Den allt större ansamlingen av människor ledde till det som har varit människans gissel genom historien, nämligen farsoter, svält, och krig. Vad som är ursprung och vad som är verkan varierar, men de tre sakerna följs alltid åt oavsett ordningsföljd. Det man dock med säkerhet kan hävda är att de alla beror på människans farlighet.

Vi lever nu i en tid som trots människans formidabla framsteg på alla områden, antagligen är den farligaste som någonsin har existerat. Kometen, som tidigare var det farligaste som kunde drabba jorden är nu nog mycket mer avlägsen än människans egen farlighet. Det är människan som utarmar jorden, utrotar allt fler djurarter, förstör miljön och klimatet, skapar krig, svält och farsoter.

Hur hamnade vi här? Ytligt sett verkar det vara några, relativt få, farliga män, nästan alla är män, som har makten att

styra över hela jordens öde. De kan dock inte klara allt på egen hand utan måste ha mängder, ja miljoner människor som lyder och följer dem. Är alla farliga? Antagligen inte var och en för sig men tillsammans blir de farliga massor. Flockbeteende och grupptänkande är antagligen det mest destruktiva som finns. Historien och nutiden vittnar om farligheten av sådant. Vi ser det i stort och i smått. Inte minst våra psykiatriska specialiteter har många gånger drabbats av dessa farliga fenomen, både vad gäller diagnostik och behandling. Gårdagens sanning är dagens skämt, trots att mängder av människor har farit illa av de tvärsäkra sanningarna. Detta är något att tänka på innan vi faller in i kören och okritiskt applåderar det nya. Människans farlighet ska inte blandas ihop med ondskan, vilken förvisso kan finnas där, men oftast är farligheten sprungen ur naivitet, okritiskt tänkande och omedvetenhet om konsekvenserna av våra handlingar. Dessutom får vi inte glömma de eviga farligheterna i form av konspirationsteorier, desinformation och vidskepelse. Och den splittrerna farligheten i form av artificiell intelligens som på nolltid kan åstadkomma allt detta!

Slutligen: Människans farlighet är självdestruktiv och det enda som är farligare är förstas kometen.

Sigmund Soback

*Pensionerad barn- och ungdomspsykiater
Stockholm*

Några reflexioner om

FARLIGHET- SKOLSKJUTNINGAR – BISARRA MORD PÅ ÖPPEN GATA

Vi möter numera en ny sorts grovt våld där man inte förstår motivet, oskyldiga mördas på öppen gata eller i skolan. Dessa gärningspersoner tycks vara unga män som psykiatrin och samhället varken har koll på eller har nära kontakt med. Vad kan vi inom psykiatrin bidra med? Vad måste vi göra annorlunda i psykiatri, socialtjänst, skola och samhälle?

Det ohyggliga dådet i Örebro, med 10 mördade samt skyttens eget självmord, uppfyller kriteriet för massskjutning (minst 4 skadade eller döda förutom skytten själv). Min vän Ing-Marie Wieselgren som blev knivmördad på öppen gata i Visby, dubbelmorden i Linköping och Breiviks massmord på Utöya i Norge är fler exempel på obegripliga mord på okända.

Vad har dessa gärningsmän gemensamt?

Psykiatriprofessor Lia Rodenburg Ahonen, Pittsburgh universitet, skriver att amerikansk forskning visar:

Att skolskyttar är enstöringar, de är socialt inkompetenta, kommunicerar dåligt med vuxna, skolkar ibland och spenderar mycket tid online. Samt att fascination för vapen är vanlig. Många gärningspersoner skiljer sig inte särskilt mycket från andra ungdomar. De är inte på något sätt omänskliga. Det svåraste ligger i att acceptera att det finns situationer som vi inte kan förutse och förhindra utan bara hantera.

Hon fortsätter:

Många studier har visat att det finns en ökad risk för våld vid psykosjukdomar, men också att psykisk sjukdom är starkt kopplad till att själv bli offer. // De allra flesta med psykisk sjukdom begår aldrig våldsbrott under sin livstid, precis som resten av befolkningen. Vi saknar väldigt mycket kunskap om massskjutare generellt, delvis pga. att de ofta begår självmord eller låter sig skjutas av polis.

Den amerikanska sociologen Katherine Newman skriver om fem faktorer som brukar finnas vid skolskjutningar: känsla

av utsatthet, psykiska problem, ett kulturellt manus (förebilder/nätet), tillgång till skjutvapen och ett misslyckande hos samhället att se varningssignalerna hos gärningsmannen.

När jag följer dessa gärningsmän genom tidningar och TV tycker jag mig se en gemensam nämnare av autism grad 1–2 (före detta Aspergers syndrom). Här finns brist i förmåga till social kommunikation, relationer, läsa av kroppsspråk och ögonkontakt samt begränsad empati. Ofta med stort fokus på ett intresseområde, till exempel vapen eller egen kränkthet som kan leda till hämndtankar.

Mannen i Visby beskrev att han blivit mobbad hela skoltiden och aldrig fått någon hjälp alls. Nu ville han ge igen till den omgivning som aldrig såg honom. Extra eländigt är att han mördade en av dem som särskilt försökt hjälpa psykiskt störda och utsatta, psykiatrisamordnare Ing-Marie Wieselgren. Han sa själv i rättegången att mordet inte var "personligt menat."

ADHD och Asperger kom ganska sent in i vuxenpsykiatrin, hörde förut till habiliteringen. Idag har man bara kvar svårare autism där.

ADHD är tacksam att hitta och behandla medan autismpatienten främst är hjälpt av kunskap om störningen och pedagogiska insatser, och ibland stödboende mm. Tyvärr saknar vi inom vuxenpsykiatrin ofta både djupare kunskap och resurser för autism. Ett problem är att förutom diagnostik är insatserna soci-

alpsykiatriska och pedagogiska, inte läkemedel och samtalsbehandling. Arbete/sysselsättning är också av central betydelse. Flera av de ensamma som mördad har levt isolerade. Mannen som mördade två personer i Linköping, levde i en "isoleringscell". Han hade bott i sin lägenhet i tio år men ALDRIG haft besök!

Vi får komma ihåg att autism är en riskfaktor för våld men inte ensam orsak!

Fryshuset

Hörde på radion att Fryshuset i Stockholm hade en grupp med denna typ av personer. De hade alla en upplevelse av att ej ha blivit förstådda, men även illa behandlade under livet. När de planerade/utförde våldsdåd såg man det som att man "gav igen", och kraften i våldet skulle tydligt visa omgivningen hur svårt de själva haft det.

Mötet läkare – patient

Jag tror att vi med dessa patienter, vad gäller farlighet, måste sluta lita på frågeformulär. Vi måste använda *mötet*, och våga ställa frågor som:

- Flera personer som haft det som du känner hat mot samhället, gör du det?
- Om du skulle göra något konkret för att hämnas, vad skulle det vara?
- Har du tillgång till vapen?

Ju mer konkret personen tänkt, desto större risk för våldsamhet.

Uppväxttrauma

Fenomenet uppväxttrauma, lika gammalt som människan själv, har år 2018 fått en egen diagnos i ICD-11, Komplex PTSD. Men vi väntar sedan 7 år på att Socialstyrelsen ska över-sätta ICD-11 från engelska till svenska så vi kan börja sätta diagnosen i Sverige.

Den amerikanske psykiatern Basil van der Kolk var med och skapade PTSD år 1980. En stor anledning var de hemvändande Vietnamveteranerna som utsatts för, och själva utfört, djävul-ska våldsdåd. Dessa återupplevde ondskan hemma genom nya våldsdåd, bland annat dödsskjutningar mot okända. Mannen som mördade John Lennon på öppen gata lär ha varit en sådan. Kolk har en gång sagt att nästan alla intagna i rätts-psykiatri i USA har haft en hemsk barndom, och många uppfyller K-PTSD (tidigare DESNOS) och även PTSD, vilket ju enl. ICD-11 först ska vara uppfyllt.

Samarbete över gränserna

Grannlandet Finland har tyvärr hunnit skaffa sig mer erfarenhet av området mass- och skolskjutningar. Det vore väl dags att vi samordnade både forskning, utredning och åtgärder inom Sverige men även med vårt östra grannland. I Danmark har man också ökat samarbetet och minskat hindren runt dessa personer senaste tiden.

Dessa personer har en tendens att falla mellan våra olika stolar. Vi hamnar alltför lätt i att det är allas ansvar som tyvärr lätt förvandlas till ingens ansvar.

Jämtlandsfjällen väntar på dig!

”

*Med möjligheten att jobba
på distans och närheten
till fjällen kan jag starta
dagen med en topptur.*

Emma-Helena Fridell
Överläkare psykiatri

Just nu söker
vi överläkare till
vuxenpsykiatri



Jobba hos oss. En region för alla.
regionjh.se/psykiatri



En konkret åtgärd att börja med vore att förbjuda halvauto-matiska vapen. Det borde påtagligt minska antalet döda. Även jägare har kommit med denna tanke

Svante Bäck
Psykiater, pensionär
Västervik
SvanteMikael@gmail.com

Olle Hollertz
Psykiater, pensionär
Oskarshamn
libbershult@icloud.com
Foto: Svante Bäck

Dödligt våld och psykiska störningar

En överblick och implikationer av kliniskt intresse

Personer som är verksamma inom psykiatri är vana vid frågor om våld. Det är inte ovanligt att stöta på uppfattningen runtom i samhället att individer med psykiska störningar är farliga och att våld är vanligare bland dem än bland andra. Kliniker som arbetar inom psykiatrisk akutverksamhet har ofta en viss vana vid akuta bedömningar som föranletts av våldshandlingar.

Dödligt våld kan beskrivas som den yttersta våldshandlingen. Statistik gällande dödligt våld är generellt mer robust än statistik om våld i allmänhet, eftersom begreppet dödligt våld är välavgränsat och företeelsen som sådan nästintill alltid kommer att få straffrättsliga konsekvenser. Globalt är statistiken över dödligt våld 6 per 100 000 invånare per år (1). Antalet varierar dock kraftigt mellan olika länder, vilket framgår av figuren från FN:s Global Study on Homicide, fjärde upplagan (Figur 1). Metodmässigt används skjutvapen oftare i Nord- och Sydamerika, medan användande av vassa föremål eller andra metoder är vanligare i Europa och Asien (1). Globalt sett utgör män 90 % av förövarna och 80 % av alla offer för dödligt våld.

Dödligt våld förekommer ofta som en enskild kategori i kriminalforskning. Dödligt våld är dock mångfacetterat, och korrekt kategorisering är nödvändig för att bättre förstå dessa fenomen (2).

FN använder tre kategorier av dödligt våld:

- Dödligt våld relaterat till kriminell verksamhet (organiserad eller oorganiserad brottslighet) – cirka 25 % av alla fall.
- Interpersonellt dödligt våld (partnervåld eller våld utanför familjesammanhang) – cirka 30 % av alla fall.
- Sociokulturellt eller politiskt motiverat dödligt våld – cirka 9 % av alla fall.

I ungefär en tredjedel av fallen av dödligt våld saknas kategorisering på grund av otillräcklig information.

Att studera samband mellan psykiska störningar och dödligt våld har sina utmaningar, eftersom psykiatriska diagnoser omfattar allt från normala reaktioner vid sorg till svåra psykiska störningar. Med detta i bakhuvudet, kan befintlig forskning om psykiska störningar och dödligt våld sammanfattas i det följande:

Den typiska förövaren av dödligt våld lider inte av en allvarlig psykisk störning av sådan karaktär att hen skulle bedömas som otillräknelig och särbehandlas juridiskt (svensk motsvarighet:

en dom till rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse) (3, 4). Majoriteten av förövarna av dödligt våld har inte en psykisk störning i sin sjukdomshistoria (4–7). Psykisk ohälsa ökar dock risken att begå dödligt våld, särskilt bland kvinnor (3, 8, 9). Dödligt partnervåld uppvisar en annan karakteristik än dödligt våld relaterat till kriminell verksamhet eller sociopolitiskt motiverat dödligt våld. Kvinnor representerar två tredjedelar av alla offer för dödligt partnervåld. Andelen dödligt våld som utgörs av dödligt partnervåld i olika länder tenderar att vara mer stabil än andra former av dödligt våld (1). Förövare av dödligt partnervåld där offret är kvinna har sällan diagnostiserats med någon psykisk störning (10, 11) men uppvisar psykopatiska drag i högre grad än förövare av icke-dödligt våld i nära relation (12). Detta sagt, så finns visst stöd för att förövare av dödligt partnervåld där offret är en kvinna och där förövaren och offret har gemensamma barn, utgör en undergrupp med högre förekomst av psykiska störningar (13).

Substansbrukssyndrom och personlighetssyndrom är de vanligaste psykiatriska diagnoserna som förekommer bland förövare av dödligt våld (3, 4, 14–16). Det finns en association mellan psykossjukdomar och dödligt våld på gruppnivå (3, 4, 15–19). Effekten av psykossjukdomen i sig på risken för dödligt våld är omdiskuterad, och associationen har föreslagit orsakas av samexisterande faktorer såsom substansbrukssyndrom (16–18, 20, 21). Risken för att person med en psykossjukdom agerar med dödligt våld är högst under den första psykosepisoden (22, 23).

Vad medför denna samlade kunskap för vårdgivaren och klinikern?

1. Fokusera på att **förebygga** våld i stället för att försöka förutsäga våld. Vetenskapligt stöd för att förutsäga framtida beteende finns i princip enbart på populationsnivå, och trots detta uppmanas kliniker ofta att göra riskbedömningar på individnivå. Riskbedömningsinstrument, om än användbara, har i bästa fall måttlig prediktiv förmåga (24–27). Klinikerns uppgift och ansvar bör därför vara att tillhandahålla adekvata förebyggande åtgärder, inklusive evidensbaserade vårdinsatser och socialt stöd. Prevention, inte prediktion, är rätt väg att gå för att minska våldsbe-teende.
2. Aktiv identifiering och adekvat behandling av **substansbrukssjukdomar**. Tidigare studier har visat att behandling av substansbrukssjukdomar kan minska risken för återfall i brott (28–30).

3. **Tidig identifiering och behandling vid psykosinsjuknande**, samt adekvat behandling av psykosjukdomar. Behandlingsalternativet klozapin bör tas i åtanke, då det har antiaggressiva och riskreducerande effekter (31, 32).
4. Även om det finns ett samband mellan vissa psykiska störningar och våldsamma – eller till och med dödliga – handlingar, är det av vikt att komma ihåg att den stora majoriteten av individer med psykiatriska diagnoser aldrig kommer att utföra några våldshandlingar, än desto mindre dödligt våld (14, 33). Om något riskerar de själva snarare att bli brottsoffer (34). Kunskap om dessa omständigheter behövs för att kunna ge adekvat information till patienter,

anhöriga och allmänheten och **förhindra stigmatisering** av personer med psykiska störningar.

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm*

Referenser:

1. Crime UNoDa. Global Study on Homicide 2023. In: Crime UNoDa, editor. New York: United Nations; 2023.

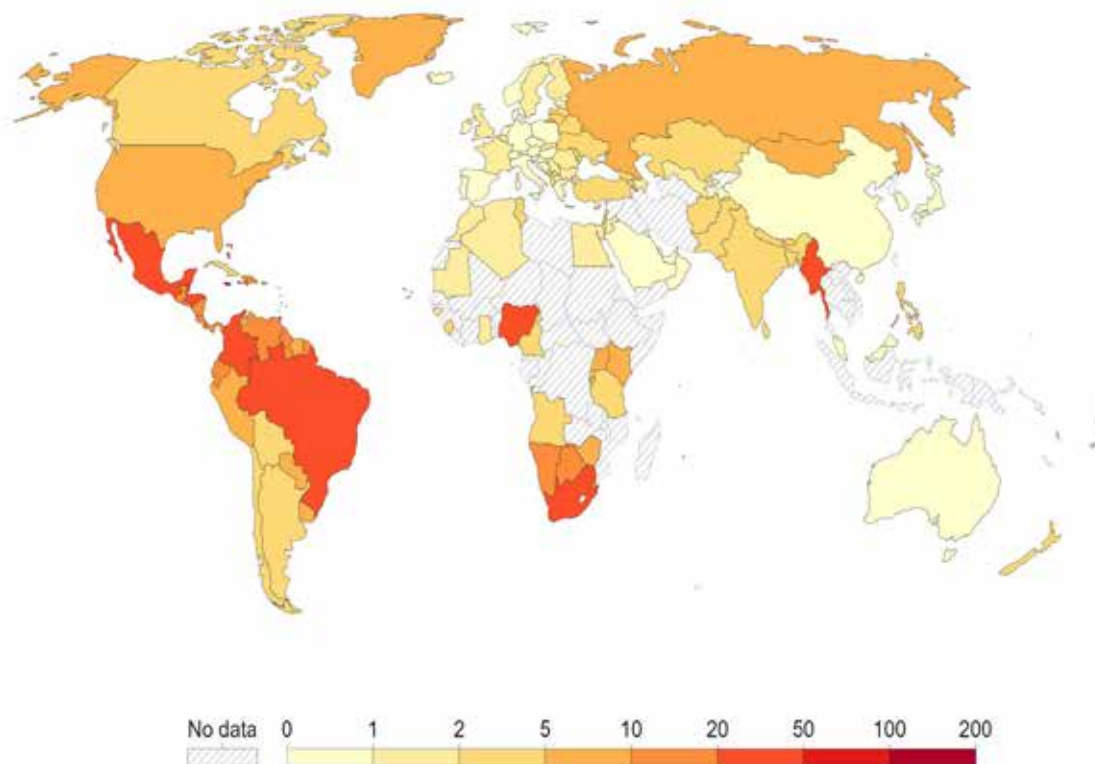
Övriga referenser: www.svenskpsykiatri.se

Figur 1.

Homicide rate, 2021

Annual number of deaths from homicide¹ per 100,000 people.

Our World
in Data



Source: United Nations Office on Drugs and Crime (2023)

OurWorldInData.org/homicides • CC BY

1. Homicide: The killing of a person by another with intent to cause death or injury.

Farligt att inte prata om farlighet?

Hur hamnade vi här och hur går vi vidare?

Farlighet då, för 40 år sedan, var mest på en personlig nivå:
Oron på hemvägen från arbetet, gjorde jag rätt bedömning vid samtalet kring självmord?

Avdelningspersonalens oro för att underläkaren var placerad höggravid på psykosavdelningen och de därför låste in henne på kontoret för att ordinera läkemedel till den agiterade patienten som lagts i bälte i avvaktan på det.

Farligheten att inte ha en överläkare att tillgå att rådfråga för denna var någon annanstans och forskade.

Farligheten att vara på psykakuten och bli hotad till livet – hörde det till den akuta sjukdomsbilden eller skulle det tas mer på allvar?

(Patienten som skrek att han visste minsann var jag bodde!)

Personal som misshandlades av psykotisk patient trots att vi just vunnit sjukvårdsområdets kvalitetspris för avdelningens utbildning om hot och våld. Farligheten kvarstod alltså trots detta?

Farlighet efter 40 år är nu mer på organisatorisk och patientsäkerhetsnivå:

Hur många vakanser kan mottagningen ha utan att det påverkar patientsäkerheten och arbetsmiljön?

Hur många organisationsförändringar och omstruktureringar som tagit de ekonomiska tilläggsanslagen har istället lett till fler besparingar? Har det inte också i praktiken istället lett till försmalningar av uppdraget istället för diskussioner som kan leda till en ökad förståelse, olika lösningar på patientens oftast komplexa problematik och livssituation.

Direktiven är att i majoriteten av patientärenden hitta en diagnos och en behandlingsmetod som hör till denna.

När riskerna med detta påpekas av medarbetare hamnar man i kylan och tystnad råder.

Hur hamnade vi här och hur går vi vidare?

Cecilia Gotby
Överläkare, leg psykoterapeut
BUP Stockholm

ANNONS

Är samhällets olycksbarn både offer och förövare?

Foto: Shutterstock/fizkes

Vi har sett en kraftigt ökande trend, i samhället under den senaste tiden, av att unga personer, i många fall barn, utför sprängdåd och skjutningar. Dessa barn, som är mest pojkar, är kanske många av dem som samhället svikit och exkluderat. Barn som kommer från resurssvaga hem, där de inte fått den omsorg och kärlek som de behövt för sin utveckling.

En del av barnen har troligen betydande funktionsnedsättningar av olika slag. Det kan vara NPF eller intellektuell funktionsnedsättning. Vissa barn har svåra psykiska störningar, som föräldrarna har svårt att klara av att hantera själva. Det kan handla om svåra impulskontrollstörningar och/eller aggressivt utagerande beteende. Vi läser ju om föräldrar som söker stöd och hjälp hos socialnämnd eller skola, men ofta inte får det, och som inte själva klarar av att ta hand om sitt barn. Redan i förskolan ser pedagogerna vilka barn som har problem och riskerar att hamna i utanförskap, kanske i kriminalitet och/eller missbruk.

Dessa barn får också ofta tidigt skolsvårigheter och får allt svårare att hänga med. Det är oftast svårt att få adekvat stöd från skolan, som har begränsade resurser, och där det krävs utredning och diagnos för att få stödet. Barnen har svårt att hitta kompisar och att anpassa sig.

Så småningom hamnar de i utanförskap och ger upp och börjar utebli från skolan.

De hamnar då i en riskzon och kan lätt sugas upp av kriminella. Där blir de sedda och känner viss tillhörighet.

Barnen som utför kriminella handlingar verkar ofta livrädda samtidigt. De förstår inte vad de gör och vågar kanske inte säga nej? Det känns nästan som de vill åka fast, att det är ett rop på hjälp. I häktet är det lugnare och det finns vuxna att prata med och få stöd av. Vi får verkligen hoppas att dessa barn, som samhället på många sätt svikit, kan få en andra chans i fängelset, till skolgång och bra omvårdnad. Att våga få känna sig lite trygga. Barn som inte har fått det extra stöd de behövt. De känns så ensamma, sköra och övergivna. Hade de fått extrastöd redan i förskolan och i skolan, så hade de haft större chans att klara sig och kunnat bli en del av samhället.

Samhället måste tidigt satsa resurser på dessa sårbara barn, så att de känner sig delaktiga och trygga och klarar av de uppgifter de får. Kanske också att de får känna sig lite älskade. Forskningen har visat att föräldrautbildning inte kostar speciellt mycket, men har stor effekt och ger stora ringar på vattnet. När man ser bilder på dessa barn i media, känner man deras rädsla och längtan efter en kram och trygghet. Jag får en känsla av att de ser fram emot att få ett fängelsestraff, som skydd och för att få lugn och ro. Vi får hoppas att tiden i fängelset ska leda till något gott och en positiv utveckling, och att det görs en bra planering vid utskrivningen. Att barnen inte bara lämnas vind för våg. Att samhället här tar ett ansvar, för våra sköraste barn och ungdomar.

Astrid Lindstrand
Pensionerad psykiater
Stockholm

Vem kan vårda den farliga patienten?

Året är 2008. Det är sommarlovet mellan terminerna nio och tio vilket öppnar för det första underläkarvikariatet. Psykiatriska kliniken söker efter kandidater som vill arbeta och jag får arbete på akutmottagningen. De första veckorna följer alla patienter med mig hem i tankarna. Jag sover dåligt, gråter en skvätt ibland och känner en enorm uppgivenhet över de öden som möter mig varje dag. Patienter kommer självmant för det mesta men ibland med kriminalvård eller polis. De sistnämnda brukar de legitimerade kollegorna bedöma men jag vill gärna följa med. Det är något speciellt med den gruppen patienter som väcker min nyfikenhet. De svårast sjuka hamnar på PIVA och jag arbetar även där en del av vikariatet. De flesta mår bättre och kan återgå till sin öppenvårdsmottagning, men enstaka är så våldsamma och svårhanterliga att resurserna inte räcker till. Jag märker hur enstaka patienter inte kan hanteras på ett säkert sätt. Kan rättspsykiatrin tänka sig ta över någon LPT-patient?

Sommaren året därpå är det högtidlig avslutning av grundutbildningen och också läge att börja jobba ordentligt som färdig läkare. I närheten av hemmet ligger en rättspsykiatrisk klinik där jag under vårterminen innan befunnit mig för att skriva examensarbete, nu ska jag börja träffa patienter. Jag möter en kursare som undrar varför jag vill arbeta där – patienterna är ju kroniker. Vem kan hjälpa dem? I mitt underläkararbete ger jag främst somatisk vård av enklare typ och så spelar jag pingis med patienterna på akutavdelningen. Jag trivs riktigt bra.

Tiden går. Allmäntjänstgöringen förlängs av forskning inom rättspsykiatri. Jag läser rättspsykiatriska undersökningar och försöker få statistikprogrammet att avslöja vilka bakgrundsfaktorer som utgör de viktigaste riskfaktorerna för återfall i brott. Regressionsanalyserna antyder med inte särskilt smickrande p-värden att tidiga svårigheter så som avbruten skolgång och svår psykisk sjukdom hos föräldrarna är prognostiskt negativa. Jag tittar på siffrorna. Vad betyder det här? Vilka är personerna bakom koderna och vilka var deras förutsättningar i livet? När kvalitativa data pressas ihop till siffror i syfte att statistiska samband ska kunna utforskas försvinner också individuella detaljer som utgör en människa.

Det är dags för ST-tjänst i vuxenpsykiatri. Det går bra för de allra flesta patienterna jag möter men ett litet fåtal försvinner från min mottagning. De kommer inledningsvis till PIVA men inte ens med intensiva insatser lyckas symtombelastningen minska. Efter utagerande beteende kommer till slut en dom till rättspsykiatrisk vård. Nu måste någon annan fortsätta ge patienten vård, någon annan stans. Jag inser att de där patienterna som fångar min uppmärksamhet vårdas på den rättspsykiatriska kliniken. De där personerna som behöver extra mycket vård och uppföljning flyter genom mottagningar, avdelningar och vidare till säkerhetsavdelningar. Jag följer efter och söker en andra ST-tjänst på den rättspsykiatriska kliniken för att bli

dubbelspecialist. Ett år av slutenvård, ett år av rättspsykiatriska undersökningar vid Rättsmedicinalverkets utredningsenhet i Stockholm och ytterligare ett halvår av öppenvård låter mig ta till mig den kompetens som bäst ger förutsättning för arbetet med min grupp patienter. Jag har faktiskt börjat tänka så. Det här är mina patienter.

Två och ett halvt år senare är jag klar med både disputation och randningar. För andra gången skickas det in ett tjockt kuvert till Socialstyrelsen med ansökanshandlingar. Jag söker tjänst på en regionklinik eftersom det visar sig att det även inom den rättspsykiatriska vården finns särskilt utagerande patienter som är i behov av en hög nivå av omhändertagande och att de inte kan vårdas på mitt lokala sjukhus. På min nya arbetsplats på en intagningsavdelning tar jag emot personer dömda till rättspsykiatrisk vård men också häktade och fängelsedömda. Gemensamt för dem är förekomst av svår psykisk sjukdom men även en påfallande utagerandeproblematik med ofta återkommande bruk av hot och våld. Inte sällan är indexbrotten grova och det finns ofta också en lång historisk kontakt med vuxenpsykiatri där resurserna inte räcker till för att stabilisera en mångfaceterad problematik. Utmattade anhöriga beskriver oro över att ha sett sin familjemedlem tilltagande försämrats samt sorg över att oskyldiga drabbats av våld för att vårdresurser ska bli tillgängliga.

Min utbildning, forskning och arbetslivserfarenhet ger mig att den rättspsykiatriska patienten i slutänden inte nödvändigtvis bäst beskrivs i termer av farlighet utan snarare som särskilt belastad med en påfallande svår form av psykisk sjukdom och låg psykosocial funktion. Behovet av särskilt anpassad vård krävs för att symtombördan och våldriskerna ska tillfredsställande sänkas, vilket medför att det därför är särskilt viktigt att resursstark rättspsykiatri fortsatt kan finnas som mottagande vårdgivare. Som behandlande läkare förhåller jag mig ödmjuk inför de utmaningar som patientgruppen medför men också tacksam över att ha fått möjligheten att få vara ansvarig och närvarande i min del av vårdkedjan. Med rätt resurser är arbetet mycket givande.

Hedvig Krona

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri, med. dr., Växjö
Vice ordförande och vetenskaplig sekreterare i SRPF*



Ungdomar med farligt beteende mot sig själva

Nationell högspecialiserad vård (NHV) för barn och unga med svårt självskadebeteende

Nationell högspecialiserad vård för svårbehandlat självskadebeteende inom BUP

BUP Stockholm bedriver sedan januari 2023 nationell högspecialiserad vård (NHV) för barn och unga med upprepat svårbehandlat självskadebeteende. Syftet med NHV är att bedriva och utveckla vården och behandlingsmetoderna för barn och unga med komplexa behov där multiprofessionella insatser på flera nivåer behöver komma till.

Målgrupp för behandling är barn och unga med komplex psykiatrisk problematik och upprepat, livshotande självskadebeteende, i behov av skydd mot destruktiva handlingar i en heldygnsvårdsmiljö. Målsättningen är att minska potentiellt livshotande beteende, minska användandet av tvångsvård och tvångsåtgärder, sänka vårdnivån samt öka funktionsförmågan över tid.

Det finns idag fyra NHV-vårdplatser av totalt tio vårdplatser på en av BUP:s heldygnsvårdsavdelningar som är lokaliserad på Södermalm. I korthet innebär NHV DBT-behandling i en heldygnsvårdsmiljö där metoden är tänkt att genomföra alla delar av patientarbetet.

Ungdomar med farligt beteende mot sig själva – problem-bild självskada

Det gemensamma för ungdomar aktuella för NHV-vård, är självskadebeteende med eller utan suicidavsikt: att på olika vis åsamka sig själv skada genom att skära sig, bränna sig, slå sig själv, ta överdoser av läkemedel, svälja föremål eller att avsiktligt utsätta sig för livsfarliga situationer. Självskadebeteende i suicidalt och icke-suicidalt syfte kan finnas hos en och samma ungdom och funktionen av självskadan varierar. I linje med vad tidigare studier visat (1,2,3), är vår kliniska erfarenhet att självskadebeteende utan suicidavsikt ofta kan fylla ett emotionsreglerande, självbestraffande eller kicksökande syfte.

Beteendet leder till lidande för barnet och dess närstående, stort behov av insatser från somatisk och psykiatrisk vård samt sänkt funktionsförmåga över tid (1,2). Även om självskadebeteendet inte primärt sker i suicidalt syfte, kan följderna av beteendet leda till dödliga konsekvenser. Risken för fullbordat suicid är förhöjd bland ungdomar med självskadebeteende (2,3).

NHV-behandling av självskadebeteende inom BUP heldygnsvård

Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård i Sverige utgörs av cirka 150 vårdplatser fördelade på 17 regioner. Antalet vårdplatser i varje region är begränsat och tre regioner har inga egna heldygnsvårdplatser för barn och unga. Det leder i dessa regioner till andra lösningar där patienterna antingen får vår-

das med andra patientgrupper inom till exempel barnmedicin eller vuxenpsykiatri, eller vårdas i en annan region (4).

Effekterna av vården och de insatser som den innehåller är bristfälligt undersökta, men indikationer har visat att BUP:s heldygnsvård i sin traditionella form haft svårt att möta och behandla patienter med självskadebeteende (5). Ofta finns en hög grad psykiatrisk samsjuklighet och social problematik där det behövs samverkan mellan flera vårdnivåer och mellan olika aktörer. Vård inom barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård har ofta bestått i att aktivt förhindra självskada genom tvångsvård (5), medan långsiktig psykologisk behandling främst skett inom öppenvård. Det finns flera strukturerade behandlingsprogram som har visat sig effektiva i behandlingen av självskada och en av dessa är dialektisk beteendeterapi (DBT) i öppenvård (6). DBT syftar i korthet till att stärka färdigheter för att kunna reglera starka känslor utan att självskada, bygga varaktiga fungerande relationer och skapa bättre förutsättningar för ett meningsfullt liv värt att leva.

Regionernas förmåga att erbjuda sådan behandling inom BUP varierar över landet. För minderåriga med allvarligt, upprepat självskadebeteende i behov av heldygnsvård kan DBT i öppen- eller mellanvård vara otillräckligt. En konsekvens av regionernas svårigheter att behandla unga med självskadebeteende, är att vissa barn placeras utanför hemmet i socialtjänstens boenden där det finns utmaningar att genomföra barnpsykiatriska insatser.

Arbetet på avdelningen

NHV-arbetet sker i ett multiprofessionellt team med DBT-psykolog, sjukhuskurator, specialistläkare, undersköterskor och specialistsjuksköterskor. Till skillnad från traditionell vård har patienten och dess närstående här en hög grad av inflytande över vården och dess behandlingsmål. Omvårdnadspersonalens arbete spelar en central roll, där de med ett validerande, icke-dömande förhållningssätt hjälper till att deskalera krissituationer och att konkret hjälpa patienter att använda effektiva färdigheter i stället för att självskada. Det erbjuds möjligheter för praktiska interventioner i stunden efterföljt exempelvis av kedjeanalyser, krisplanering och fortsatt övning i känsloregleringsstrategier. Terapin utformas utifrån patientens individuella behov och kan kompletteras exempelvis med traumafokuserad terapi.

För att minska sårbarhetsfaktorer som ökar risken för emotionell dysreglering och i längden självskada, introducerar avdelningen tydliga ramar för regelbunden dygnsrytm, aktivitet, måltider och vila. Ett individuellt anpassat och strukturerat vårdprogram i upp till tre månader tillämpas, innefattande

individualterapeutiska DBT-sessioner samt färdighetsträning individuellt eller i grupp varvat med återhämtning och beteendeaktivering.

Närstående genomgår parallell DBT-anhörigutbildning och övar färdigheter för att stötta ungdomen att nå sina mål. På sjukhusområdet finns lägenheter där långväga anhöriga kan tillbringa helger och erbjuda aktiviteter för sitt barn under permissionsträningen längre fram i behandlingen. Permissioner uppmontras och ses som en naturlig del i att slussas ut till en meningsfull vardag utanför sjukhusinrättningen. I takt med att patienterna lyckas be om hjälp vid försämring och hålla sig till vårdöverenskommelse, får de successivt alltmer eget ansvar och utgångar på egen hand.

Om möjligt, inleds skolgång i vår sjukhusskola, Panoramaskolan. Aktiviteter utöver DBT erbjuds enligt individuell bedömning och kan exempelvis vara pyssel, film eller att spela instrument. Bildkonst och dramapoesi erbjuds och utgör olika sätt att använda sig av kreativa uttrycksätt för att uppmärksamma och reglera känslor. Utanför avdelningen finns möjlighet att exempelvis träffa terapihund, häst, spela basket eller utöva annan fysisk aktivitet, ta promenader eller vistas på kolonilotten som finns i anslutning till våra lokaler.

En genomgående linje i arbetet är att ha ett kontinuerligt samarbete med hemregionen för att skriva ut patienten till en bättre, mer anpassad vardag. I slutet av behandlingen integreras hemregionens parter alltmer för att skapa en trygg och förutsägbar utslussningsfas. Efter utskrivning hålls uppföljande möten med patienten med regelbundna träffar digitalt upp till ett år efter avslutad behandling.

Läkarrollen

I rollen som läkare på NHV-enhet ingår att förstärka friskt beteende och en strävan att överföra ansvar och inflytande över vården till ungdomen själv samtidigt som det också krävs viktiga riskavvägningar, medicinska utvärderingar, somatisk behandling och differentialdiagnostiska överväganden gällande patientens komplexa psykiatriska problematik.

Det finns idag ingen evidensbaserad läkemedelsbehandling mot självskadebeteende (7). Om läkemedel är indicerat, riktas det in mot behandling av psykiatrisk samsjuklighet och på så vis minskas eventuella sårbarheter och orsaker till självskada. En fördel med NHV-insatsen är att det finns tid för medicinsk utvärdering med översyn av läkemedelsbehandling. Tillfälle ges även att bedöma en komplex symptombild över tid och rikta in såväl medicinska som psykologiska insatser utifrån patientens samsjuklighet.

Majoriteten av patienterna inom vårt NHV-uppdrag har tidigare erfarenheter av att vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) där tvångsåtgärder som fastspänning, avskiljning och läkemedelsbehandling mot patientens vilja förekommit. Tvångsvård, åtminstone initialt eller under korta perioder, ska inte utgöra ett hinder för NVH, samtidigt är det viktigt att patienten själv är motiverad till förändring inom ra-

men för behandlingen eller åtminstone kan ha som mål att bli det så att tvångsvården kan skrivas av under vårdtiden.

NHV BUP – erfarenheter hittills

Vi har hittills behandlat ett tiotal ungdomar i åldrarna 14–17 år. Patientunderlaget är för litet för att redovisa behandlingsresultat, men några slutsatser har vi dock kunnat dra efter första årets erfarenheter.

Att systematiskt arbeta för att skapa en allians och förutsättningar för att bedriva vården frivilligt och därmed motverka alla former av tvång, har visat sig vara avgörande för hur behandlingen har fortlöpt. Majoriteten av patienterna har under hela vårdtiden vårdats på enheten frivilligt, enligt HSL där tvångsåtgärder inte behövts. Frekvens och allvarlighetsgrad av självskadan har avtagit under behandlingens gång, i takt med patientens stigande färdigheter, identifiering av triggers, krishantering och med omvårdnadspersonalens hjälp i stunden. Självskadebeteende har förekommit på avdelningen, men inte i den omfattning som vi förväntat. Sedan enheten startade NHV har inte tvångsåtgärder ökat.

Vid utskrivning har vi sett tendensen till ett minskat vårdbehov och på lägre nivå än tidigare, med färre heldygnsvårdstillfällen än före behandlingsperioden. Ingen patient har ökat sitt självskadebeteende och patienter som tidigare ej kunnat ta emot vård frivilligt har gjort det. Tvärtemot initiala farhågor om smittoeffekt mellan patienter har vi hittills inte kunnat se den tendensen.

Vägen framåt för barn och unga

Effekter av psykiatrisk vård och behandling av unga med självskadebeteende är till viss del, men ännu ej fullt undersökt. I takt med att behandlingsupplägget utvecklas, är förhoppningen att kunna samla tillräckligt med mätdata, kvalitetsmätt för att undersöka detta vidare och på ett tillförlitligt sätt analysera de resultat vi hittills sett. Vår avsikt är att kunna bidra med ökad kunskap och förbättrad vård för ungdomar med farligt beteende mot sig själva. Vi hoppas att kunna ta emot fler patienter med komplex problematik från alla delar av landet. Hur remittering av minderåriga till NHV självskada går till och specifika krav för remissinnehåll finns på bup.se.

Anna Berneth

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Haldygnsvård, NHV-enhet, Region Stockholm (anna.berneth@regionstockholm.se)

Jaana Lignell

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, medicinskt ledningsansvarig för sektion Akut- och heldygnsvård, Region Stockholm (jaana.lignell@regionstockholm.se)

Referenser: www.svenskpsykiatri.se

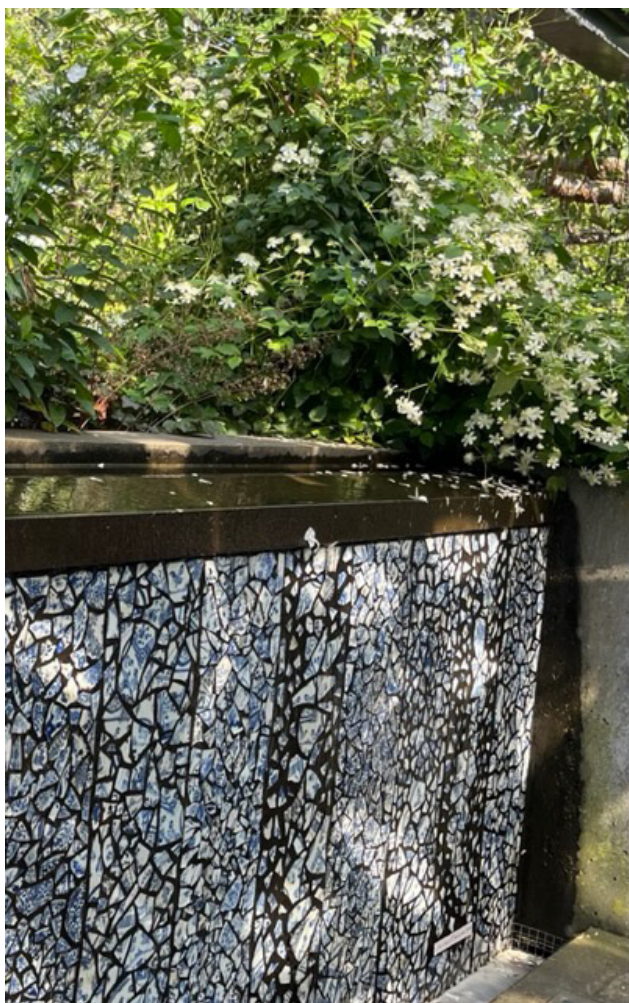


Mörkret inom oss Några reflektioner

Tänk om det kanske är våra egna inre och innersta mörka skrymslen och vrår – som kan bli det mest Farliga....

I så fall har ju t ex vi inom psykiatrin en mycket viktig uppgift i att kunna bidra med våra kunskaper – även inom samhällets allmänt övergripande nivåer.

”En nyfikenhet på det okända” behövs – citatet taget ifrån en nyligen läst beskrivning av hur konstnären Bård Breiviks skulpturprojekt med sviten *Partitur för ett längre samtal* kom att utföras i ett samarbete med olika typer av kulturutövare, inom andra områden än hans egen nisch. En del av detta konstverk finns permanent uppsatt på en vägg innanför östra entrén till sjukhuset i Umeå.



Från innersta hörnet av en "bassängvägg" där vatten sakta rinner ner över ihopfogade porslinskärvor från Östasiatiska Kompaniets förlista skepp – nu komma "till liv" inom denna lilla Den Sjunkna Trädgårdens skapelse av Nina Thalinson, art director och grafisk formgivare, samt arkitekt Gert Wingård.

Att även kunna hantera våra mer eller mindre realistiska räds-
lor – för att på så sätt få tillgång till ett mod att våga titta in i
dessa våra mörka(ste) vrår. Att så att säga vilja ta ut trollen från
mörkret.

Det växer ju även fram alltmer teoretiska kunskaper inom psy-
kiatri via den moderna forskningen – inom detta tidigare, och
av naturliga skäl, då klart mer utforskade fält.

Tack vare teknikens snabba utveckling har nya metoder kom-
mit forskningen till del och kunnat användas konstruktivt för
att t ex kunna avbilda och aktivitetsregistrera våra hjärnors
olika områden inklusive dessas funktioner på ett mycket mer
detaljerat sätt. Numer kan man även mycket mer precisions-
mässigt mäta och registrera våra hormonella svar på olika slag
av påverkan och stimuli.

Och apropå att ta in kunskaper ifrån andra områden än sitt eget
professionella kom jag att lyssna på ett givande samtal med för-
fattaren Carl Henrik Svenstedt med anledning av utgivningen
av hans nya bok *Färdskrivare: underrättelser från samtiden* – ett

urval av hans dagboksanteckningar 2013–2023 som han även
förmedlade i form av veckobrev, på Facebook, i en önskad dia-
log med sina läsare. Personligt skrivna, dock ej privata, d v s
tänkta att ha större allmängiltigt intresse.

Tyckte den beskrivning jag kom att läsa om boken inför sam-
talet med författaren, uttryckte hans arbetssätt som tilltalande
och konstruktivt för att kunna fånga upp det "Farliga" i sam-
hället:

"Färdskrivaren far genom landet med skarp blick och
vässad penna. Han iakttar hur landet ligger och spanar
efter rörelser på ytan som kan avslöja förändringar på
djupet. Han noterar och redigerar och sänder sen varje
vecka ut sitt nyhetsbrev som ska hålla läsekretsen á jour
med sin omvärld."

Som en av ständigt möjliga olika typer av processer att kunna
inspirera oss...

Och för min del dyker ett minne upp ifrån en vistelse i Göte-
borg under några riktigt varma dagar i början av september,
där jag var för att lyssna på en kvällsföreläsning i Göteborgs
Litteraturhus, med den lite provocerande rubriken *Om Ond-
skan* – bra arrangerat av en sidogren till SPF, Svensk Förening
för Filosofi och Psykiatri.

Fem föreläsare gav oss olika infallsvinklar på detta svårgripbara
begrepp – från olika sätt genom historien att kategorisera vad
Ondska innebär, till några mer fördjupande religionsfiloso-
fiska perspektiv. Därefter berättade två forskande rättspsykia-
triska psykologer, verksamma i Göteborg, om sina kliniska och
forskningsmässiga erfarenheter inkluderat t ex diagnostik – där
de ju inte alls använder sig av begrepp som Ondska.

Avslutningsvis tog en föreläsare upp Ondskan ur ett litterärt
perspektiv med exempel ifrån olika genrer.

Jag kom nog speciellt att fastna för frågeställningen som togs
upp inom det fördjupande filosofiska perspektivet: Om det är
möjligt att kunna hålla kvar två motstridiga tankar inom oss
samtidigt – och därmed kunna "stå ut" med ambivalens och
osäkerheter...

Hade därefter en njutbar dag inom Trädgårdsföreningens om-
råde där jag kom att upptäcka en mindre, lite avskild del, med
namnet Den Sjunkna Trädgården, som nu och då dyker upp
i minnet. Nu tänker jag att detta fenomen är både drömmen
om och en längtan efter, samt även en vilja, att kunna fortsätta
att söka efter det sköna/vilsamma som också finns inunder och
bortom det Farliga....

Ann Söderqvist
Pensionerad psykiater
Stockholm



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Utbildningsutskottet fortsätter detta år med att följa och bevaka utvecklingen av utbildningar: från grundutbildningsnivå till ST och vidare fortbildning för specialister. Där många av er säkert redan har märkt av ändringarna i den nya läkarutbildningen med studenter som gör "Entrusted professional activities" som del i sin kliniska placering, samt att det börjat dyka upp fler och fler BT-läkare.

SPF, via utbildningsutskottet, fortsätter att arbeta framförallt för fortbildning för specialister. Där vi är med och medverkar i bl.a. arbetsgrupper för att ta fram en SPUR-modell för granskning av klinikers fortbildning och SPF:s individuella studieplan för specialister som visas här intill samt finns i digital version på vår hemsida svenskpsykiatri.se. Den individuella fortbildningsplanen är tänkt att vara ett komplement till det årliga medarbetarsamtalet samt ett stöd för specialistläkares fortbildning och kompetensutveckling, vad som är relevant för individens och verksamhetens behov. Så är du specialist passa på att kika på den och ta med den till ditt nästa medarbetarsamtal för att planera för just dina fortbildningsaktiviteter för 2025!

Ett annat fortbildningstips är SPF:s Kunskapstest 2025 som erbjuds under SPK. Gör testet och passa på att testa och bredda dina allmänpsykiatriska kunskaper!

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU



Matilda Naesström
Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet

ÅRLIG INDIVIDUELL FORTBILDNINGSPÅN FÖR SPECIALISTLÄKARE

Namn:

Datum:

Fortbildningsplanen syftar till att ge specialisten goda förutsättningar för livslångt lärande och professionsutveckling, för att kunna bidra till högkvalitativ vård och en god arbetsmiljö.

Behov/utvecklingsområden för närmaste året:		
PLANERING för aktiviteter (vad, hur, när?)	Sign av chef	UTFALL (vad har genomförts och hur blev det?) <i>Rekommenderad uppföljning av utfall: 1 år efter utfärdat datum.</i>
Medicinsk fortbildning/kurser:		
Medverkan i vetenskapliga konferenser:		
Förbättringsarbete:		
Handledning/Mentorskap:		
Undervisning:		
Vetenskapligt arbete:		
Förening/nätverks aktiviteter:		

GUIDE

Den individuella fortbildningsplanen är tänkt att vara ett komplement till det årliga medbetarsamtalet samt ett stöd för specialistläkares fortbildning och kompetensutveckling vad som är relevant för individens- och verksamhetens behov.

Läkarförbundets fortbildningspolicy:

Varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan som revideras årligen. Fortbildningen ska ha medicinskt fokus och inte organisatoriskt eller administrativt. Läkare ska ha en god lärandemiljö med tid för kollegial dialog, eftertanke, kunskapsöverföring och informationssökning. Alla specialistläkare ska kunna avsätta minst en halv dag i veckan sammanlagt för internutbildning och egen fortbildning samt minst 10 dagars extern fortbildning per läkare och år.

Exempel på aktiviteter:

Medicinsk fortbildning/kurser:	Deltaga i relevanta utbildningar, tid till egenstudier, SPFs kunskapstest, medverkan i katastrofövningar.
Medverkan i vetenskapliga konferenser:	Deltagande i regionala, nationella och internationella utbildningar och kongresser.
Förbättringsarbete:	Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbete. Auskultation/tjänstgöring utanför ordinarie arbetsplats inom eller utanför kliniken, , Utformning av PM och riktlinjer
Handledning/Mentorskap:	Reflektion i kollegial grupp tex under läkarmöten. Medsittning av och med kollegor. Utvecklar kunskaper och färdigheter för kompetensbedömning av kollegor och studenter under utbildning. Handledning och kompetensbedömning av studenter, kollegor och medarbetare.
Undervisning:	Undervisning av studenter, kollegor och övriga medarbetare. Skapande av läromedel eller kurser.
Vetenskapligt arbete:	Leda, delta i eller bidra till forskning.
Förening-/nätverks aktiviteter:	Delta i aktiviteter inom specialistföreningsverksamheter, relevanta nätverk eller patientföreningar.



Foto: Shutterstock/PeopleImages.com - Yuri A

Fråga experten på SPK!

Torsdagen den 13 mars hålls det två expertseminarier på Svenska Psykiatrikongressen:

Fråga experten Beroendetillstånd

H2 kl. 14.00

Fråga experten Rättspsykiatri

G1 kl. 15.15

För detaljerat program se svenskapsykiatrikongressen.se.

Välkomna att ställa frågor kring klinisk handläggning och behandling av patienter och tillstånd och få svar av en panel av erfarna experter!

Maila gärna frågor till

Joar Guterstam (Beroendetillstånd) joar.guterstam@ki.se

Peter Andiné (Rättspsykiatri) peter.andine@gu.se



Del i mottagning på Kungsholmen uthyres!

T STADSHAGEN

sanktgoransgatan159@gmail.com

Rättelse

På sidan 64 i Svensk Psykiatri nr 4/2024 (Gustaf Almenberg *Om behovet och framväxten av ett nytt komplementärt psykiatriskt paradigm*) hade bokstaven g försvunnit från författarens mejladress i underskriften. Korrekt adress är gustaf.almenberg@gmail.com.



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 2026.
Vill du nominera någon till priset?
Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2025.
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 Sällskapet för Bipolär Sjukdom – SSBS

Bipolar Update 2025



Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SSBS) anordnar ett kostnadsfritt webinarium för sina medlemmar och bipolärintresserade medarbetare på tisdag den 6 maj kl. 14-16.

Datum: Tisdag, 6 maj, 2025 kl. 14:00-16:00

Zoomlänk: <https://gu-se.zoom.us/j/66652893197>

Program

14:00 Välkomna!

Ordförande Katrin Skogberg Wirén

14:15 Mixed states: Fenomenologiska och behandlingsaspekter

Sofia Olsson, överläkare, Lund

14:45 Biologiska markörer inom psykiatri

Andreas Göteson, ST-läkare, doktorand, Göteborg

15:15 Mörkerterapi vid bipolär sjukdom

Tone E. G. Henriksen, överläkare, med.dr, Valen Sjukehus, Norge

Anmälan skickas till ssbs.sverige@gmail.com

Varmt välkommen!

SSBS SVENSKA
SÄLLSKAPET FÖR
BIPOLÄR SJUKDOM

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SSBS)

Miss inte SSBS:s vårmöte vid SPK 2025

Sällskapetets vårmöte äger rum under Svenska Psykiatrikongressen (SPK) den 12 mars kl 13-16 i rum J2 på Svenska Mässan i Göteborg. Utgångspunkten för mötets föredrag är de nya reviderade SPF-riktlinjerna om bipolär sjukdom.

Program:

- Vad är nytt och vad är hett?, Mats Adler & Katrin Skogberg Wirén
- Farmakologisk behandling av bipolär sjukdom, Sofia Olsson
- Psykoedukation och terapeutiska interventioner, Lisa Lövgren, Timea Sparding
- Hjärnstimulering vid bipolär sjukdom, Robert Bodén
- Etiologi bakom bipolär sjukdom, Benny Lidberg
- Evidensbaserad heldygnsvård vid bipolär sjukdom, Michael Ioannou

SSBS Årsmöte:

Årsmötet hålls i annan lokal (rum R4) vid 16:15. Separat kallelse med dagordning kommer.

OBS: Man behöver föränmäla sig snarast till Stina Djurberg (stina.djurberg@buf.se). Man får nämligen inte komma in på Svenska Mässan utan en namnbadge. Namnbadgen hämtas när man registrerar sig vid ankomst till Svenska Mässan.

SSBS Mingel: Alla medlemmar och bipolär-intresserade är välkomna till vårt årliga mingel, som hålls på restaurang Mercado Mexico kl. 18:30 till självkostnadspris. Mer information kommer.

Plats: J2 på Svenska Mässan i Göteborg.
Tid: onsdag, 12 mars kl. 13-16

Grattis SPF



År 1905 grundades Svenska Psykiatriska Föreningen och i år fyller vi redan 120 år. Det vill vi förstås fira med er och vi kommer att särskilt uppmärksamma det under invigningen av SPK 2025, med en hyllning till Ing-Marie Wieselgren som personifierade SPF:s två ledord – *Vetenskap och humanism*.

Vi vill också passa på att samla in fler historiska dokument till vår hemsida. Just nu finns en *Lägesrapport från SPF 1992* som skrevs av dåvarande styrelse i anknytning till psykiatrireformen, under den tid då hedersmedlem Marie Åsberg var ordförande. Väl värd att läsa även idag för att se vad som skiljer sig från dagens svårigheter. Vidare höll hedersmedlem Lennart Wetterberg en historisk exposé under 100-årsjubileet i Vadstena 2005, även den upplagd på hemsidan under historiska dokument www.svenskpsykiatri.se.

Men vi vill fylla på med mycket mer då vi behöver historien för att förstå nuet och ta avstamp mot framtiden. Vi önskar oss därför som en födelsedagsgåva till oss alla att du som har historiska dokument du vill dela med dig av, skannar in dem och skickar till oss styrelsen@svenskpsykiatri.se

Vi planerar vidare, förutom att stärka våra historiska dokument på hemsidan, att också samla in fler i skrift under året och stärka vårt arkiv som vi planerar att flytta till Svenska Läkaresällskapet. Om du har skriftliga dokument du vill donera, som kan bidra till att bevara SPF:s historia till nya generationer, hör då också gärna av dig till oss i styrelsen.

Som förening har vi nu funnits i 120 år vilket ger mycket erfarenhet och kunskap att bygga vidare på, säkerligen mycket att lära av. Frågan är nu hur vi vill att den psykiatriska framtiden ska utvecklas? Jag frågade några hedersledamöter vad deras vision för svensk psykiatri de närmaste 20 åren är och fick några inspirerande svar.

Ser fram emot att jobba vidare mot SPF:s vision *En världsledande psykiatri* och att vi når dit tillsammans via fortsatt utveckling av vetenskap, utbildning, etik och kvalitet i föreningen.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Min vision för svensk psykiatri de närmaste 20 åren



Stina Djurberg

Svensk psykiatri de kommande åren kommer förmodligen att präglas av en kombination av ökad tillgång till vård, digitalisering, patientcentrerade metoder och ett starkt fokus på forskning och förebyggande insatser. Genom att kontinuerligt anpassa vårdmodeller och insatser kommer psykiatrin att kunna erbjuda mer skräddarsydda lösningar för individer som lider av psykisk ohälsa.

- Förbättrad samverkan mellan primärvården och psykiatrin
- Digitalisering och teknik och appar för psykisk hälsa, telepsykiatri och e-terapi.

- Forskning och evidensbaserade behandlingar kommer fortsätta att utvecklas. Det inkluderar nya läkemedel och terapeutiska metoder.
- Starkare betoning på patientcentrerad vård
- Brukarsamverkan
- Utbildning och kompetensutveckling
- Fokus på preventiv vård
- Minskning av stigma



Herman Holm

Vändningen skedde hos oss i Sverige. När vi på allvar lät patienten kliva fram som ett eget subjekt! Förr räknade vi ihop antalet symtom som samlades till ett allt större antal syndrom. Nu är psykiatrin en mötesplats för patienten som subjekt där vi tillsammans försöker förstå och bland annat ge mening åt lidandet patienten bär på.

Efter repriserna på DSM-III kom inget DSM-6. I stället har ICD-12 revolutionerat synen på psykiskt lidande. Psykofarmaka används på ett klokare sätt idag jämfört med på 20-talet. Ökad förståelse, prevention, rehabilitering och egenvård har bidragit till en friskare befolkning och en starkare psykiatri.



Tore Hällström

En stor mängd nya läkemedel har utvecklats med hjälp av AI, vilka används om 20 år med stor framgång vid de flesta psykiatriska tillstånd. Läkemedlen fungerar ofta transdiagnostiskt och inriktar

sig på att normalisera en rad patofysiologiska förändringar som tillsammans med (epi)genetiska faktorer medierar risk för sjukdomsutveckling. Behandlingen följs genom blodprovstagningar och skattningar av symtom, biverkningar och funktionsnivå. Data om biomarkörer och klinisk bild analyseras med hjälp av AI. Resultaten i form av förslag om eventuell dosändring eller läkemedelsbyte sänds fortlöpande till behandlande läkare.

Humanoida robotar som uppfattar och själva kan uttrycka verbal och icke-verbal kommunikation har efter flera års träning visat sig kunna framgångsrikt behandla icke-psykotiska tillstånd genom flexibelt användande av ett nästan obegränsat antal varianter psykoterapeutiska tekniker. Robotarna används inom psykiatrisk öppenvård, vid vårdcentraler och inom socialtjänsten.



Jerker Hanson

- Specialiserad, lättillgänglig vård finns för nyinsjuknade i psykos.
- Personer med långvariga psykosers vårdas integrerat med kommunerna.
- Personkontinuitet är standard i öppenvård.
- Behandlare väljs individuellt och evidensbaserat till varje patient.
- Uppföljning sker professionellt av kollegor – inte genom räkning av pinnar.
- Patienters upplevelser och beskrivningar är i fokus, inte presumerat engagerade CNS-areor.
- ADHD, autism... anses huvudsakligen vara normalvariationer.
- Neurofysiologin tar hjälp av kvantfysiken för att bättre förstå hur hjärnan och psyket fungerar som en enhet.



Göran Tidbeck

- Psykiatri är en etablerad och respekterad verksamhet inom forskning, undervisning och klinik för personer med psykiskt lidande.
- Resurser prioriteras så att de sjukaste har företräde.
- Forskning och klinik har nära samverkan med fokus på patientnytta.
- Vården bedrivs med högt etiskt medvetande med kontinuitet och personcentrering grundat i vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Psykoterapeutiska metoder utvecklas för bästa resultat.
- Diagnostiska rutiner revideras fortlöpande efter aktuell kunskap.
- Samverkan är välfungerande med kommuner, primärvård, patientföreningar och beslutsfattare.
- Psykiatri är attraktiv som arbetsgivare och främjar rekrytering och god arbetsmiljö.
- De psykiatriska professionerna är relevanta aktörer i vårdpolitiska debatter och folkhälsoarbete.



Bo Runeson

Redan om några år kommer patienter, som gjort suicidförsök och självsador, att ha fått tillgång till strukturerade behandlingsmodeller i kontakten med psykiatrisk vård. Dessa modeller bygger på en genuin förståelse för patientens upplevelse, familjeinriktade insatser och tät och omsorgsfull uppföljning med psykologisk och medicinsk kompetens. Detta kommer att få betydelse för att stegvis minska förekomsten av suicid under de tjugo åren. Den psykiatriska forskningen får under samma tid ökade resurser för en fördjupad kunskapsutveckling inom området. Undervisning och stöd för psykiatrisk personal utvecklas för att bidra till en positiv medmänsklig vårdmiljö.



Lena Nylander

Utöver givetvis att man hittar kliniskt användbara diagnostiska markörer för all psykisk sjukdom, och effektiv behandling med inga eller acceptabla biverkningar hoppas jag att:

- Preventivt arbete sker i samarbete med andra samhällsaktörer, för att öka motståndskraften hos människor
- Droger och alkohol minskar
- Kognitiv funktion bedöms oftare
- Normalspektrum vidgas och överdiagnostik av autism och adhd minskar (liksom överbetoning av betydelsen av dessa diagnoser)

- Underdiagnostik av psykospektrumtillstånd minskar
- Diagnosspecifika mottagningar läggs ner (men vissa behandlingar sköts av team)
- Fortbildning prioriteras
- Kontinuitet prioriteras
- Omdöme odlas genom ökat utrymme för interkollegial diskussion
- Samarbete prioriteras
- Ensamarbete minskar
- Utrymme finns för överraskningar, att testa olika varianter, att göra fynd av en slump
- Fler varianter av kommunalt stöd kommer att finnas, med kommunalt anställda läkare
- I avvaktan på diagnostiska markörer blir psykiatri mer styrd av sunt förnuft och medmänsklighet och mindre trendkänslig
- Chefer i sjukvården arbetar kliniskt i sitt yrke minst 20% av arbetstiden
- Meningslös kontroll- och administrationsverksamhet försvinner och frigjorda resurser läggs på vårdarbetet



Välkommen till Svenska Rättspsykiatriska Föreningens årsmöte 2025!

Årets årsmöte hålls i anslutning till Svenska Psykiatrikongressen som hålls vid Svenska Mässan i Göteborg den 12–14 mars 2025.

Tid för årsmöte: 12 mars 2025, kl. 17.15

Plats: Svenska Mässan, lokal R5

Adress: Mässans gata/Korsvägen, 412 94 GÖTEBORG

Om du inte är deltagare vid kongressen så behöver du ett passerkort för inträde till årsmötet via Hotel Gothia. Passerkort kan erhållas genom att kontakta Stina Djurberg via e-post (stina.djurberg@buf.se), gärna så snart som möjligt.

Föranmälan krävs inte om du deltar vid kongressen.

Vi ser gärna att fler engagerar sig i föreningen. Vi har genom vår förening en god möjlighet att påverka. Vi får ärenden på remiss via Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet och vi försöker i dessa och andra sammanhang att påverka beslutsfattare. Är du intresserad så hör av dig till sekreterare Hanna Edberg (mailadress: hanna.edberg@ki.se) eller till ordförande Peter Andiné (mailadress: peter.andine@gu.se).

Verksamhetsberättelsen för 2024–2025 kommer att finnas på vår hemsida (www.srpf.se) den 11 feb 2025.

Hjärtligt välkommen till vårt årsmöte!

Peter Andiné, ordförande

Hanna Edberg, sekreterare



CENTRE FOR ETHICS, LAW
AND MENTAL HEALTH



FORTE:
Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

Varmt välkomna till Nationell rättspsykiatrisk konferens 20 – 21 augusti 2025 i Lund

Tema: Evidensbaserade rättspsykiatriska vårdprocesser

För andra gången bjuder FORevidence* in till nationell rättspsykiatrisk konferens, den här gången med temat **Evidensbaserade rättspsykiatriska vårdprocesser**. Konferensen hålls i AF-borgen i Lund, 20 – 21 augusti 2025, och riktar sig till kliniskt- och forskningsverksamma inom svensk rättspsykiatri. Syftet med konferensen är att skapa ett underlag för den fortsatta utvecklingen av evidensbaserad, rättspsykiatrisk vård i Sverige genom att föra samman kliniskt verksamma och forskare i diskussioner och kunskapsutbyte. **Du hittar uppdaterad information om konferensen och hur du anmäler dig här:**

<https://www.gu.se/celam/forskning/forevidence/nationell-rattpsykiatrisk-konferens-2025>

Vi kan med glädje presentera två spännande keynotes under konferensen; Professor **Niklas Långström** med föreläsningen ”Från barn- och ungdomspsykiatri till rättspsykiatri? (Dis)kontinuiteter och dilemman” och Professor **Anne Crocker** med föreläsningen ”Pathways in and out of forensic mental health services”.

Vi är övertygade om att dessa keynotes kommer att stimulera våra fortsatta diskussioner om evidensbaserade vårdprocesser i klinisk, rättspsykiatrisk praktik. Håll dig uppdaterad om innehållet i konferensen och anmäl gärna poster för att dela med er av era erfarenheter – se länk ovan. **Deltagande är kostnadsfritt och lunch och fika ingår under konferensdagarna!**

Ditt deltagande är en del av den fortsatta utvecklingen av svensk rättspsykiatri och därför ser vi fram emot att möta just Dig på konferensen. Välkommen att vara en del av det senaste inom svensk rättspsykiatri i Lund 2025!

Organisationskommittén Nationell Rättspsykiatrisk Konferens

Märta Wallinius

Peter Andiné

Anja Fernqvist

Björn Hofvander

Natalie Laporte

Agnes Lindquist

André Tärnhäll

*Arrangörer är det nationella forskningsprogrammet FORevidence, som du kan läsa mer om här <https://www.gu.se/celam/forskning/forevidence>.

Nationell rättspsykiatrisk konferens

2025

Evidensbaseade rättspsykiatriska vårdprocesser

Onsdag, 20 augusti		
08.30 Registrering öppnar	Session II - Evidensläge för metoder och behandlingar i rättspsykiatri	Session III - Patienten i rättspsykiatrisk vård - vårdprocessen
09.30 Fika	13.00	15.00
Session I - Inledning	<i>Den rättspsykiatriska vårdprocessen utifrån ett kliniskt perspektiv</i>	<i>Den rättspsykiatriska vårdprocessen utifrån patientperspektiv – egna berättelser</i>
10.00	Hannibal Ölund Alonso	Brukarföreningar
<i>Välkomstord</i>	13.20	15.30
Märta Wallinius	<i>Vad är evidensbaserad vård i svensk rättspsykiatri?</i>	<i>Socialstyrelsens regeringsuppdrag att arbeta med insatser för att stärka och utveckla den rättspsykiatriska vården</i>
10.20	Katarina Howner	Susanne Tell
<i>Invigningstal</i>	13.40 Aktiv paus	16.00, Aktiv paus
10.50 Aktiv paus	13.50	16.10
11.00	<i>Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård</i>	<i>Hur kan vi ge en personcentrerad vård och omsorg vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning?</i>
<i>Keynote: Från barn- och ungdomspsykiatri till rättspsykiatri? (Dis)kontinuiteter och dilemman</i>	Björn Hofvander	Louise Kimby
Niklas Långström	14.10	16.40
12.00 Lunch, postervisning	<i>Psykofarmakologisk behandling i rättspsykiatri</i>	<i>Samskapande i våldsprevention</i>
	Hedvig Krona	Märta Wallinius
	14.30 Fika	18.30
		Mingel med efterföljande konferensmiddag
To dag, 21 augusti		
09.00	12.00 Lunch, postervisning	
<i>Keynote: Pathways in and out of forensic mental health services</i>	Session V - Svensk rättspsykiatri - vårdprocesser under utveckling	
Anne Crocker	13.00	
10.00 Fika	<i>Paneldebatt: Evidensbaserade rättspsykiatriska vårdprocesser; hur går vi vidare med nationell samverkan?</i>	
Session IV - Interaktiva seminarier i mindre grupper	Moderator: Märta Wallinius	
10.30	14.00	
A. <i>Problemlösning: vilka utmaningar står vi inför?</i>	<i>Sammanfattning och avslutning</i>	
Hannibal Ölund Alonso & Fia Logan	Peter Andiné, Märta Wallinius & Björn Hofvander	
B. <i>Hur kan vi använda patienternas erfarenheter för att förbättra vården?</i>	14.30 Fika	
Brukarrepresentant & Andreas Söderberg		
C. <i>Fortsatt nationell samverkan för att förbättra rättspsykiatrisk vård</i>		
Peter Andiné & Katarina Howner & Björn Hofvander		



CENTRE FOR ETHICS, LAW AND MENTAL HEALTH



FORTE:
Forskningsrådet för Hälsa, Arbetsmarknad och Välfärd



ANMÄLAN ÖPPEN

SFBUP.SE



Kongressen 2025 inleds med en **UTBILDNINGSDAG 250917 i KOMPLEX DIAGNOSTIK** riktad mot erfarna kliniker arrangerad av Mia Ramklint, Håkan Jarbin och Peik Gustafsson.

PRELIMINÄRT PROGRAM

250918

Stora scenen	Kristallen	Mosebacke
Vad är normalt, är allt diagnoser? Eva Tideman		
Utmaningar i BUP-diagnostik Mia Ramklint	Personlighetssyndrom - diagnostik och behandling Flavio Di Leone	MAXX-studien, preliminära resultat Elin Olsson, Matti Cervin
NPF-diagnostik i förändring Sebastian Lundström	EIPS Camilla Hallek	Kulturens roll i psyk diagnostik, framsteg och utmaningar Alessandra Hedlund, Mona Lindqvist
Power, threat and meaning Eva Henje	Antisocial utveckling, erfarenheter från ANB-projektet. Niklas Långström, Susanna Terling, Cecilia Månsson,.	Omprövning av NPF-diagnostik Sebastian Lundström, Sophia Eberhard, Peik Gustafsson
Funktion - ICF Sven Bölte	Historisk tillbakablick på psykiatrisk diagnostik Malin Appelquist, Peik Gustafsson	Etiska aspekter på diagnostik Manne Sjöstrand

MIDDAG OCH SOCIALT PROGRAM PÅ FOTOGRAFISKA!

250919

Stora scenen	Kristallen	Mosebacke
Diagnostik vid horisonten - hur ser framtidens diagnostik ut? Matti Cervin	Vägar till rättspsykiatri - barnpsykiatriska perspektiv på brott och APS. Björn Hofvander	Spädbarnsdiagnostik Erika Baraldi
Sociologiskt perspektiv på diagnostik Roland Paulsen	Affektiv diagnostik Anna Santesson	Socialstyrelsen rapporterar
NPF-diagnoser och skolan	Utvecklingsperspektivet på svag begåvning Lena Nylander	Somatisk differentialdiagnostik - när ska vi tänka annat? Kristina Tedroff

KEYNOTE **prof. Jeffrey R. Strawn**



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 första utgåva finns en bredd i ämnena:

- En systematisk litteraturgenomgång av modulering av metylering av NR3C1-genen och tidig stress i livet. I de 7 artiklar som identifierades var det en stor heterogenitet i kopplingen till ökad eller minskad påverkan.

Forum DMK, Bjerregaard C, Thomsen HP. The significance of DNA methylation of the NR3C1 gene encoding the glucocorticoid receptor for developing resilience in individuals exposed to early life stress. *Nordic Journal of Psychiatry* 2025; 79(1): 1–14.

- Tillgång till rTMS i olika delar av Danmark där det framgick en regional skillnad samt att endast unipolär depression angavs som indikation.

Barata PC, Alves SP, Sack AT. TMS in the Kingdom of Denmark: an overview of current clinical practice. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 15–20.

- Två artiklar handlar om återgång till arbete. Den ena kartlade hur många som återgår till arbete efter att ha fått kontakt med psykiatri. Den andra var en interventionsstudie av ett program med samarbete mellan psykiatrisk vård och arbetsrehabilitering.

Resultaten visade inte en skillnad men dessa artiklar understryker hur viktigt det är att ha återgång till arbete med i åtanke vid utvärdering av psykiatrisk behandling.

Lundqvist J, Lindberg MS, Brattmyr M, Havnen A, Hjemdal O, Solem S. Changes in sick leave one year before and after starting treatment: a naturalistic study of employed outpatients with common mental health disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 62–69.
Christensen TN, Hjorthøj C, Poulsen CH, Ebersbach B, Eplov LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation intervention to improve return to work rates for people on sick leave due to common mental and functional disorders (IBBIS-II) – results from a randomized clinical trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 2024; 78 (7): 86–95.

Sammantaget finns en väldig bredd i publikationerna i NJP och vi uppmantrar 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 Steingrímsson

*Överläkare, docent och universitetslektor vid Sahlgrenska Akademien
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**

Ett stort tack till alla våra utställare på SPK!
Gör ett besök i kongressfoajén eller H-hallen



Ett stort tack till alla våra utställare på SPK!
Gör ett besök i kongressfoajén eller H-
hallen





Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri

Lågvårdevård inom vuxenpsykiatri

Arbetet med Kloka Kliniska Val (KKV) går framåt, både nationellt och i den arbetsgrupp som av styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen fått i uppdrag att fortsätta arbetet med KKV inom vuxenpsykiatri. Gruppens huvudsakliga fokus är att utforma en icke-göra-lista över åtgärder, undersökningar, behandlingar eller liknande, vilka inte tillför värde för den enskilda patienten och alltså är att betrakta som lågvårdevård (1, 2). Arbetet fortgår genom öppna digitala workshops. I tabell 1 redovisas den aktuella versionen.

Nästa steg – SPK 2025!

I februari hålls som tidigare planerat ytterligare en digital workshop. Arbetsgruppen kommer därefter att arbeta om tabellen och presentera denna på SPK 2025. Vi uppmuntrar alla att kommentera eller kritisera de förslag som redan framkommit, eller komma med helt egna förslag. Vissa förslag berör frågor som är avgörande för en god vård – exempelvis kontinuitet – men som kan vara svåra att utvärdera eller formulera som ett icke-göra. Därför kan viktiga frågor behöva tas bort från själva tabellen/listan, men följa med rekommendationerna i en allmän text. Vi hoppas på en fortsatt diskussion om detta under vår programpunkt på SPK 2025.

Övergripande nationellt arbete

På nationell nivå fortsätter Socialstyrelsen sitt regeringsuppdrag med att stödja utmönstringen av lågvårdevård genom bland annat verksamhetsnära stöd åt regionerna (3). Även SBU är involverade i arbetet. Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för KKV arrangerade en temadag den 5 februari med över 300 deltagare (4). Intresset är således stort, men det är viktigt att KKV inte börjar uppfattas som ännu en toppstyrd förändring som måste implementeras eller slaviskt följas. Det övergripande syftet är att främja dialog mellan patient och läkare för att välja vård som verkligen tillför nytta för den enskilda patienten. Engagemanget ska vara gräsrotsdrivet. För att stödja detta har KKV-gruppen inom SLS utformat ett "startkit" som består av ett antal informationsfilmer samt utbildnings- och väntrumsmaterial (5-7).

Vad kan du göra?

Vill du engagera dig i Kloka Kliniska Val inom vuxenpsykiatri? Börja med att ta del av informationsfilmerna i startkitet för den övergripande KKV-kampanjen. Fundera sedan på om det finns någon vårdåtgärd som ni gör lokalt hos er, men som

har tveksam patientnytta. Lyft den åtgärden för diskussion med kollegor eller med oss i arbetsgruppen! Det finns även inspiration att hämta från Kanada (8), Australien (9) och Storbritannien (10). Vi ser fram emot en fortsatt diskussion – för en mer hållbar och värdefull sjukvård!

Arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri

Johan Bengtsson

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

Behroz Dehdari

Specialistläkare i psykiatri, Stockholm

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

Referenser: www.svenskpsykiatri.se

På Svenska Psykiatrikongressen

Programpunkten *Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri* äger rum i Kongresshallen torsdag den 13 mars kl. 11.15.



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

	A. Behandling	B. Adhd, autism, IF	C. Diagnostik/provtagning	D. Okategoriserade
1	Förskriv inte bensodiazepiner som långvarig behandling vid ångestsyndrom.	Undvik diagnos när det inte finns en tydlig funktionsnedsättning.	Undvik fragmentering av diagnostik, behandling och uppföljning. Dessa behöver utföras inom samma verksamhet.	Minska antalet rutinmässiga multidisciplinära konferenser/teammöten.
2	Förskriv inte antidepressiva som förstahandsval vid lindrig depression och/eller ångest.	Särbehandla inte diagnosen av adhd och autism (kalla den exempelvis inte för "neuropsykiatrisk utredning").	Skicka inte rutinmässigt ut skattningsskalor före en första intervju.	Undvik att initiera eller förlänga sjukskrivningar utan tydlig rehabiliteringsplan.
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.	
4	Förskriv inte läkemedel vid oro och sömnsvårigheter innan adekvat egenvård.	Undvik rutinmässiga begåvningstester när det inte finns klinisk misstanke om låg begåvningsnivå.	Undvik PEth som screening för alkoholanvändning.	
5	Undvik så långt det är möjligt att behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel.	Undvik behandling och kommunikation som patienten inte kan ta till sig utifrån kognitiv funktion.		



Ny resurs för att förklara funktionella besvär

Bakgrund

Patienter med funktionella symtom utgör en återkommande utmaning inom alla medicinska specialiteter, och psykiatrin är inget undantag. Inom konsultationspsykiatrin möter man ofta patienter med uttalade funktionella besvär, men det vanligaste scenariot är snarast att en patient rapporterar något enstaka symtom eller besvär som inte går att förklara medicinskt. Vid ett sådant möte kan det vara svårt att pedagogiskt förklara för patienten varför han eller hon har ett visst symtom.

Svensk översättning

Forskningskliniken för Funktionella lidelser i Aarhus (1) har utformat en hemsida – *Bodysymptoms.org* – där de samlat information och verktyg för att förstå och hantera funktionella kroppsliga besvär (2). Hemsidan är resultatet av ett forskningsprojekt som involverade både patienter och experter inom området (3). Den erbjuder evidensbaserad information, uppdaterade forskningsrön och kliniska riktlinjer. För psykiatriker fungerar detta som en pålitlig källa för fortbildning och uppdatering inom området funktionella somatiska symtom. Vi är en grupp som har arbetat med en översättning av *Bodysymptoms.org* till svenska och nu är stolta över att kunna presentera en färdig version.

Hjälpsam förklaringsmodell

Funktionella symtom kan inte förklaras fullt ut av strukturella eller biokemiska avvikelser. Traditionellt har dessa symtom fallit mellan stolarna på grund av deras komplexa och mångfacetterade natur. *Bodysymptoms.org* adresserar detta genom att använda en biopsykosocial modell som förklarar hur olika faktorer samverkar i utvecklingen och upprätthållandet av funktionella besvär. Hemsidan innehåller interaktiva komponenter som hjälper patienter att identifiera och förstå sina symtom. Genom att använda dessa verktyg kan patienter få insikt om mekanismerna för sina besvär, vilket kan minska oro och skapa ingångar för behandlingsinsatser.

Spänd stämning i mötet

I mötet med patienter med funktionella besvär finns det ofta en spänning i luften. Patienten är i allmänhet oroad över att bli avfärdad eller inte tagen på allvar. En av styrkorna med *Bodysymptoms.org* är att patienter med just dessa erfarenheter medverkat i utformningen av hemsidan. Att ge råd till patienter med funktionella besvär är inte sällan ett vågspel. Patienten kan uppleva det som att läkaren inte förstår eller kan leva sig

in i hur svårt det är för patienten att exempelvis börja aktivera sig. *Bodysymptoms.org* lyfter fram personliga berättelser från individer som blivit av med sina symtom. Berättelserna erbjuder insikt i andra patienters upplevelser och kan fungera som ett stöd. Att som läkare hänvisa till *andras* berättelser om tillfrisknande kan vara mer hjälpsamt än att ge diverse råd om hur patienten bör agera. Det är ett kraftfullt verktyg och det finns även lyckade exempel inom området långvariga trötthetssyndrom (4).

Sammanfattning

För psykiatriker erbjuder *Bodysymptoms.org* en omfattande och evidensbaserad resurs för att förstå, förklara och behandla funktionella somatiska symtom. Med interaktiva verktyg, patientberättelser och aktuell forskning fungerar webbplatsen som ett värdefullt komplement i både patientutbildning och professionell utveckling. Att rekommendera webbplatsen till patienter kan förbättra deras förståelse och hantering av sina symtom, vilket i sin tur kan leda till bättre behandlingsresultat och högre funktion. Det är vår förhoppning att *Bodysymptoms.org* kan utgöra en resurs även i Sverige!

Carl Sjöström

Specialist i psykiatri och rehabiliteringsmedicin, Region Gävleborg

Johan Bengtsson

*ST-läkare i psykiatri, Region Uppsala, postdoc Uppsala universitet
Ledamot i Föreningen för konsultationspsykiatri
johan.bengtsson@neuro.uu.se*

David Gyll

Specialist i allmänmedicin, Bältinge vårdcentral

Arwa Josefsson

*Specialist i allmänmedicin och psykiatri, leg. psykoterapeut,
Stockholm*

Hannah Linnros

*Leg psykolog, specialist i klinisk psykologi, doktorand
Linköpings universitet*

Referenser

www.svenskpsykiatri.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 färska avhandlingar. Vi hoppas fortsättningsvis få sådana texter från alla svenska lärosäten och från alla psykiatriska specialiteter.

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

Foto: Shutterstock/JuShoot



Aktuella avhandlingar

Epidemiological studies of electroconvulsive therapy for depression

Alexander Kronsell
Karolinska Institutet
2024

Elbehandling (ECT) uppfanns på 1930-talet, under en tid då det saknades effektiva behandlingar för merparten av psykiska sjukdomar. Under behandlingen placeras elektroder på patientens huvud och en elektrisk urladdning frigörs. Den elektriska laddningen orsakar ett kontrollerat epileptiskt anfall. Sedan dess införande har många förbättringar gjorts av behandlingen, inklusive användning av anestesi under proceduren. ECT har använts för flera psykiatriska tillstånd men har visat sig vara särskilt effektivt vid svåra former av depression.

I denna avhandling har fyra studier om ECT och svår depression genomförts. När en patient har genomgått ECT registreras information om behandlingen i ett nationellt kvalitetsregister. Studierna använder också data från svenska nationella register där det finns tillgänglig information om diagnoser, sjukhusvistelser och förskrivna läkemedel.

Den första studien undersökte hur **inställningarna på ECT-maskinen** påverkade minnesstörningar. Studien visade att en högre elektrisk laddning var kopplad till ökade negativa effekter på patienternas minne utan att orsaka större lindring av depressiva symtom.

I den andra studien undersökte vi **vilka läkemedel som är mest effektiva efter ECT**. Om patienten blev av med sina depressiva symtom undersökte vi vilken typ av läkemedel som bäst förhindrade ett återfall i depression. Vi fann att patienter som ordinerades antipsykotiska läkemedel hade en högre risk för återfall.

Den tredje studien undersökte om **dosen av anestesimedel**, som patienten får under behandlingen, påverkade förbättringen av depressiva symtom. Vi fann att en lägre dos anestesiläkemedel förbättrade chansen att lindra patientens depressiva symtom.

I vår fjärde studie undersökte vi **patienternas upplevelse** av ECT. Sex månader efter att patienten fått ECT tillfrågades de om de skulle acceptera behandlingen igen om de blev sjuka på nytt. Vi fann att majoriteten av patienterna skulle acceptera behandling under liknande omständigheter. Patienter som hade bättre effekt av den initiala behandlingen var mer positiva till förnyad behandling.



Interdisciplinary pain rehabilitation for culturally and linguistically diverse patients

Karin Uhlin
Karolinska Institutet
2025

Många människor lever med långvarig smärta. Förutom lidandet av den långvariga smärtan påverkas ofta mental hälsa och möjligheten att klara av det dagliga livet. För personer med olika språkliga och kulturella bakgrunder kan långvarig smärtproblematik vara ett ännu större problem än för infödda, eftersom denna grupp av personer många gånger har svårare att få rätt hjälp för sin problematik.

Människor som lider av långvarig smärtproblematik kan erbjudas rehabilitering. En metod som kallas interdisciplinär smärtrehabilitering, som förkortas IPR utifrån den engelska titeln, har visat sig ha god effekt för många patienter. IPR bedrivs i programform under ett bestämt antal veckor där patienten tillsammans med andra patienter i grupp deltar i praktiska och teoretiska interventioner ledda av team med olika professioner av sjukvårdspersonal. IPR syftar till att stödja patienter i att etablera en hållbar ökning av sin livskvalitet genom ökad kunskap, nya strategier och förändrade synsätt. En viktig del av IPR är utbildning om smärta och smärtmekanismer. Personer med olika språkliga och kulturella bakgrunder med begränsad förmåga i det svenska språket, där de allra flesta är immigranter, har fram tills nu blivit exkluderade från deltagande i IPR.

I avhandlingen presenteras en utvärdering av ett IPR-program i Sverige, som erbjöds både i Lund och i Stockholm. Programmet inkluderade språktolk, vilket möjliggjorde att patienter med olika språkliga och kulturella bakgrunder med begränsad förmåga i det svenska språket kunde delta. Utvärderingen är baserad både på data från formulär ifyllda av patienterna före, direkt efter och ett år efter programmet, och intervjuer både med patienter och personal.

Resultaten tyder på att IPR med språktolk är en fungerande intervention för patientgruppen med förbättringar för patienterna efter genomgången program. Avhandlingens resultat kan bidra till att fler IPR-program med språktolk sätts upp i framtiden.



Foto: Shutterstock/Nomad Soul

Perspectives on Evidence-Based Practice and Depression Guideline Adoption: Investigating Attitudes and Perceived Barriers among Child and Adolescent Mental Health Clinicians

Anna Santesson
Lunds universitet
2025

Hur ser förutsättningarna ut för att använda evidensbaserade metoder och riktlinjer?

I min avhandling har jag undersökt BUP-personalens attityder till evidensbaserad praktik (EBP) och deras syn på hinder för implementering av SFBUP:s depressionsriktlinje genom att översätta, testa och använda två tidigare validerade implemen-



instrument, Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) och Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI).

Mitt intresse för ämnet väcktes när jag insåg att införandet av EBP och riktlinjer ofta går långsamt och ojämnt, trots deras potential att förbättra vården och de resurser som läggs på att utveckla dem. Men varför undersöka personalens attityder? Personalen är nyckelspelare eftersom de behöver ändra sitt arbetssätt och dessutom har unik kunskap om de lokala förutsättningarna för införandet. Personalens beslut om att faktiskt börja använda en ny metod påverkas av bl.a. deras uppfattning om metoden, sina egna förutsättningar, patienterna och miljön och forskning visar en koppling mellan attityder och faktisk användning.

Vad vet vi om BUP-personalens attityder till EBP och riktlinjer? Tidigare studier visar positiva attityder som varierar mellan länder, vårdkontexter och personal. Det saknas svenska studier och är oklart hur attityder till diagnoser förhåller sig till EBP-attityder eller om det finns yrkesskillnader. Kunskapen om attityder till riktlinjeanvändning är begränsad. Kvalitativ forskning, bl.a. en studie om Socialstyrelsens depressionsriktlinje, har visat en negativ syn och att depressionsriktlinjerna inte uppfattades passa BUP och BUP:s patienter. Studier från vuxenpsykiatri har visat att läkare varit mer positiva till möjligheten att införa riktlinjer.

För att kunna dra säkra slutsatser behövs sunda instrument. EBPAS är ett av de mest använda och har rankats högt avseende skalegenskaper. BFAI är ett av få barriärinstrument som mäter hinder inom flera domäner: riktlinjen, personalen, patienten och kontexten, och som testats psykometriskt, men inte så omfattande som EBPAS. Inget av instrumenten hade använts i Sverige.

Hur gick vi till väga? Vi översatte instrumenten och använde dem som en baslinjeenkät till dem som deltog i SFBUP:s implementeringsprogram Deplyftet. Enkäten besvarades av 800 öppenvårdspersonal (60 % svarsfrekvens) från hälften av alla Sveriges BUP-kliniker under 2014–2018. Vi undersökte instrumentens testegenskaper och personalens attityder och studerade skillnader utifrån de metoder och faktorer som använts i tidigare forskning.

Hur fungerade instrumenten? De svenska versionerna hade liknande egenskaper som originalen och det gav stöd för att EBPAS och – preliminärt – också BFAI, är giltiga, tillförlitliga, breda men ändå korta implementeringsinstrument som kan användas i en svensk (BUP-)kontext.

Hur såg personalen på EBP? De hade positiva EBP-attityder. I linje med tidigare forskning var de mest benägna att anta tilltalande evidensbaserade metoder och visade öppenhet för nya metoder. Till skillnad från tidigare studier var de också positiva till förutsättningarna att införa riktlinjen. De var mest positiva till själva riktlinjen och sin egen förmåga att följa den.

Var det några skillnader i attityder? Vi såg skillnader i EBP-attityder, om än små, för alla studerade faktorer. Attityder till nyttan av psykiatriska diagnoser var den starkaste prediktorn. Vi såg skillnader i synen på förutsättningar för riktlinjeimplementering beroende på yrke, men inte för övriga personfaktorer. Läkare var i allmänhet mest och socionomer minst positiva, men skillnaderna var små till måttliga, och skilde sig inte alls i synen på organisationsfaktorer. Framförallt såg läkare positivt på sin egen förmåga att följa riktlinjen. De var också mer positiva till riktlinjen och att använda riktlinjen i arbetet med patienterna.

Vad har resultaten för betydelse? Genom att översätta och testa EBPAS och BFAI har vi gjort dem tillgängliga för användning i Sverige. Våra resultat tyder på en bra grund för att införa evidensbaserade metoder och riktlinjer inom BUP. De som planerar införandet kan, utöver att diskutera nyttan av diagnoser och hur metoderna kan anpassas för att bättre passa sårbara grupper av patienters behov, behöva ta hänsyn till andra unika personal- och organisationsfaktorer när de utformar sina implementeringsinsatser. Det kan också vara bra att involvera fler personalgrupper tidigt i utvecklingen av metoden, särskilt när det gäller multiprofessionella riktlinjer, för att få deras synpunkter på nödvändiga anpassningar och att se över sina spridningskanaler när metoden är klar.

Det som är bra med ämnet implementering är att principerna är desamma oberoende vilken innovation som ska implementeras. Jag hoppas och tror att resultaten och mina kunskaper kan komma till nytta vid införandet av nya metoder eller innovationer inom BUP och sjukvården i stort. Min forskning har också gett mig generiska kunskaper inom psykometri som kan komma till nytta vid val av skalor i klinisk rutinvård eller forskning.



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Hjälp med psykiatrisk forskning

Är du forskare inom psykiatrin, och planerar forskningsprojekt som kräver kontakt med medarbetare i psykiatri?

Ett kraftfullt nätverk i forskningens tjänst

I vår strävan att stärka den psykiatriska forskningen i Sverige öppnar Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) upp våra omfattande kommunikationskanaler för forskare inom fältet. Detta initiativ ger dig som forskare möjlighet att effektivt nå ut till relevanta kollegor för datainsamling och forskningssamarbeten.

Vad vi erbjuder forskare

- **Direkt access till expertis:** Genom våra sociala mediekana-
ler kan du komma i kontakt med och rekrytera erfarna
psykiatriker och specialister t.ex. för kvalitativa studier el-
ler enkätstudier. Föreningen kommer däremot inte skicka
ut till medlemmar i mejl.
- **Plattform för resultatspridning:** Via Svenska Psykiat-
rikongressen får du möjlighet att presentera dina forsk-
ningsresultat för en engagerad och kunnig publik.

Svenska Psykiatriska Föreningen är en del av ett omfattande
nätverk som inkluderar Svenska Läkaresällskapet och samarbe-
ten med nordiska och internationella organisationer som EPA
och WPA. Detta ger dig som forskare tillgång till ett brett kon-
takt nät och möjligheter till värdefulla forskningssamarbeten.

- Som en del av the Nordic Psychiatric Association arrang-
erar vi the Nordic Psychiatric Congress vart 3:e år (nästa
gång i Sverige 2027) och ger ut den vetenskapliga tid-
skriften Nordic Journal of Psychiatry samt medlemsmagas-
inet The Nordic Psychiatrist som speglar det psykiatriska
intresseområdet i de nordiska länderna.
- Via the European Psychiatric Association (EPA) medver-
kar vi alltid på de årliga europeiska psykiatrikongresserna.

- Som medlemmar i den världsomspännande psykiatriska
organisationen World Psychiatric Association (WPA) är
vi involverade i planeringen av kommande världspsykia-
triska kongresser.

Spridning av forskningsresultat

Den årliga Svenska Psykiatrikongressen utgör en central platt-
form för att dela nya forskningsrön. Här får du möjlighet att:

- Presentera dina senaste forskningsresultat
- Delta i stimulerande diskussioner med kollegor
- Skapa nya kontakter för framtida forskningssamarbeten
- Få direkt feedback från erfarna kliniker och forskare

Kontakta oss gärna om ni har frågor om hur vi eventuellt kan
hjälpa till med olika forskningsprojekt, och för diskussion och
allmänna råd.

Steinn Steingrímsson
Vetenskaplig sekreterare SPF

Jonas Eberhard
Vice ordförande och internationell sekreterare SPF



Användning av ADHD-läkemedel på Island

Inför SPK har jag ställt några frågor till Ragna Kristín Guðbrandsdóttir. Hon kommer att presentera resultat från ett arbete om förskrivning av läkemedel för ADHD på Island som hon har publicerat tillsammans med Oddur Ingimarsson, Bertrand Andre Marc Lauth och Engilbert Sigurdsson i den isländska läkartidningen (1).

Hur har ni undersökt ändringar i antal förskrivningar av ADHD-mediciner på Island och hur kom det sig att ni började med denna forskning?

Förskrivningar av ADHD-mediciner erhöles från den isländska läkemedelsdatabasen som lagrar alla läkemedelsförskrivningar på Island. Antalet islänningar (med isländskt medborgarskap) som hämtade ut ADHD-medicin (dvs. amfetamin, dextroamfetamin, metylfenidat, atomoxetin, lisdexamfetamin och guanfacin) på recept under forskningsperioden från 1 januari 2004 till 31 december 2023 räknades. Detta antal jämfördes med den totala befolkningen på Island enligt statistik från statens statistikbyrå, så att prevalensen av ADHD-medicinering kunde beräknas för varje år.

Vi började undersöka epidemiologin för ADHD-mediciner på grund av en enorm ökning av förskrivningarna till både vuxna och barn, vilket kunde ses i offentliga data från läkemedelsdatabasen, och därför ville vi undersöka detta närmare. Vi noterade också en ökning av antalet intagningar på psykiatriska avdelningar vid Landspítali University Hospital på grund av psykoser och manier hos vuxna som använder ADHD-mediciner, och därför började vi undersöka det närmare.

Vilka är de viktigaste resultaten?

År 2023 hämtades det ut ADHD-mediciner för 14,7 % av ungdomarna i åldern 7–17 år, 17,7 % av pojkarna och 11,6 % av flickorna. Användningen bland ungdomar i åldern 12–17 år var något högre, 17,6 % varav 20,1 % för pojkar och 14,6 % för flickor. Bland personer i åldern 18–44 år var användningen 10,2 %, 9,4 % för män och 11 % för kvinnor.

Sedan 2010 har ökningen av ADHD-medicinering bland pojkar i åldern 7–17 år varit 93 % och bland flickor 224 %. Bland män i åldern 18–44 år var ökningen 414 % och 543 % bland kvinnor, från 2010 till 2023. Prevalensen av ADHD-diagnoser baserat på förskrivningar av ADHD-mediciner till islänningar är ungefär två till tre gånger högre än i större, väletablerade

studier utomlands. Vi såg också att en liten del av de vuxna som började behandling med ADHD-mediciner behövde läggas in på psykiatrisk avdelning på grund av en första psykos eller mani mellan 2010 och 2022.

Vilka är de nästa stegen i forskningen om förskrivningar för ADHD?

Nästa steg är att fortsätta kartlägga förskrivningarna av ADHD-mediciner på Island för år 2025 och jämföra användningen med de övriga nordiska länderna. Vidare arbetar vi med kartläggning av allvarliga biverkningar av ADHD-mediciner, såsom psykoser och manier, samt polyfarmaci hos personer som använder ADHD-mediciner.

Ragna Kristín Guðbrandsdóttir

ST-läkare och doktorand, Landspítali University Hospital och University of Iceland

Steinn Steingrímsson

Universitetslektor, docent och överläkare i psykiatri, Sahlgrenska Akademin

Vetenskaplig sekreterare Svenska Psykiatriska Föreningen

På Svenska Psykiatrikongressen

Ragna Kristín Guðbrandsdóttir presenterar sina resultat i R2 onsdag den 12 mars kl. 16.15

Referens

1. Ingimarsson O, Gudbrandsdottir RK, Lauth BAM, Sigurdsson E. Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi [High prevalence of treatment with ADHD medicines indicates overdiagnosis of ADHD in Iceland]. *Laeknabladid* 2024 ; 110: 402-10. doi: 10.17992/lbl.2024.09.804.



EPA:s tenta för ST-läkare i psykiatri – European Board Examination in Psychiatry

Foto: Shutterstock/rarrarorro

En längre diskussion har pågått i Europa om att skapa ett gemensamt kompetenstest eller specialistexamen. Diskussion har pågått både inom European Psychiatric Association (EPA), European Union of Medical Specialists – Psychiatry Section (UEMS-PS) och European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT). Slutligen har organisationerna gemensamt tagit ett grepp och utvecklat den första gemensamma europeiska examinationen i psykiatri: European Board Examination in Psychiatry (EBEP).

Provet lanseras första gången den 28 februari och målet är att vara ”En nyckelkomponent i harmonisering av psykiatrisk ST-utbildning och professionell standard genom Europa” samt att stärka möjligheten till mobilitet över gränser i Europa för psykiatriker och öka kvaliteten på psykiatrisk sjukvård.

Uttalat utgör testet inte en ersättning för nationella kvalifikationer. Det innebär inte heller formell rättighet att praktisera i andra länder i Europa, oavsett om den skrivande kommer inifrån EU-land eller utifrån. Provet har alltså inte någon sådan formell status, men kan såklart åberopas som merit.

Testet görs online från dator, surfplatta eller telefon. Testet består av 100 frågor av typen multiple choice med 4–6 alternativ och enstaka kortsvarsfrågor med tre timmars skrivtid. Godkänningsgräns sätts efter att resultaten inkommit enligt internationell standard.

Kriterier för att få skriva testet är: legitimerad läkare, ST-läkare psykiatri (eller motsvarande) med minst fyra års arbetslivserfarenhet inom psykiatri och priset är ca 400 € för de skrivande.

Provet är utformat efter längre diskussioner inom EPA:s och UEMS sektioner och frågornas teman avspeglar vad föreningen anser vara viktigt för europeiska psykiatriker. Till exempel ställs frågor om organisation och ledarskap, och inte bara kliniska frågor. Även frågor inom barn- och ungdomspsykiatri förekommer.

I skrivande stund har anmälningen stängts till första testet som genomförs den 28 februari 2025 kl. 14.00–17.00 CET och det var sist artikelförfattaren hörde något ca 200 anmälda till provet. Det är i nuläget för mig också okänt hur många svenskar som är anmälda, om någon. Artikelförfattaren har ingått i frågeskrivargruppen som hade en bred representation från hela Europa.

För den som är nyfiken och vill veta mer finns möjlighet att lyssna på EPA Board Exams ordförande Andrew Brittlebank (UK) som kommer och berättar om testet samt bjuder in till diskussion om nationella och internationella tester på SPK.

Framtiden är oviss, men sannolikt kommer projektet drivas vidare årligen ett antal år framöver, kanske permanent och växande?

Karl Lundblad
Styrelsen SPF

På Svenska Psykiatrikongressen

Andrew Brittlebank deltar i programpunkten *National and international exams in psychiatry* i J2 torsdag den 13 mars kl. 15.15



Rapporten konstaterar att efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland unga har ökat de senaste åren, särskilt inom BUP.

Foto: Shutterstock/Shotprime Studio

Uppmärksam rapport om personalförsörjningen inom BUP

Nyligen publicerade Socialstyrelsen en rapport med titeln *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrien.*

Rapporten rönne mycket uppmärksamhet och nådde ledarsidorna på de flesta av dagstidningarna, gav upphov till en bra och efterlängtd debatt i det offentliga rummet.

Rapporten har arbetats fram i samverkan med WHO samt SF-BUP, och det har varit ett mycket roligt och givande sätt att

arbeta, där vi från professionsföreningen stått i direkt dialog med myndigheten.

Rapporten konstaterar att efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland unga har ökat de senaste åren, särskilt inom BUP. Trots ökade satsningar och fler vårdbesök står BUP fortfarande inför stora problem med långa väntetider och köer. En stor del av ökningen beror på den växande efterfrågan på vård för neuropsykiatriska diagnoser, främst ADHD, som nu utgör cirka 70 procent av BUP:s besök bland barn och unga i åldern 10–17 år.



En stor utmaning som belyses i rapporten är bristen på kvalificerad personal. Trots ökade resurser, främst bland sjuksköterskor och psykologer, saknas fortfarande tillräckligt med specialister, särskilt läkare, inom barn- och ungdomspsykiatri. Många psykiatriker vidareutbildar sig inom andra områden, vilket försvårar rekrytering och stabilisering av en kompetent läkarkår. Den ansträngda arbetsmiljön och brist på långsiktig planering för personalförsörjning förvärrar både arbetsklimatet och rekryteringsmöjligheterna.

Rapporten lyfter också den ojämlika tillgången till vård. Barn från socioekonomiskt utsatta områden har ofta större behov av BUP:s hjälp men får inte vården i den utsträckning de behöver. Samtidigt ses en överrepresentation av ADHD-diagnoser och insatser i mer gynnade områden, vilket strider mot målen om rättvis och behovsstyrd vård.

Vidare diskuteras det ökade beroendet av köpt vård som tillfälligt avlastat BUP men lett till en fragmentering av vårdkedjan, vilket riskerar att försvaga långsiktig kapacitetsuppbyggnad. Snabbtredningar och brist på erfaren personal har också påverkat kvaliteten på vården för barn med neuropsykiatriska diagnoser. Fortsätter utvecklingen spår rapporten att det kan leda till en ytterligare utarmning av den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten.

För att möta dessa utmaningar föreslår rapporten en strategisk omställning. Fokus bör ligga på att utveckla integrerade vård- och personalförsörjningskedjor som kombinerar vård, utbildning och forskning. Detta kräver långsiktiga investeringar för att bygga kapacitet, förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer samt säkerställa jämlik vård till barn i socioekonomiskt utsatta områden. En sådan omställning skulle minska beroendet av köpt vård och stärka BUP:s långsiktiga kapacitet och hållbarhet. Man identifierar vidare olika lösningsutrymmen för att förbättra situationen inom BUP. Dessa lösningsutrymmen syftar till att skapa handlingsutrymme och dialog mellan aktörer som vårdens huvudmän, elevhälsan, habilitering, forskare med flera, där Socialstyrelsen föreslås fungera som samlade aktör för denna dialog.

Man har redan på Socialstyrelsen ett pågående arbete med att utveckla metoder för effektiv personalplanering inom hälso- och sjukvården på nationell nivå. Ett prognosverktyg ska tas fram för att bedöma personal- och resursbehov baserat på både nuvarande och framtida vårdbehov inom BUP. Verktyget kommer även att beakta överlappande arbetsuppgifter mellan olika professioner. Dessutom analyserar Socialstyrelsen skillnader och likheter mellan professionerna för att stödja utvecklingen av tvärprofessionella team och förbättra samarbetet mellan yrkesgrupperna inom verksamheten.

Vidare föreslår rapporten fortsatt arbete inom Socialstyrelsen och relevanta aktörer med

- **Informationsinsatser:** Tillsammans med Folkhälsomyndigheten och andra aktörer vill Socialstyrelsen initiera informationsinsatser om barns utveckling och psykisk ohälsa för att öka jämlikheten i vården.
- **Pilotprojekt för administration:** Socialstyrelsen samarbetar med regionerna för att effektivisera administration och kvalitetsmätning, vilket ska förenkla rutiner och frigöra resurser för mer individcentrerad psykiatrisk vård.
- **Lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja:** Ett pilotprojekt för att främja systematiskt lärande inom BUP och analysera effekterna av tidigare insatser och vårdkedjans helhetsperspektiv.
- **Optimering av resurser:** Pilotprojekt för att optimera användningen av personalresurser inom BUP, inklusive flexibla lösningar som rotationstjänster och digitala konsultationer, för att förbättra tillgången till specialistkompetens.

Slutligen identifieras ytterligare områden vilka kräver mer omfattande nationell samling: För att säkerställa en hållbar personalförsörjning inom BUP krävs ett systemperspektiv som omfattar utbildning, handledning och karriärutveckling. Statliga insatser behövs för långsiktig kapacitetsuppbyggnad, i samarbete med regionerna. Utan dessa insatser riskerar specialistläkarresurserna inom BUP att utarmas, vilket skulle leda till att barn och unga inte får den vård de behöver och har rätt till. Rapporten diskuterar också att en översyn av vårdgarantin skulle kunna genomföras för att identifiera justeringar som minskar etisk stress hos personalen och främjar en hållbar arbetsmiljö.

SFBUP är glada för rapporten och uppmanar alla att läsa den i sin helhet. Tillsammans för vi debatten vidare!

Carl-Magnus Forslund,
för SFBUP:s styrelse.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-1-9383.pdf>

ANNONS



Partnerskap för psykisk hälsa



Ett antal ledande organisationer inom området psykisk hälsa har undertecknat en avsiktsförklaring för att stärka sin samverkan kring arbetet inom området.



Efter två år med olika former av möten med fokus på att stärka samarbetet träffade jag i slutet av januari representanter för Fysioterapeuterna, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, Sveriges Arbetsterapeuter, Psykologförbundet, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och undertecknade en gemensam avtalsförklaring för stärkt samarbete vid gemensamma frågor. För närvarande planerar partnerskapet en gemensam programpunkt under Almedalsveckan.

Nedan följer pressmeddelandet från NSPH, som varit sammanfattande till möten inför formalisering av detta stärka samarbete, som skickades ut i samband med undertecknandet. Avsiktsförklaringen finns att läsa i sin helhet på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Ny samverkan ska stärka arbetet med psykisk ohälsa

Ett antal ledande organisationer inom området psykisk hälsa har undertecknat en avsiktsförklaring för att stärka sin samverkan kring arbetet inom området. Syftet med initiativet är att förbättra situationen för människor som lever med psykisk ohälsa och deras anhöriga, samt att stärka professionernas förutsättningar för att kunna genomföra sitt uppdrag i arbetet med målgruppen.

Genom att samarbeta inom några identifierade områden ser parterna stora möjligheter till starkare genomslag i samhällsdebatten för att skapa en mer jämlik och kunskapsbaserad vård samt bättre insatser för målgruppen.

- Tillsammans kan vi få större genomslagskraft i arbetet med att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa och de professioner som arbetar med målgruppen. Ett sådant exempel är arbetsmiljön inom vård och omsorg, som ofta är väldigt ansträngd och som vi vet går ut över personal såväl som patienter. Vi är därför väldigt glada att vi nu tecknat denna avsiktsförklaring för att stärka vår samverkan mellan brukar-, patient-, anhörigorganisationer och professionsorganisationerna, säger Conny Allaskog ordförande NSPH.

Avsiktsförklaringen belyser några av de utmaningar som präglar området idag. Den innehåller tre identifierade områden där undertecknade organisationerna delar uppfattning och vision om hur de gemensamt kan bidra till en bättre utveckling av vård och stöd för målgruppen såväl som för de många yrkesgrupper som möter gruppen i sitt arbete.

Undertecknade organisationer kommer tillsammans att arbeta för:

- **Högre prioritering av psykisk ohälsa** – Psykisk ohälsa måste få samma prioritet och resurser som somatisk ohälsa, både inom samhället, hälso- och sjukvården och politiken.
- **En mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja** – Vårdprocessen måste vara kontinuerlig, personcentrerad och skapa delaktighet och möta patienternas behov.
- **Förbättrad arbetsmiljö och kompetensförsörjning** – För att kunna möta behoven hos personer med psykisk ohälsa måste arbetsmiljön för de yrkesverksamma inom psykiatrisk vård och övriga aktuella verksamheter förbättras och kompetensförsörjningen säkras.

Tillsammans vill undertecknade organisationer synliggöra sambandet mellan en god vård och en god arbetsmiljö för professionen, och betona vikten av tvärprofessionella samarbeten där både professionell och egen erfarenhetsbaserad kunskap tas tillvara.

- Vi är övertygade om att en mer jämlik, kunskapsbaserad och resursstark psykiatrisk vård såväl som andra verksamheter och insatser som möter gruppen, inte bara förbättrar livskvaliteten för personer med psykisk ohälsa utan också bidrar till ett mer hållbart och välfungerande samhälle i stort. Genom våra gemensamma ansträngningar vill vi skapa förändring som gör skillnad – för individen, professionen och samhället, säger de organisationer som företräder professionen i samarbetet.

Maria Larsson
Ordförande SPF

På Svenska Psykiatrikongressen

Conny Allaskog och Kristina Taylor, två av avtalets undertecknare, deltar i programpunkten *Allvarligt talar – samverkar vi på riktigt eller är det bara ord?* i Kongresshallen onsdag den 12 mars kl. 15.15.

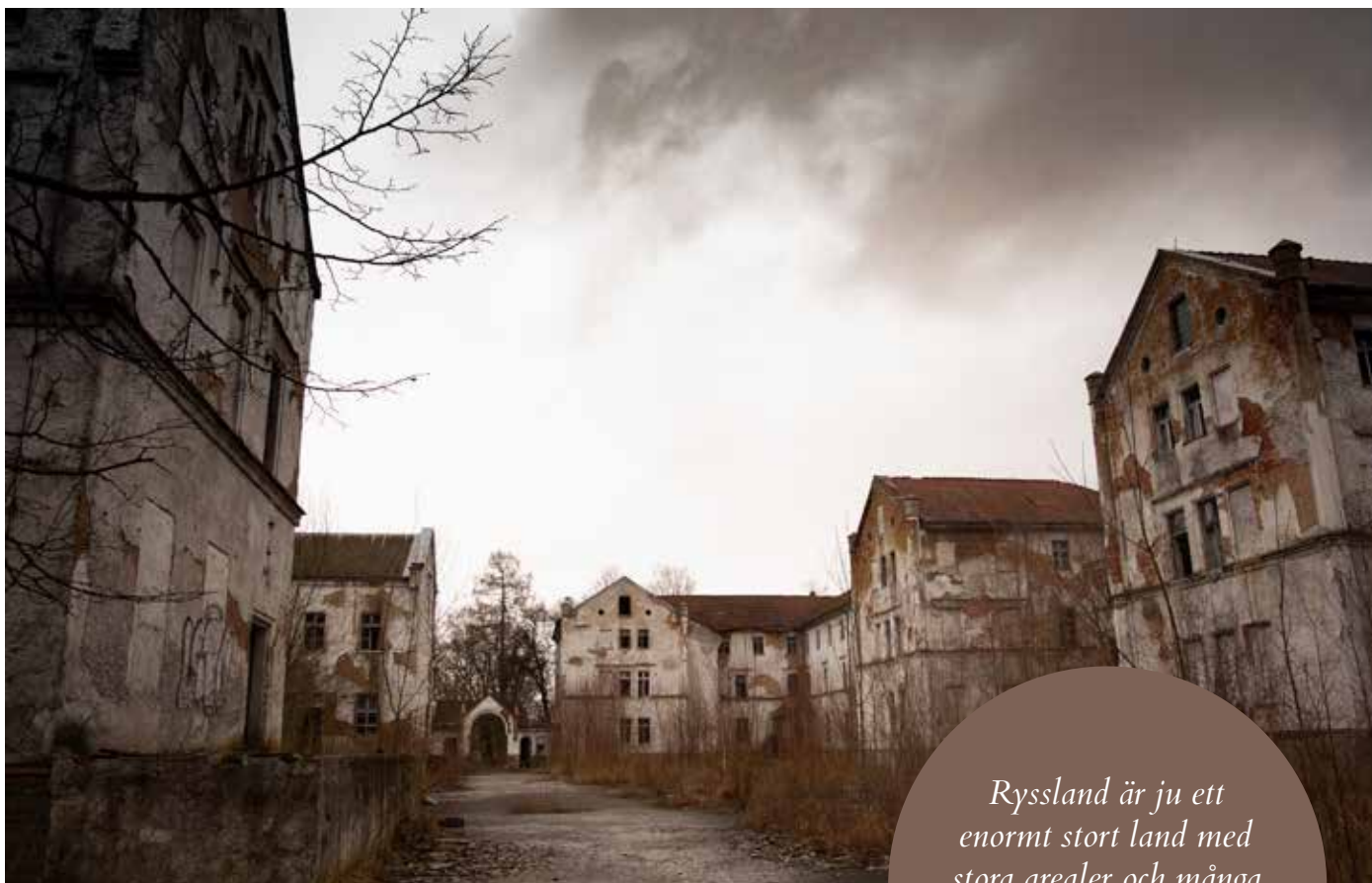


Foto: Shutterstock/Natalya Fedotova

Ryssland är ju ett enormt stort land med stora arealer och många olika etniska grupper (kring 190).

Vart är psykiatrin i Ryssland på väg?

Jag var på den nordiska psykiatrikongressen i Tromsø i Norge 2012, och en av psykiatrerna i den ryska delegationen höll ett litet tal på kvällen vid middagen, där han med emfas och karaktäristisk rysk brytning sa: "We used to fight, now we shall cooperate." Det känns som att det var längesedan och att "upptiningen" frös till igen. Jag har funderat på utvecklingen av psykiatrin i Ryssland den senaste tiden, med tanke på kriget mot Ukraina och den nuvarande utvecklingen i Ryssland.

Ryssland är ju ett enormt stort land med stora arealer och många olika etniska grupper (kring 190). Styret i Ryssland anses vara auktoritärt och misogynt (Sofi Oksanen, 2024). Det är välkänt att den ryska psykiatrin sedan andra världskriget har använts för att sjukförklara och spärra in dissidenter i Ryssland. Redan på tsarernas tid förekom dock missbruk av psykiatrin i landet. Filosofen **Pjotr Tjaadajev** publicerade åtta *Filosofiska brev*, på franska 1826–31,

där han kritiserade Ryssland för att vara underutvecklat. Det viktigaste budskapet i Tjaadajevs Filosofiska brev var att Ryssland hade sackat efter andra länder och inte bidragit till världens utveckling. Kritiken förgade de ryska myndigheterna och tsar Nikolaus 1. Tjaadajev bedömdes vara galen och placerades i husarrest och bevakades av polis under återstoden av sitt liv.

Psykiatrin i Ryssland missbrukades också under Lenins och Stalins tid. Under Chrusjtjovs tid förvärrades missbruket av den ryska psykiatrin. Nikita Chrusjtjov lär ha sagt att ingen person som är frisk skulle protestera mot regeringen eller kommunismen. Även under Brezjnevs tid fortgick missbruket av den ryska psykiatrin.

Andrej Snezjnevskij, var chef för Psykiatriska institutet i Ryssland och redaktör för landets enda psykiatriska tidskrift. Han var ledare för den ryska psykiatrin från år 1962 fram till mitten av 1980-talet och var den som utvecklade diagnosen "sluggish schi-

zophrenia”. Många tror att denna suspekta diagnos utvecklades på begäran av det ryska kommunistpartiet.

Enligt Snezjnevsjij utvecklades ”sluggish schizophrenia” gradvis och kännetecknades av vanföreställningar om ”reformism och antisovjetiskt tänkande”. Reformistiska vanföreställningar kunde t.ex. vara att man önskade få utöva sin religion och att man kritiserade bristen på öppenhet och insyn i maktutövningen. Opposition mot den allenarådande och starka staten beskrevs som sjuklig grandiositet. Ett annat sjukdomstecken ansågs vara dålig social anpassning, som tolkades som ett tecken på protest mot konformism. När inget annat passade ställde man diagnosen ”skenbar normalitet” på olik tänkande. Genom sjukförklaringarna kunde makthavarna undvika offentliga rättegångar och man kunde enkelt spärra in dissidenterna på mentalsjukhus på obestämd tid.

De ryska psykiatrerna indoktrinerades i att använda diagnosen ”sluggish schizophrenia”. Under studietiden fick de studera marxism-leninism, kommunistpartiets historia, materialism och vetenskaplig ateism. En del blev en sorts dubbelagenter för den kommunistiska regimen.

Fallet Petro Grigorenko, tataraktivisten Ilmi Umerov och punktrion Pussy Riot

En som råkade mycket illa ut för den politiserade psykiatrin i Sovjetunionen var **generalmajoren Petro Grigorenko** (Läkartidningen, 2014). Han kritiserade bristen på demokrati i kommunistpartiet och bestraffades hårt för sina åsikter. Han anklagades för sovjetfientlig propaganda och bedömdes just ha ”sluggish schizophrenia” och spärrades in på det ökända Serbskij-institutet i Moskva, och därefter på olika mentalsjukhus. Till slut fräntogs han sitt ryska medborgarskap och fick emigrera till USA. Hans psykiska status evaluerades i USA av psykiatrer, och man kom fram till att han inte hade någon psykisk sjukdom. Han slutade sina dagar i USA 1987.

Ett annat fall är **tataraktivisten Ilmi Umerov**, som 2016 uttalade att Krim borde återförenas med Ukraina. Detta ledde till att han spärrades in på ett psykiatriskt sjukhus och nekades behandling för sina somatiska sjukdomar.

De tre unga kvinnor som var medlemmar i **punktrion Pussy Riot** bedömdes alla ha personlighetsstörningar efter sin protestaktion i Frälsarkatedralen i Moskva 2012 (Forskning och Framsteg, 2014). Deras protestaktion bestod i en punkböen, i vilken de unga kvinnorna bad att jungfru Maria skulle ta bort president Putin. De tre unga kvinnorna bedömdes vara skyldiga till ”huliganism” och bestraffades hårt med två års fängelse vardera.

I samma artikel i Forskning och Framsteg varnades för att det åter fanns tecken på missbruk av psykiatrin i Ryssland. Kritiska medborgare kan t.ex. skickas på psykiatrisk utvärdering i 30 dagar. Även Amnesty International har påtalat att psykiatrin åter missbrukas i Ryssland. I en artikel ifrån Europaparlamentet påtalades att psykiatrin stod på en låg nivå och dessutom var korrump. Falsa psykiatriska diagnoser såldes och friska olik tänkande påtvingades plågsam behandling med neuroleptika (Robert van Voren, 2013).

Hur är det nu?

I maj i år publicerades en artikel i The Lancet (Ed Holt, 2024) där det rapporterades en ökande användning av repressiv psykiatri i Ryssland. Forskning bedriven av Human Rights in Mental Health (se FGIP) och Andrej Sacharovcentret rapporterade att 86 kända fall av missbruk av psykiatri hade förekommit de senaste två åren i Ryssland. Människorättsaktivister, miljöaktivister och människor som motsatt sig anfallskriget i Ukraina hör till de individer som råkat speciellt illa ut och tvångsvårdats på psykiatriska sjukhus under förfärliga förhållanden (Alexander Smith et al, 2024).

Enligt Holts artikel hade man inhämtat åsikter från en anonym rysk psykiater som beskrev att förhållanden var tortyrliknande på sjukhus som bedrev psykiatrisk tvångsvård. Det finns inte heller någon offentlig insyn i psykiatriska vårdinrättningar i Ryssland och oberoende observatörer kan inte besöka eller evaluera de förhållanden som råder. I artikeln togs också upp att det var viktigt att missbruk av psykiatrin påtalades av psykiatrerna både i Ryssland och i andra länder. Det måste ju krävas exceptionellt mod för att göra detta, med tanke på utvecklingen i Ryssland och den hårdhet som olika sorters aktivism där bestraffas med.

Det verkar inte heller vara helt lätt att vara psykiater i Ryssland. Det måste vara grava samvetskonflikter ibland och svårigheter att bedriva sjukvård med dåliga resurser för psykiatriska patienter. En annan svårighet måste vara isolering ifrån internationell psykiatri och forskning.

Cecilia Mattisson

*Pensionerad psykiater, docent Lunds universitet
Lomma*

Referenser

Sofi Oksanen, I samma flod, Putins krig mot kvinnorna. Årtal

Läkartidningen, 2014. Lars Sjöstrand. Petro Grigorenko sovjetisk general, människorättskämpe och mentalpatient.

Forskning och Framsteg, 2014. Ulrika Engström. Psykiatri som hot och straff.

Skrivelse ifrån Europaparlamentet, 2013. Robert van Voren, chief executive of the Initiative of Psychiatry. FGIP.

www. TheLancet.com vol 403 May 4, 2024.

The Lancet Regional Health-Europe

Ska psykiatrin vara sämre?

Foto: Shutterstock/Metaworks

Gällande hjärtsjukdomar har det skett en dramatisk minskning av såväl förekomst som dödlighet i landet.

I decennier har somatiska kvalitetsregister lett till förbättrade vårdprocesser och forskning som bidragit till bättre vård för stora patientgrupper. De psykiatriska kvalitetsregistren har arbetat för att bygga upp motsvarande system men problem med bland annat datasystem som inte kunnat stödja informationshämtning har lett till att de inte tagit fart. Kritiker säger att det kanske inte är möjligt med psykiatriska kvalitetsregister och att vi nog behöver tänka om och lägga ner. Vi tror att vi behöver tänka precis tvärtom och satsa.

Framgångsrika exempel från somatiken

Tre exempel på framgångar för svensk sjukvård med stöd av nationella kvalitetsregister kommer från SWEDEHEART för hjärt- och kärlsjukdomar, Nationella Diabetesregistret (NDR) och Cancerregistren.

Gällande hjärtsjukdomar har det skett en dramatisk minskning av såväl förekomst som dödlighet i landet. Diagnostik och behandling av hjärtsjukdom bedöms delvis ha förbättrats via insamlad kunskap från SWEDEHEART. Registret kan genom analyser av skillnader mellan regioner ge möjlighet till lärdom från regioner där vården fungerar bäst. SWEDEHEART insamlar information från samtliga sjukhus som vårdar patienter med akut kranskärlsjukdom och speglar en inte selekterad population. Det nationella kvalitetsregistrets arbete ligger också som grund för forskning om hjärtsjukdomar och har resulterat i ny vetenskap av hög kvalitet

som påverkat vården av hjärtsjukdom inte bara i Sverige utan i hela världen.

NDR har genom jämförelser, analyser och forskning bidragit till ökad kvalitet i vård av patienter med diabetes. Man ser goda resultat för blodsockerkontroll vid typ 1-diabetes under livet från barndom till vuxenålder i Sverige. Att Sverige har öppna kvalitetsregisterdata och att vårdenheter jämför sig med varandra och utbyter erfarenheter är en sannolik förklaring till de fina svenska resultaten kring diabetes enligt internationella jämförelser.

Cancervården har tydligt fokus på kunskapsstyrd utveckling av vården via kvalitetsregister och har ett särskilt organisatoriskt stöd via Regionala Cancercentrum i Samverkan. Återkoppling av kvalitetsregisterdata är en av hörnpelarna i den nationella cancerstrategin för att kunna uppnå målen. Överlevnad och livskvalitet efter cancerdiagnos har ökat påtagligt de senaste åren genom det systematiska arbetet.

Psykiatriska kvalitetsregister

För drygt 20 år sedan lades grunden för det första psykiatriska kvalitetsregistret, Bipolär. Sedan dess har fler psykiatriska kvalitetsregister utvecklats inom vuxenpsykiatrin men också flera tvingats läggas ner.

Låg täckningsgrad bland annat kopplat till problem med datasystemen, oklarheter kring ansvaret för infrastruktur, bristande efterfrågan på återkoppling av psykiatriska ledningsgrupper bedöms

som några orsaker. Vidare har registren fått en låg årlig ersättning som enbart täckt det basala arbetet och en osäkerhet från år till år om ersättning ska fortsätta vilket minskat möjligheten till strategiska satsningar.

Registret för psykosvård, *PsykosR*, lades ned 2023 men kunde överleva genom sammanslagning med *Bipolär till Bipolär-psykosregistret – Bipsy*.

Kvalitetsregistret för ADHD, *BUSA*, är helt nedlagt och registret för ätstörningsvård, *RIKSÄT*, står utan medel. Idag fungerar *ECT-registret* och *Rättspsykiatriska kvalitetsregistret* bäst och bidrar till god utveckling inom sina områden. Kvalitetsregistren för beroendemedicin – *Bättre Beroendevård* – och psykologisk behandling via internet – *SibeR* – fungerar även relativt bra. Emellertid minskar ersättningen till alla register samtidigt som det finns stora områden inom vuxenpsykiatri som idag inte alls följs upp med nationella indikatorer.

Barn- och ungdomspsykiatri har utvecklat ett kvalitetsregister för all psykiatrisk vård – *Q-bup*. Det räddades nyligen från nedläggning genom att BUP Sverige gått samman och erhållit stöd från en datastark verksamhet i Region Stockholm. Alla regioner är ändå inte med i Q-bup på grund av bland annat problem, även här, med datasystemen.

Psykiatriska kvalitetsregisters framtid

Kritiker anser att vi nu provat med psykiatriska kvalitetsregister och att det inte fungerar och behöver läggas ned. Vi tänker tvärtom att de behöver stärkas och att det borde vara en självklarhet att psykiatrisk vård styrs av nationella kvalitetsmått. Till att börja med behöver alla upphandlade datasystem anpassas för att kunna ge återkoppling via kvalitetsregister. Vidare behöver de psykiatriska kvalitetsmåten efterfrågas i högre grad av landens psykiatriska ledningsgrupper för att få genomslagskraft och vi föreslår att SKR:s årliga presentation av Psykiatri i Siffror inför kvalitetsmått från ett nationellt stärkt kvalitetsregistersystem som komplement till nuvarande struktur- och processmått.

Kanske kan en satsning på ett generiskt Q-vup med specifika frågeställningar kopplat till olika diagnosgrupper vara en väg framåt i kombination med en modell med Regionala Psykiatricentrum i Samverkan som stödjer detsamma?

Socialdepartementet publicerade ett uttalande från sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson oktober 2024:

- Nationella kvalitetsregister spelar en avgörande roll i att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registerna möjliggör jämförelser inom hälso- och sjukvården på både nationell och regional nivå, vilket ger verksamheterna värdefull återkoppling och stödjer kliniskt förbättringsarbete.

Vi önskar nu att de psykiatriska kvalitetsregistren får stöd och förutsättningar för att komma i kapp de somatiska. Det förtjänar även den psykiatriska patienten.



Cecilia Svanborg
Nätverket för psykiatrireger



Maria Larsson
Ordförande SPF

På Svenska Psykiatrikongressen

Cecilia Svanborg deltar i programpunkten *Kvalitetsregister grund för framtidens vård eller byråkratiskt hinder?* i Kongresshallen torsdag den 13 mars kl. 09.00.

För psykiatern som ledare med ett fördjupat biopsykosocialt perspektiv

Intervju med Shahram Shaygani

De senaste åren har SPF stärkt sitt internationella samarbete, bland annat genom att sedan 2023 ha en internationell sekreterare i styrelsen. Vidare deltog styrelsen under 2024 på NCP i Riga, delvis kopplat till att vi 2027 kommer att agera värdar för denna internationella kongress.

Under symposiet *What should a psychiatrist do: how do we shape our role in the treatment team* på NCP i Riga höll Shahram Shaygani ett inspirerande och genomtänkt föredrag om psykiaterns roll idag och i framtiden. Jag passade därför på att bjuda in Shahram, som är dubbelspecialist i beroendemedicin och psykiatri samt medlem i Norsk psykiatrisk forening, till SPK. Inför kongressen ställde jag honom några frågor om hans syn på psykiaterns roll och utveckling framåt.

Varför valde du att utbilda dig till psykiater?

Jag kommer från ett hem där akademisk utbildning var en självklarhet. I min familj ansågs läkaryrket vara det mest anrika man kunde välja, något som säkerligen påverkade mitt beslut. Valet av specialisering var dock inte lika självklart. Mer för att följa familjens önskemål, än mina egna, började jag utbilda mig till internmedicinare, innan jag bytte till neurokirurgi. Först när jag var 25–26 år insåg jag att det var psykiater jag ville bli. Det kom som en chock för min familj, särskilt för min far, som med åren och psykiaterns utveckling emellertid blev väldigt stolt.

Hur ser du på psykiaterns roll?

För mig är det självklart att psykiatern ska stå för en bio-psykosocio-existentiell modell inom psykiatrin. En helhetssyn där vi som psykiatrer fungerar som professionella ledare med god översikt över fältet. Vi ska vara goda generalister i första hand, med förmåga att integrera de bio-psykosocio-existentiella perspektiven. Vi kan naturligtvis också vara särskilt kunniga inom något av dessa områden, som till exempel neuropsykiatri eller psykoterapi, men vi ska aldrig förlora vår roll som generalister och pragmatiska kliniker.

Vad inspirerar dig?

Inom psykiatrin var min första stora inspiration Viktor Frankl, och boken *Livet måste ha mening* påverkade mig djupt. Sedan dess har många psykiatrer och filosofer inspirerat mig, och det är svårt att välja en. Jag skulle kanske säga böcker i allmänhet, eftersom jag alltid söker mer kunskap.

När jag som politisk flykting kom till Norge i slutet av tonåren var jag till exempel mycket intresserad av att förstå psykologin bakom ondska. Jag läste boken *The Anatomy of Human Destructiveness* av Erich Fromm för att försöka förstå vissa händelser som jag själv bevittnat, händelser som jag upplevde som oförenliga med humanismens principer. I Norge har jag också deltagit i debatter om sekularisering, bland annat i samband med karikatyrstriden,



där jag betonade vikten av att alla religioner och livsåskådningar måste kunna tåla kritik. Yttrandefriheten som en gemensam värdering bör alltid komma först. På senare tid har jag också blivit alltmer övertygad om att vi kan lära oss mycket om psykiatri genom skönlitteraturen.

Kort sagt inspireras jag bland annat av kunskap och vidsynthet.

Du är både dubbelspecialist och utbildad psykoanalytiker, något som är ovanligt i Sverige. På vilket sätt tycker du att dessa kompetenser stärker varandra?

Jag anser att all kunskap kan förstärka varandra när den används på rätt sätt. Idag arbetar jag på Trasoppklinikken, en beroendeklinik i Norge, där jag ser hur den breda kompetensen från allmänpsykiatrin hjälper mig att förstå differentialdiagnostik. Min psykoanalytiska kompetens ger mig en djupare förståelse för människans omedvetna konflikter och motiv, samt för överförings- och motoverföringsfenomen som är kliniskt relevanta i varje patientmöte.

Mitt sätt att använda psykoanalysen är inte nödvändigtvis knutet till barndomen eller till att återskapa mönster därifrån, utan handlar snarare om att stärka den terapeutiska relationen och utforska hur vi som kliniker på bästa möjliga sätt kan hjälpa våra patienter.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Foto: Gard Rønnøw, Npf

På Svenska Psykiatrikongressen

Shahram Shaygani deltar i programpunkten *Den nordiska psykiaterns själ och hjärta* 2025 i H1 fredag den 14 mars kl. 11.15.



Cirkus Psykos - en monolog med målsättning att hjälpa

Jag träffade Daniel Larsson på Kulturhuset i Stockholm över en kopp kaffe för att höra om bakgrunden till att han skrivit monologen *Cirkus Psykos* om sitt eget insjuknande i bipolär sjukdom typ 1 och varför han väljer att framföra den för hundratals psykiatrer i samband med invigningen av SPK 2025.

Vad hände när du blev sjuk?

Jag befann mig mitt i livet som småbarnsförälder och med ett intensivt arbete som skådespelare då tillvaron började snurra allt fortare. Gradvis minskade sömnbehovet och försvann sedan helt. Jag insjuknande i vad jag sedan förstått var en mani där vad som var verkligt och inte helt suddades ut. Jag hade upplevelser som både var fantastiska, norrsken i vardagsrummet, och fruktansvärda, att jag var förföljd av personer som ville mörda mig, och behövde tvångsvårdas flera gånger. Under de första åren efter mitt insjuknande orkade jag ibland inte leva och jag försökte flera gånger att ta mitt liv. Tillståndet påverkades också av att jag i vissa perioder både använde alkohol och droger på ett skadligt sätt vilket ledde till en mycket instabil sjukdom.

Livet förändrades på så många sätt. Efter en tid ville ingen anställa mig längre vilket påverkade ekonomin och möjligheter till rutiner i vardagen kraftigt. Vidare drog sig vänner och familj undan, en efter en, då jag förändrades och blev en helt annan person. Jag kan förstå det idag om än det gjorde ont då. Jag är tacksam att min bror Patrik fanns med hela tiden om än han tidigt gjorde klart att han skulle hålla sig på ett visst avstånd för att orka finnas kvar som stöd över tid.

Hur mår du idag?

Idag mår jag för det mesta bra. Jag har jobb planerat på Stadsteatern och har fått ett nytt fast jobb på Mosaikteatern som gör teater tillsammans med individer med Downs syndrom. Jag föreläser ibland och har nu i februari åter spelat *Cirkus Psykos* några gånger. Jag har en ny relation sedan några år och har lyckats repera relationen med mina barn efter de tyngsta åren. Jag är övertygad om att litium bidragit till att det fungerar för mig idag, i kombination med att jag försöker ta hand om mina rutiner och goda levnadsvanor bättre.

Så här i efterhand kan jag undra varför det tog flera år innan jag blev inställd på rätt behandling. Det var livsfarliga år för mig och extremt tunga för både mig och mina närmaste.

Vad hade du önskat av vården?

Som nämnt har jag svårt att förstå varför det behövde dröja så länge innan man hittade rätt behandling? Borde det inte gått att hitta rätt behandling för mig snabbare?

Rent allmänt skulle jag också vilja att det fanns mycket bättre stödsystem för närstående. Jag minns att mina barn blev kallade till något möte på avdelningen någon gång som de nog mest kände var konstigt. Vidare gick min pappa och bror någon form av informationskurs som de upplevde lite distanserad från vem jag var och hur problemen yttrade sig för mig.

Tror i grunden att det är viktigt att vårdpersonal alltid ska se varje människa som unik och att påminnas om att den situation som kanske för er är vardag inte är det för den drabbade.

Varför beslutade du att skriva monologen *Cirkus Psykos*?

Jag blev kontaktad av en förläggare och började skriva en bok om mina upplevelser men när jag skickade den till en manusförfattare för hjälp att komma vidare sa han att det här skulle göra sig bättre som en monolog.

Varför har du tackat ja till att hålla monologen under invigningen av SPK?

Mitt mål när jag tänkte att jag skulle skriva en bok som sen blev denna monolog, var att kunna hjälpa någon annan i motsvarande situation. Kopplat till att er kongress riktar sig till psykiatrer kan jag inte tänka mig bättre målgrupp att nå ut till. Det är ju ni som träffar människor som insjuknar. Förhoppningsvis kan *Cirkus Psykos* bidra till stärkt engagemang i nästa patientmöte och arbete med stöd av närstående i er vardag där ni möter många människor som jag som tappar hela sin värld och verklighet, samt dennes familj. Kan framförande av monologen på Svenska Psykiatrikongressen på det sättet bidra till att hjälpa en individ har den fyllt sin roll.

Maria Larsson
Ordförande SPF
Foto: L_Micadelica

På Svenska Psykiatrikongressen

Daniel Larsson håller sin monolog *Cirkus Psykos* i Kongresshallen onsdag den 12 mars kl. 10.30, direkt efter invigningen.

När ST-läkaren själv får välja

Rapport från STP-konferensen 2025



Christopher Gillberg föreläser

I slutet på januari samlades en stor del av Sveriges ST-läkare inom de psykiatriska specialiteterna på STP-konferensen 2025, i år på Stenungsbaden precis utanför Göteborg. Konferensen är riktad till ST-läkare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri samt beroendesjukdomar och syftar till att utbilda och inspirera ST-läkare att ta del av olika kunskaper och perspektiv.

Det vetenskapliga programmet inleddes av **Lesia Sak** och **Oleksandra Nikolaieva**, psykiatriker i Ukraina som redogjorde för erfarenheterna man just nu drar gällande traumavård och PTSD-behandling bland soldater såväl som civila i krigsdrabbade områden. Det fortsatte därefter med **parallella föreläsningsspår under tre intensiva dagar**, innan **Christopher Gillberg** rundade av konferensen med en återblick på utvecklingen av hur vi sett på kognitiva funktionsnedsättningar, och var vi står idag.

Utöver det vetenskapliga programmet innehöll konferensen flera guldorn – det fanns även i år möjlighet att skriva **SPF:s kunskapstest** i anslutning till konferensen, vilket ett femtiotal hugade gav sig på.

Under kvällen bjöds det även på underhållning i form av "livepodd utan inspelning", där podden **Samtal om Samtal** höll ett avsnitt om **samtalets och småpratets värde** för människan.

Ett av kvällens mer interaktiva inslag var en workshop om **mindfulness som samtalsteknik**, där deltagarna fick utforska fenomenologin – d.v.s. deras egna subjektiva upplevelse av nuet – då de var närvarande och autentiska med en annan människa.

STP-konferensen sker på årlig basis, och av hävd vartannat år på väst- respektive östkusten. **Till januari 2026 ser vi fram emot att åter välkomna Sveriges blivande psykiatriker på en intensiv och rolig konferens** – håll utkik i Svensk Psykiatri och på STP:s sociala medier i höst för mer information!

Johan Nilsson
Ledamot, STP
Foto: STP



Martin Glans, Christopher Gillberg, Linda Ranneberg

Två röster om SPF:s Kunskapstest 2025

SPF:s Kunskapstest hölls för andra året i rad under STP-konferensen i Stenungsbaden. Testet består av 100 flervalsfrågor på nivå motsvarande ST i vuxenpsykiatri (vad en duktig nybliven specialisläkare i vuxenpsykiatri förväntas kunna), inkluderande bredd och svårighetsnivå. Det kommer också i år att erbjudas under SPK. Testet har omarbetats från föregående år med majoriteten nya frågor. Nedan följer intervjuer med två av de 52 psykiatriker som gjorde testet under STP-konferensen.



Daniel Hedqvist
chefsöverläkare
Skellefteå



Moa Dahlberg
ST-läkare
Lycksele

Hej Daniel!

Hur var det att göra SPF:s kunskapstest 2025?

Det var så klart lite nervöst, och det gäller att hålla uppe tanke-skärpan under 100 frågor.

Hur kommer du att använda de resultat/lärdomar som du fått av det?

Frågorna på testet är klart kliniskt relevanta så de är lätta att omsätta i vardagen på avdelningen.

Rekommenderar du kollegor att göra kunskapstestet?

Verkligen! Jag är imponerad över frågornas bredd och hur väl man har lyckats täcka in det breda fält som psykiatri ju är.

Hej Moa!

Hur var det att göra SPF:s kunskapstest 2025?

Det var intressant att göra provet, bra med lite blandade områden. Kändes ett tag som att frågorna bara fortsatte men det gick över förväntan att ta sig igenom alla 100 frågor ändå.

Hur kommer du att använda de resultat/lärdomar som du fått av det?

Jag kände att jag fick lite mer koll på områden där jag behöver uppdatera mig, det kändes som ett bra stöd för fortsatt lärande.

Rekommenderar du kollegor att göra kunskapstestet?

Absolut, även om jag tänkte mig att det antligen skulle vara slut på prov när man börjat sin ST kändes det här ändå görbart och som en bra grej att göra för egen del – skulle till och med kunna tänka mig att göra om det!

Matilda Naesström

Facklig sekreterare SPF

Foto: Daniel Hedqvist och Moa Dahlberg

Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention – vad händer nu?

Intervju med socialutskottets ordförande Christian Carlsson

Det handlar om livet, så heter regeringens strategi för området psykisk hälsa och suicidprevention som sträcker sig från 2025 till och med år 2034. Strategin bygger på ett samlat ramverk med fyra övergripande mål och sju delmål. I dagsläget har 27 myndigheter i uppdrag att medverka i arbetet kopplat till den nationella strategin och Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att samordna arbetet. För att få reda på mer om hur arbetet med den nationella strategin går tog jag kontakt med socialutskottets ordförande Christian Carlsson som även medverkar under SPK i programpunkt om densamma.



Vilka är dina förhoppningar för den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention?

Sverige behöver kraftsamla för att fler människor ska må bra, och för att den som inte mår bra ska kunna få stöd i tid. Vi behöver fortsätta att stärka psykiatrin, BUP och den psykiatriska kompetensen i primärvården. Elevhälsan behöver också stärkas. Men sanningen är att hela samhället behöver vara med och arbeta för att förebygga psykisk ohälsa och stärka människors välmående. Jag vill att den nationella strategin ska utgöra ett rejält avstamp för att på allvar stärka såväl det förebyggande arbetet som psykiatrin. Mina förhoppningar är att färre människor i Sverige ska behöva må dåligt, och att fler ska få stöd i tid.

Hur är socialutskottet inkopplade i arbetet framåt?

Regeringens förslag till nationell strategi har tagits emot av socialutskottet nu och den kommer att behandlas av oss i ett av våra betänkanden under våren. Därefter kommer beslut om strategin slutligen att fattas i kammaren innan sommaren.

Vilka är dina tankar om den handlingsplan som nu ska utvecklas av berörda myndigheter?

Regeringen har presenterat sin handlingsplan för strategins genomförande 2025–2026. Den tydliggör vilka regeringens prioriteringar är inom de olika målen och delmålen i strategin. Eftersom det är många olika aktörer som har ansvar för psykisk hälsa och suicidprevention, så är konkreta handlingsplaner även viktigt för berörda myndigheter för att nå framgång i arbetet. Folkhälsomyndigheten har dessutom fått i uppdrag att ta fram ett system för uppföljning med indikatorer, så att vi ska kunna följa upp arbetet på ett bra sätt.

Förstått att berörda myndigheter har många och olika regeringsuppdrag kring psykisk hälsa. Hur samordnas dessa med den nationella strategin för att bidra till stärkt utveckling?

Tanken med den nationella strategin är att säkerställa att de olika uppdragen, och myndigheternas arbete, ges en tydlig riktning. Vi behöver sträva mot samma mål för att vi ska kunna få full effekt av vårt samlade arbete för att främja psykisk hälsa.

Har man diskuterat något om ökad resurssättning för genomförande av den långsiktiga handlingsplanen motsvarande det Danmark gjorde efter hälsoekonomiska beräkningar kopplat till beslut om sin långsiktiga plan?

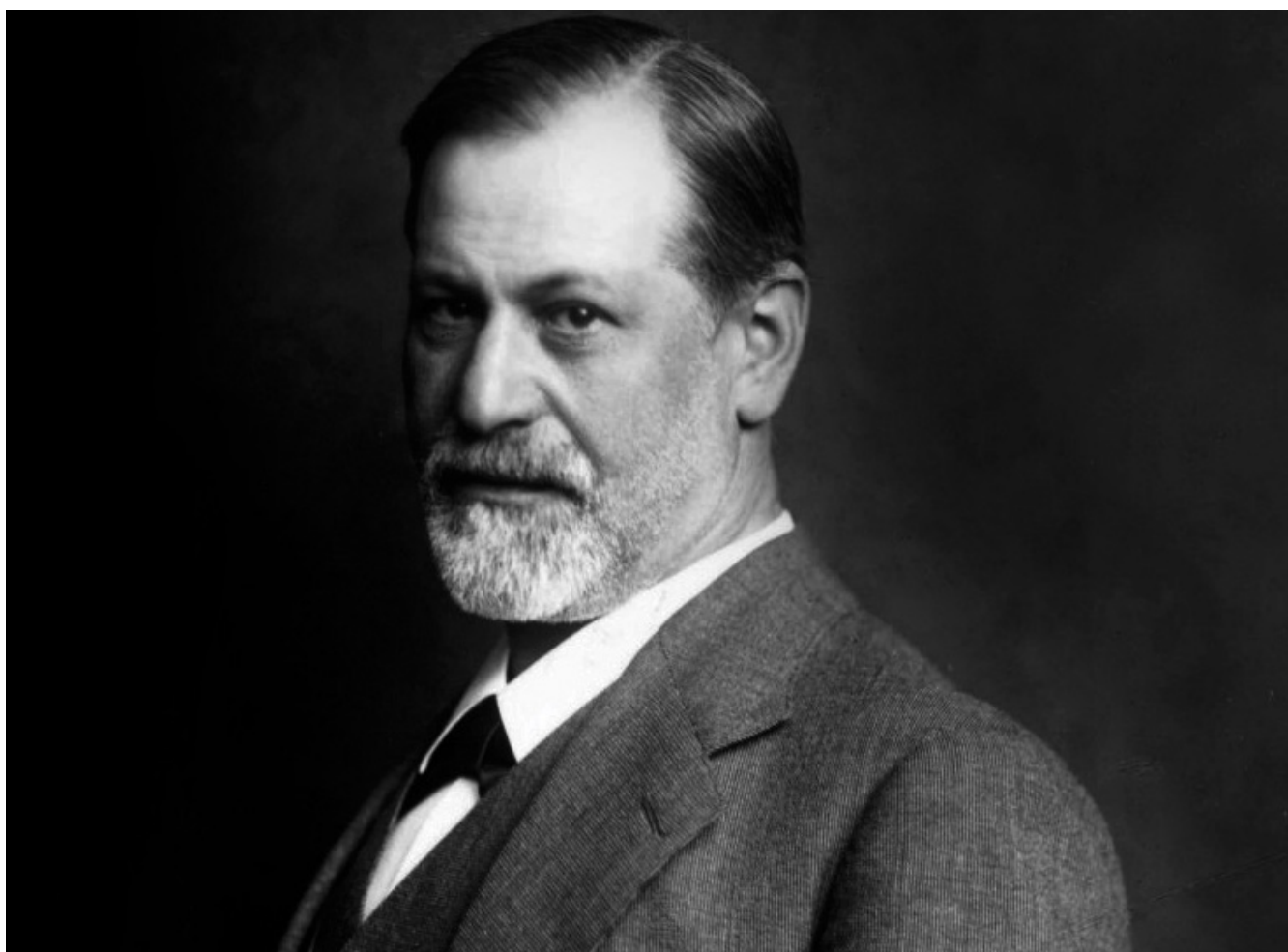
Det ska först sägas att regeringen har redan ökat resurserna och avsätter idag stora medel gällande området psykisk hälsa och suicidprevention. Ingen tidigare regering har faktiskt satsat så mycket på psykiatrin. Vi satsar 1 miljard årligen på BUP fram till 2027 för att vi ska kunna korta köerna. Primärvårdens arbete med psykisk hälsa, liksom arbetet med suicidprevention, stärks också. Våra prioriteringar kommer att göra skillnad, men vi är såklart öppna för att skjuta till mer resurser framöver om det behövs för att förverkliga strategin, och vi är även beredda att diskutera olika sätt att göra det. Det viktiga för mig är att vi i Sverige nu får till den kraftsamling kring psykisk hälsa och psykiatrin som vi så väl behöver.

Maria Larsson
Ordförande SPF

På Svenska Psykiatrikongressen

Christian Carlsson deltar i programpunkten *Den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention* i Kongresshallen onsdag den 12 mars klockan 16.15.

Den gudlöse juden Freud



Psykoanalysens fader Sigmund Freud föddes den 6 maj 1856 in i en judisk småföretagarfamilj i den lilla staden Freiburg i markgrevskapet Mähren. Med tanke på vad som verkar ha varit en blandning av ökad antisemitism, tidens ekonomiska bekymmer i allmänhet, och faderns dito i synnerhet fick familjen lämna sin hembygd illa kvickt. Freud var då tre år gammal. 1938 drevs familjen åter på flykt då det mänskliga mörker som Freud hade identifierat och varnat oss för att förtränga lade sig som en skugga över världen.

Efter en tid i Leipzig hamnade familjen i Wien och så småningom i stadsdelen Leopoldstadt. Från en jiddischtalande minoritetstillvaro mötte familjen en storstad där tyskt språk och tysk kultur dominerade.

Freud vantrivdes i den wienska kulturen. Han var ambivalent till staden, och stod inte ut med de musikälskande Wienbornas självgodhet; själv ansåg han sig vara "ganz unmusikalisch". Sin ambivalenta hållning till Wien lär han inte varit ensam om. Bland andra har den österrikiske skådespelaren Helmut Qualtinger sagt: "Alla wienares problem: ingen vill vara i Wien. Men ingen annanstans heller."

Freuds föräldrar och hans judiska arv

På bara tre generationer gick familjen Freud från att tillhöra gruppen traditionella "östjudar" i Galizien, i det österrikiska kejsardömetts yttre delar, till att bli en sekulariserad familj i huvudstaden Wien.

Freuds föräldrar var båda av judisk börd. Fadern Jacob verkar ha varit en varm person utan särskild talang för vare sig familjeförsörjning som ullhandlare eller ordning överhuvudtaget. Och modern beskrivs i idealiserade termer av sitt första av pa-

rets åtta barn, sonen Sigismund. Hon hade en markerad förkärlek för sin äldste son och kallade honom ”mein goldener Sigmund”. Freud hade också två äldre halvbröder från sin fars första äktenskap.

Vad man vet kom Freuds far Jacob från en chassidisk miljö. Hans far, Freuds farfar Schlomo, var rabbin och sonen Jacob försökte hålla traditionen levande, men påverkades starkt av den judiska upplysningen *Haskala*; en rörelse inom europeisk judendom som sökte närma sig upplysningens idéer under slutet av 1700-talet till slutet av 1800-talet. Moderns bakgrund var också rabbinskt präglad, men mer ortodox.

Fader Jacob dog 1896. Hans död blev ett hårt slag för sonen, och beskriver det som den viktigaste händelsen och den smärtsammaste förlusten i en mans liv. Reaktionen på Jacobs frånfärlighet tog flera uttryck. Bland annat började Freud samla på vitsar, något som skulle leda till boken *Vitsen och dess relation till det omedvetna* (1954, 1995), som nämns senare. I sorg och saknad efter faderns död började han även att samla på antikviteter, och ägde fler än 2500 sådana objekt vid sin egen död i London 1939. Moder Amalia dog endast nio år innan Freud själv gick ur tiden. Med tanke på sin svårartade muncancer skriver Freud 1929 till en vän att: ”Själv har jag ännu en mor, och hon blockerar min väg till den efterlängtdade vilan, till evig utplåning; jag skulle inte kunna förlåta mig själv om jag dog före henne.”

I Freuds barndomshem iakttogs de stora judiska helgerna under vilka pappa Jacob läste ur de hebreiska texterna. När Freud fyllde 35 år fick han som gåva faderns Bibel från barndomen med följande tillägg, skriven på hebreiska: ”Min käre son Solomon – Det var i ditt sjunde levnadsår som Guds ande förde dig in på kunskapens väg. Guds ande talade till dig. Läs i min bok, i den kommer kunskapens källor att öppna sig för ditt förstånd. Detta är böckernas Bok, detta är källsprånget ur vilket visa män har öst och ur vilket laggivarna har hämtat sin kunskaps vatten.”

Namnet Solomon syftar på Freuds ursprungliga namn Schlomo Sigismund Freud. *Schlomo* efter farfadern, som alltså var rabbin. Vad gäller namnet Sigismund ska han ha fått det efter den svensk-polske kungen Sigismund som valdes till kung av Polen 1587 och år 1592 till Sveriges kung. Sigismund var Johan den tredje son, en kung som pappa Jacob Freud var intresserad av och av någon anledning beundrade. Vid 20 års ålder valde Freud själv att ändra Sigismund till tilltalsnamnet Sigmund.

Vitsen och det omedvetna

Med anledning av Freuds judiska arv såg han sig själv som en sekulariserad jude: med egna ord ”en gudlös jude”. Trots att han hade en ateistisk livsåskådning framhävde han alltid sitt judiska arv och tog aldrig ut royaltier när hans böcker översattes till jiddisch eller hebreiska. Den österrikiske musikprofessorn och musikvetaren Max Graf skriver om sina minnen av professor Freud bl.a. följande: ”Freud var stolt över att tillhöra det judiska folket som givit världen Bibeln.” Han minns vidare att: ”Ett av de mest vinnande dragen i Freuds personlighet var hans förkärlek för skämt. Han tyckte om att liva upp sin konversation och till och med sina föreläsningar med vitsar och anekdoter. Han tyckte särskilt mycket om den folkliga judiska humorns jargongvitsar.” Dessa intresserade Freud på grund av dialektens uttrycksfullhet och för deras inre allvar och livsvisdom.

Freud kom att ägna ingående studium åt just vitsen och dess förhållande till människans omedvetna själsliv. Och, som tidigare berörts, som uttryck för sorgen och saknaden efter förlusten av sin far. Den första upplagan av hans bok *Vitsen och dess förhållande till det omedvetna* gavs ut redan 1905. I ett brev till sin nära vän Wilhelm Fliess, daterat den 12 juni 1897, berättar Freud att han under årens lopp samlat ihop ett stort antal för honom betydelsefulla judiska vitsar och historier. Med sitt intresse för vitsen kom Freud således att undersöka ytterligare en alldaglig aktivitet – människans vitsande, humor och skratt. Han menar att vitsar ofta innehåller en överraskande vändning eller oväntad koppling som utlöser skratt. Själv skrattade han inte så ofta, utan log mest.

Freuds egen attityd till den judiska traditionen var under hela hans liv varken oföränderlig, entydig eller fri från inre motsättningar. Troligtvis grundar sig denna attityd i de judiska, mosaiska och faderliga elementen i hans bakgrund. Ett exempel är Freuds starka tillgivenhetskänslor för sin far Jacob. Samtidigt som han stod sin far nära kunde han emellanåt även känna sig upprorisk mot honom; en motsättning mellan inre stridande känslor som bland annat bottnade i ett behov hos Freud att visa sig framgångsrik inför fadern. Och det kan man ju säga att han faktiskt också blev, framgångsrik. ”Så satt Solomon på herrens tron som kung efter sin fader David, och han blev framgångsrik.” Första Krönikeboken 29:23.

De sista åren

Även om Freuds inre motsättningar kom att präglade hans inställning till det judiska och dess andliga och religiösa fundament, kom han ändå att under hela sitt vuxna liv förbli sin judiska bakgrund trogen. Så trots, eller tack vare, den ”Godless Jew” han själv och hans levnadstecknare kom att karakterisera honom som var han likväl tacksam och stolt över att räknas och räkna sig som jude. Ett tydligt exempel på det är väl när han 1934 vid 78 års ålder skriver boken *Moses och monoteismen: tre avhandlingar*. Vad får honom att skriva den? Jo, för att ännu en gång söka förstå sin egen historia, särskilt innebörden av att vara jude. ”Moses” blev Freuds sista verk, som han arbetade med de sista fem åren av sitt liv. Mosesgestalten och det judiska folkets utvandring från Egypten var alltså ett ämne som upptog Freud. Det är sannolikt att han som grundare av den psykoanalytiska rörelsen även identifierade sig med ledargestalten Mose, instiftaren och förmedlaren av lagens tavlor med budorden.

Psykoanalysens fader Sigmund Freud dog den 23 september 1939 åttiofem år gammal i London dit familjen tvingats fly efter tyskarnas annektering (Anschluss) av Österrike den 13 mars 1938. I sitt testamente, som han skrev redan 1919, uppgav han att han ville bli kremerad eftersom det var en enklare och billigare process än konventionell begravning, Freud Family Corner är namnet som används för platsen inom Golders Green Crematorium i norra London, där Sigmund Freuds och många andra medlemmar av Freudfamiljens begravningsurnor är deponerade.

Thomas Silfving
Psykolog och författare



Foto: Shutterstock/PanuShot

Pengar och tid kan sparas, för skattebetalare, patienter, personal.

Efter KKV: KAV?

För Kloka Kliniska Val i vuxenpsykiatri finns nu sedan 2024 en arbetsgrupp, som presenterats i Svensk Psykiatri nr 4 2024 och som är i färd med att formulera rekommendationer, eller snarare tvärtom, dvs vad man som kliniker bör undvika, för vuxenpsykiatri.

Bakgrunden är antagandet att det finns ett antal åtgärder som av hävd eller rutin utförs i psykiatri men som oftast är onödiga och icke värdeskapande för patienten. Sannolikt finns det en del som kan utmönstras, eller åtminstone inte användas slentrianmässigt, i det kliniska arbetet och arbetsgruppen har hittills hittat ett antal åtgärder i behandlings- eller utredningsarbete som kan kategoriseras som icke-göra. Pengar och tid kan sparas, för skattebetalare, patienter, personal. Men är det verkligen de kliniska valen som är den största boven när det gäller tidsåtgång och kostnader i onödan?

Flera gånger har visats från olika håll i vårt land att administration och antalet administrativ personal har ökat enormt på senare år – betydligt mer än antalet vårdpersonal. Och ju fler administratörer, desto mer administrativt arbete uppfinns och läggs på läkare och annan vårdpersonal. Nya titlar skapas, och nya arbetsuppgifter som ska passa dessa titlar. Mer kontroll, registrering, dokumentation, riktlinjer, vårdprocessdokument, enkäter osv skapas; förpappningen tilltar – till hur stor patient-

nytta? Och till vilka kostnader? Hur mycket sjukvård hade kunnat fås för dessa summor? Jag är förvisso inte den första att undra över detta. Om man arbetar i psykiatri i några decennier kan man inte annat än förvånas över att man faktiskt tidigare har kunnat bedriva hyfsad sjukvård – med kortare väntetider och fler vårdplatser – utan en hel del av de administrativa funktioner som nu finns i riklig mängd på varje klinik. Hur mycket i förbättrad vårdkvalitet för den enskilda patienten har dessa förändringar åstadkommit?

Mitt förslag är, som rubriken anger, att styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen skapar en arbetsgrupp för Kloka Administrativa Val, som med klinisk blick kan se över vilka administrativa åtgärder och fenomen som skulle kunna mönstras ut utan skada för patientarbetet och utan att kostnaderna ökar. Kanske skulle det rentav visa sig att det blir mer tid för patientarbete och kvalitetsskapande möten mellan läkare och patient om en del administrativt arbete kunde utmönstras. Många skulle nog tycka att arbetet skulle bli roligare också.

Lena Nylander
Överläkare
VUB-teamet, Region Skåne



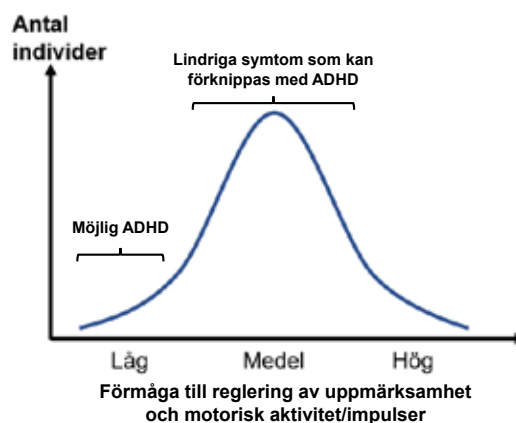
Är en dimensionell modell en väg framåt för ADHD-problematiken?

Ökningen av antalet personer som får diagnosen ADHD framstår som en ödesfråga för psykiatrin. I vissa områden och åldersgrupper närmar sig förekomsten 15 % för pojkar, nära tre gånger så mycket som kan förväntas av epidemiologiska undersökningar (1). På många kliniker är ADHD-patienter den största patientgruppen vilken hotar att tränga undan patienter med andra diagnoser. I skolan identifierar sig allt fler elever med ADHD-begreppet. Många frågar sig om det är en konstruktiv utveckling att så många får diagnosen, att så många ska ha medicinsk behandling och att vanliga mänskliga egenskaper ska beskrivas i psykiatriska diagnoser. När ICD-11 tog steget att införa en dimensionell modell för personlighetsyndrom öppnades en ny möjlighet för psykiatrin att också hantera ADHD-problematiken på ett bättre sätt.

Konceptualiseringen av psykiatriska tillstånd

Problemet med avgränsningen av ADHD går tillbaka till synsättet på psykiatriska tillstånd i allmänhet. I diagnosklassifikationerna DSM och ICD konceptualiseras psykiatriska tillstånd som avgränsade kategorier, i DSM:s fall byggda på kriterieuppsättningar. Men psykiatriska tillstånd är inte avgränsade sjukdomsentiteter med känd bakomliggande mekanism (2). De flesta tillstånd är i själva verket dysfunktionella extremer av egenskaper som är kontinuerligt och oftast ungefärligt normalfördelade i befolkningen (3). Det finns sällan någon diskontinuitet i distributionen som motiverar att de ska konceptualiseras som avgränsade kategorier, vilket till exempel gäller ADHD (4–7). Det kan illustreras i en principiell bild av fördelningen i befolkningen av förmågan att reglera uppmärksamhet och motorik/impulser som också förklarar varför en stor del av befolkningen kan uppleva lindriga eller tillfälliga symtom som förknippas med ADHD (figur 1).

När det gäller ADHD-diagnosen kompliceras bilden ytterligare av att den slår samman två dimensioner till en enda kategori, vilket gör kategorin heterogen. Situationen liknar till stor del problematiken med hur personlighetsyndrom ska beskrivas och diagnosticeras. Under decennier har det stått klart att den



kategoriella modellen från DSM-systemet inte stämmer med hur personlighetsproblem fördelar sig i befolkningen. Men det är först med ICD-11 som systemet ändras från ett kategoriellt system till ett dimensionellt. Modellen kan tjäna som förebild för ett dimensionellt system även för ADHD-problematik, som kan beskrivas i två huvuddimensioner: uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet/impulsivitet.

Vilka är de möjliga fördelarna med ett dimensionellt synsätt på ADHD-problematiken?

1. I grunden är fördelen att den ger en mer korrekt beskrivning av hur verkligheten ser ut. Det finns inte en grupp med ADHD och en utan. Istället befinner vi oss alla någonstans på dimensionerna, de flesta på medelnivå vilket kan ge uppmärksamhetsproblem eller hyperaktivitets/impulsivitetssymtom i vissa situationer, men utan signifikanta funktionsproblem.
2. Det ger en naturlig förklaring till varför ökade kognitiva krav i samhället och skolan ger en ökning av individer som får funktionsproblem av sin tendens att få uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblem. Det beror inte på att en "sjukdom" spridit sig i samhället.
3. Så länge som uppmärksamhets- och hyperaktivitets/impulsivitetsproblematik beskrivs i sjukdomstermer, kommer efterfrågan på diagnostik att bestå. Individer kommer att vilja veta om de verkligen "har ADHD eller inte". Om



- en skola/arbetsplats ska sätta in tidiga insatser mot något som beskrivs i sjukdomstermer, varför ska inte detta utredas och fastställas först?
4. Om problematiken inte definieras som en sjukdom utan som en följd av normalfördelade egenskaper, blir det naturligt att arbeta för en kognitivt vänlig miljö för alla. Detta kan jämföras med annat arbetsmiljöarbete. Åtgärder mot buller är bra för alla, inte bara dem med nedsatt hörsel. Bra ergonomi gynnar inte bara dem med smärtor i rörelseapparaten utan förbygger sådana problem för alla.
 5. När man undviker sjukdomsstämpeln på uppmärksamhets/hyperaktivitetsproblem blir det också naturligt att initiera individuella åtgärder på arbetsplatser och i skolan för de personer som trots en kognitivt vänlig miljö utvecklar funktionsproblem. Detta i analogi med att man börjar med ergonomisk rådgivning för dem som får rygg- eller nacksmärtor av sin arbetsställning, inte med en remiss till en ortoped. Arbetsterapeuter inom psykiatri och rehabilitering har redan de kunskaper och de hjälpmedel som behövs.
 6. ADHD-begreppet kan behållas inom sjukvården för de svåraste fallen för att signalera ett medicinskt vårdbehov.

I tabell 1 exemplifierar vi hur konsekvenserna av nedsatt förmåga att reglera uppmärksamhet och motorisk aktivitet/impulsivitet kan graderas och skissar exempel på lämpliga åtgärder kopplat till olika nivåer.

Vi förordar därför en dimensionell modell motsvarande den som utvecklats för personlighetsyndrom i ICD-11 också vid ADHD. Vi tror att denna väg framåt kan bidra till en mer kognitivt vänlig miljö för alla och ge en förståelsemodell för både patienter och personal som kan bidra till en jämlik vård utan undanträngningseffekter.

Mats Adler
MD, PhD, psykiater
Stockholm

Maria Larsson
MD, psykiater, ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen
Stockholm

Oscar Norbeck
MD, PhD, psykiater
Stockholm

Referenser

www.svenskpsykiatri.se

Konsekvenser av uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (U/H)

Nivågrupperingen avser konsekvenser av uppmärksamhetsstörning (U) eller hyperaktivitet/impulsivitet (H). U/H ska ha manifesterats före 12 års ålder även om de då inte alltid givit funktionsproblem.			
Svåra	Har till följd av U/H upprepade gånger misslyckats i sådana situationer där flertalet individer klarar de prestationskrav som ställts, till exempel grundskola, normala arbeten, trots en begåvningsnivå inom normalområdet.	Bör utredas inom vården. Fördel av diagnos överväger oftast nackdelar. Vanligen indikation för medicinering och socialt/utbildningsmässigt/yrkesmässigt stöd.	FÖR ALLA En kognitivt vänlig miljö med exekutiv stöd i skolan och på arbetsplatser Främjande av goda livsvanor med bland annat regelbunden sömn, tid för återhämtning och digital balans
Medel svåra	Har klarat grundskola/utbildning men har till följd av U/H svårt att hantera normala arbeten, studier eller normal social funktion trots begåvning inom normalområdet eller till U/H sekundär ångest, nedstämdhet, svår trötthet eller humörsvängningar.	I första hand lokal anpassning och psykosociala insatser. Byte av arbetsuppgift kan krävas. Utredning inom vården behövs om detta ej ger tillräckligt resultat.	
Lindriga	Har U/H men har klarat skolgång och arbeten med normala arbetsuppgifter. Problemen ger sig dock ihållande till känna vid studier/arbeten med höga prestationskrav.	Åtgärder på arbetsplats/skola, individuell anpassning, hjälpmedel och undervisning av patienten. Eventuellt byte av arbetsuppgifter. Åtgärder bör ske utifrån individens egen problembeskrivning. Utredning inom vården och diagnos bör oftast undvikas.	
Minimala/tillfälliga	Funktionsproblem pga U/H är minimala eller framkommer bara i begränsade perioder, vanligen i samband med tillfälligt ökad belastning	Vid behov praktiskt stöd/hjälp att hantera aktuell situation. Ej vidare utredning. Information om normalfördelningen av U/H.	
Inga	Tecken på U/H utan att det leder till lidande eller funktionsnedsättning	Ej utredning och diagnos. Information om normalfördelningen av U/H.	



Dags att skrota M.I.N.I. i kliniskt arbete!

Kritik av MINI-intervjun



Foto: Shutterstock/Pascal Huot

*Det ska vara lätt
och det ska gå fort*

MINI sprider sig som ett standardiserat och ofta obligatoriskt diagnosverktyg inom psykiatrisk vård. Men det är ett frågeformulär som varken är skapat eller lämpat för det vi nu använder det till.

Det ska vara lätt och det ska gå fort

Så kan målsättningen med standardiserade frågeformuläret M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) sammanfattas. Dess huvudsaklige upphovsman David Sheehan är en mycket välrenommerad professor emeritus från Florida-universitetet i USA. Han och medarbetare publicerade 1998

en artikel med rubriken *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and Validation of a Structured Diagnostic Interview for DSM-IV and ICD-10* (1).

Frågeformuläret finns idag tillgängligt på 22 olika språk i av författarna auktoriserade översättningar. På många håll i Sverige anbefalls instrumentet som obligatorium i patientmötet. Socialstyrelsen ger på sin webb stort utrymme åt MINI. Man skriver ”underlaget som intervjun ger kan vara tillräckligt för att ställa diagnos”.



Enligt min uppfattning finns här en rad missförstånd och fel-tolkningar som ger stora konsekvenser för praktiskt kliniskt arbete.

Syftet med MINI

Det huvudsakliga syftet med MINI var att få fram ett instrument som kunde användas vid multicenterstudier vid kliniska prövningar av läkemedel. Ett sådant hjälpmedel behöver vara lätt att administrera och använda, samt ha en hög reliabilitet (samstämmighet mellan olika bedömare). Det är också viktigt att det finns en hög sensitivitet, dvs. att antalet falskt negativa är så litet som möjligt. Man ska fånga in de allra flesta som uppfyller kriterierna för diagnosen. Testet är designat för detta och priset man fått betala är en lägre specificitet – vilket kort innebär att andelen falskt positiva stiger. Det syns i de validitetsstudier som redovisas i artikeln, där man jämför MINI med SCID (The Structured Clinical Interview for DSM) som här får vara *golden standard*, dvs. korrekt referens.

MINI hade god överensstämmelse med SCID vid egentlig depression, med enbart 6 falskt negativa av de totalt 169 som enligt SCID fyllde kriterierna. MINI lyckades därmed fånga in 97 %, vilket ger en mycket bra sensitivitet på 0,96. Sämre gick det som sagt med specificiteten, dvs. förmågan att undvika falskt positiva resultat. Av de 201 patienter som inte uppfyllde kriterierna i SCID så fick hela 24 patienter denna diagnos (depression) med MINI, vilket ger en "överdiagnostik" på 12 % och en specificitet på 0,88. Kappavärdet, dvs. ett sammanlagt värde på överensstämmelse mellan dessa två test, låg därmed för diagnosen depression på 0,97 vilket räknas som mycket bra.

Men studien av MINI redovisar också exempel där överensstämmelsen med SCID var dålig. Pågående psykos ger ett kappavärde på 0,53. I materialet på totalt 370 personer bedömdes 37 av dessa vara psykotiska med hjälp av SCID. MINI lyckades korrekt hitta 31 men missade 6 personer vilket ger en sensitivitet på 0,78. Men vad värre var, så gav MINI en felaktig indikation på psykos för hela 37 personer, vilket gör att i den stora grupp på 68 patienter som enligt MINI skulle vara psykotiska, så fyllde mer än hälften inte kriterierna för "current psychosis" enligt SCID. Det ger en specificitet för MINI, vad gäller psykos, på bara 0,46.

Allra sämst fungerade MINI enligt denna jämförelse för gruppen med ett pågående drogmissbruk, med ett kappavärde på 0,30. Enligt SCID förelåg drogmissbruk hos 33 individer men MINI lyckades bara fånga 13 av dessa, vilket ger en sensitivitet på 0,39. Det gav också felaktigt utslag om att det förelåg aktuellt drogmissbruk hos 24 personer.

Men med tanke på att gruppen korrekt friade var 273 personer, så hamnar specificiteten ändå på 0,92.

I en klinisk prövningsstudie ska man på ett strukturerat sätt kunna bedöma en stor mängd patienter på kort tid, och hyggligt fånga de flesta som fyller kriterierna för den diagnos som ska sorteras fram. Här krävs alltså snabbhet, vilket är det som MINI levererar. De strukturerade test man tidigare använt är SCID eller CIDI (The Composite International Diagnostic Interview) (2). Dessa tar längre tid och ställer högre krav på bedömare. I det material som redovisas i artikeln tog MINI i snitt 15–20 minuter att genomföra, jämfört med den dubbla tiden för SCID. Man har tyckt detta vara så pass viktigt att man redovisar det i en separat tabell. Där framgår, bland annat, att intervju med psykotisk patient klaras av på 17 min i snitt med MINI medan SCID behöver 60 min.

En spännande fråga i sammanhanget är hur MINI står sig jämfört med bedömning av erfaren expert. En sådan studie redovisas nödortfört i ursprungsartikeln. Patientmaterialet bestod av 409 patienter som först träffade en primärvårdsläkare som använder sig av MINI, och därefter utvärderades det hela av en erfaren psykiater. Tyvärr redovisas denna studie knappt alls, och det förs inte heller någon diskussion om resultatet, vilket är lite märkligt. Kappavärdena är nämligen betydligt sämre än när SCID användes som referens, och ligger mellan 0,41 och 0,68.

Jag får, när jag noggrant läst denna artikel, intryck av att författarna som skapat frågeformuläret själva ser en hel del begränsningar. Man är tydlig med att MINI inte alls kan ersätta professionella bedömningar, och **att detta instrument inte är tillräckligt för att sätta en diagnos**. Så här formuleras det i en Friskrivning som finns med på frågeformulärets första sida:

"Detta instrument är inte utformat eller avsett att ersätta en fullständig medicinsk och psykiatrisk undersökning av en legitimerad läkare eller psykiater. Det är enbart avsett att användas som ett verktyg för att underlätta insamling av korrekta uppgifter och klassificering av symptom som upptäckts av utbildad personal. Det är inte ett diagnostiskt test."

I slutet av artikeln framgår det tydligt att MINI framför allt kan användas av forskare för att screena homogena grupper inför prövningsstudier samt också för epidemiologiska studier av stora material. Man ger som exempel en stor epidemiologisk undersökning (3) av depression i befolkningen. Där intervjuades med stöd av MINI:s depressionsmodul 78 463 vuxna i sex olika länder i Europa. Man använde sig här av lekmannaintervjuare. Sammanlagt 13 559 personer bedömdes uppfylla kriterierna för egentlig depression (6 månaders prevalens) vilket skulle motsvara en prevalens på 17 %. När man närmare analyserade denna grupp så uppfyllde 6,8 % kriterierna för egentlig depression, *major depression*, och 1,8 % gjorde det för *minor de-*



pression. För de övriga 8,3 procenten så fanns inte någon funktionsnedsättning i den omfattning att diagnos kunde fastställas.

MINI i praktiken – Överkonklusivt och problem med samsjuklighet

Denna problematik beror på testets utformning. Med en hög sensitivitet och därmed sammanhängande högre frekvens av falsk positiva är det naturligt att detta uppstår. I den praktiska kliniska vardagen ger det ofta upphov till en flora av diagnoser – ibland upp till 5–8 per patient. Min kliniska erfarenhet säger mig, att det kan vara extra bekymmersamt när man applicerar MINI på patienter med en borderlineproblematik. Dessa kännetecknas ju av såväl affektiva symtom, hög ångestnivå, självskadebeteende, erfarenheter av tidigare trauma och som ibland även psykotiska symtom. Jag har sett flera av dessa protokoll innehålla en bred flora av diagnoser, oftast mellan fem och åtta på samma patient. Däremot har man ju inte fått förslag om borderline personlighetssyndrom, för denna ingår inte i MINI.

Problemet med samsjuklighet (komorbiditet), som jag menar är en konsekvens av hur testet konstruerats, visas elegant i artikel från vårt grannland Norge (4), dock med ganska begränsat material bestående av 38 patienter som sökt akutpsykiatri. Dessa intervjuades med MINI av två läkare och de fick i snitt 5 diagnoser, med en variation från 0 upp till 12.

Men reliabiliteten mellan bedömare var god. Den ene hade i snitt 4,8 diagnoser per skattad patient och den andre 5,0.

I en tysk artikel *Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: Garbage in, Garbage Out* (5) så framförs en sammanhängande kritik av både den kriteriebaserade diagnostiken i sig, men allra helst mot användningen av de standardiserade intervjuinstrumenten i arbetet med enskilda patienter.

Studien sätter fokus på att det i en klinisk bedömning ingår inte bara symtom, utan även de observationer man gör av patienten, och som kan stödja eller motsäga en diagnos. Artikeln redovisar ett material på 209 patienter som vårdades inneliggande på en kardiologisk vårdavdelning. Av dessa uppfyllde 32 kriterierna för depression enligt MINI. Efter att en erfaren psykiater träffat och bedömt dessa patienter blev bilden radikalt annorlunda. I flera fall bedömdes en annan diagnos bättre kunna förklara patientens symtom, som exempelvis generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom eller anpassningsstörning (en relativt vanlig diagnos som inte täcks av MINI). Psykiatern fann också ett fall av hjärnskada med affektinkontinens och gråt som felaktigt fått diagnosen depression, fast det kliniska

intrycket överhuvudtaget inte stämde överens med diagnosen depression.

Artikelförfattarna sammanfattar sin kritik med att problemet inte är algoritmen, det vill säga att räkna symtom och gruppera dessa enligt DSM, utan mer bestående i hur dessa ska tolkas och i vilken kontext de utspelas. Psykopatologi handlar inte om svaren på ibland relativt ospecifika frågor, utan mera om vad en erfaren kliniker kan observera och tillsammans med patienten väga ihop och summera. Detta kräver ett gott *kliniskt omdöme* parat med *erfarenhet*. Depressiva symtom i sig är en emotionell modulation som kan bero på många andra saker än en depression som ska behandlas. Författarna pekar på att den kraftigt ökade prevalensen av depression i olika epidemiologiska studier, i alla fall delvis, sannolikt beror på just standardiserade diagnosmanualer, där *”multiple ways of feeling unhappy are now counted as ‘depression’”*.

Sammanfattande slutsats

Som jag ser det är det dags att förpassa MINI till de arenor den är designad för, och inte använda detta instrument i vanlig klinisk praxis. Det går fort med MINI – men är inte diagnostisering ett område där man inte ska ha för bråttom?

Metoden utgör ett hån mot det öppna, relaterande och personliga mötet. Det framgår med all tydlighet redan i bruksanvisningen, där man skriver att Ja- och Nej-frågorna ”ska läsas upp för patienten ordagrant, för att bedömningen av de diagnostiska kriterierna ska standardiseras”.

Slutsatsen är att MINI riskerar minska vår förmåga och möjlighet till god klinisk diagnostik som ju bygger på så mycket mer än symtomredovisning.

Herman Holm
Senior psykiater

Referenser: www.svenskpsykiatri.se



Att möta autister i vården
En guide för neurotypiker

Maria Bühler
Natur & Kultur, 2024

Maria Bühler är legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och neuropsykologi. Hennes bok baseras på en önskan att öka kunskapen inom vården om vad det innebär att möta individer med den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen autism. Författaren använder sig genomgående av benämningen autister, diagnosgruppens egen benämning för individer med uttalade autistiska drag, i motsats till NT-människor, neurotypiker, utan dessa särdrag. I sin bok delar författaren med sig av sin mångfacetterade kunskap om vad det innebär att leva med uttalad autism. Hon vänder sig i första hand till personal som i vårdsituationer möter individer med diagnosen autism. Dessa utgör en dryg procent av befolkningen, till skillnad från autistiska drag vilket är betydligt vanligare.

Som individ med autism processar man information på ett sätt som kan leda till att hjärnan blir överstimulerad, utmattad. För att inte översköljas av nya obekanta intryck utvecklas då ett starkt behov av välkända rutiner och ritualer. Unga autisters självständighetsresa är ofta fördröjd. Som autist kan man ha svårt att inordna sig i samhällets olika grupper, man går gärna sin egen väg. Det kan vara lättare att förstå andra med likartade behov. Autisters relationer till jämnåriga kan karaktäriseras av lojalitet och oklanderlig pålitlighet, sakna fördomar mot "det främmande". Man står fast vid sina åsikter oberoende av socialt sammanhang. De kan uppvisa entusiasm för unika intressen och ämnen och har förmåga att uppmärksamma detaljer, lyssnar gärna utan att kritisera. De undviker triviala kommentarer, uppskattar tydliga samtal och har inte sällan ett förutsättningslöst sinne för humor. Ofta används avancerade visuella metaforer och också en unik problemlösningsförmåga. Autister är generellt bra på att ta rak kommunikation även om besked är svåra och negativa. Sammanfattningsvis menar författaren att det är hög tid att uppvärdera de autistiska särdragen.

Men individer med autism har svårt att förstå nerotyper och har ofta ett vårdbehov som de inte själva kan uttrycka. De kan behöva utbildning om hur kommunikation går till i den neurotypiska världen. De behöver mer vila och återhämtning än NT-människor och kanske finns en särskild typ av utbrändhet som beror på att det krävs större mängd energi för att klara vardagen. Sådan trötthet bör inte förväxlas med depressions-trötthet. Autisters ångest kan också skilja sig vad gäller innehåll, grad av lättväckthet och varaktighet från den hos NT-människan. Inom psykiatrin behandlas inte "det autistiska" däremot de psykiatriska pålagringarna.

Att söka vård kan vara komplicerat då autister ofta är sämre på att identifiera kroppsliga signaler trots att de kan ha större känslighet för såväl kroppsliga som emotionella signaler. De har svårt att förstå att någon annan kan tänka eller uppleva saker annorlunda än jag själv (theory of mind). De reagerar ofta starkare på sinnesintryck som beröring, ljus och ljud, lukter och smaker men frågan om hur något känns kan vara svår att besvara. Ångest och rädsla väcks om kommunikationen är otydlig och när valsituationer uppstår där snabba beslut förväntas.

En bristande förmåga till känslereglering innebär bland annat tendens till ångestreaktioner.

Författaren lämnar ett flertal förslag som kan underlätta hanteringen av vårdsituationer. Övertydlig information och att ordna en tydlig struktur kring vårdtillfället. Att i förväg berätta vem man ska träffa, vårdgivarens namn, yrkesroll, beräknad tid för besöket och vad som förväntas ske under detta. Att ligga steget före och berätta vad som ska hända vid provtagningar och undersökningar. Fråga om den information som getts varit begriplig. Ge tid och utrymme vid stressreaktioner. Det är viktigt att kunna förmedla ett "vikarierande hopp" vid ångestreaktioner när autisten själv tvivlar och famlar i tillvaron.

Boken är väl strukturerad, pedagogiskt upplagd och försedd med fylliga fallbeskrivningar inte minst vad gäller mötet mellan autister och vården. Boken skulle kunna vara av intresse inte bara för vårdpersonal utan även för var och en som är intresserad av att bättre förstå autister och sig själv i relation till dem. Jag kan inte låta bli att fundera över om mänskligheten skulle vara bättre ställd om autisterna vore i majoritet.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



NPF-kokboken
Om mat och ätande för barn med autism och ADHD

Sara Ask, Helena Cloudt och Julia Esters
Natur & Kultur, 2024

Efter närmare tio år i barnpsykiatrin har jag utvecklat en stor medvetenhet kring kopplingen mellan utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar, i folkmun kallade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, NPF, och mat. Mat är en ständig källa till oro och konflikter i familjerna. Bristande näringsintag leder till mindre marginaler hos barnet, sämre koncentration, ökad rastlöshet och fler utbrott. Selektivitet kan vara en ledtråd vid utredningar där perceptuella avvikelser analyseras. Viktnedgång i samband med medicinering med centralstimulerande läkemedel kan vara svår att vända och inte sällan tvingas man som barnpsykiater balansera barnets svåra symptom och låga funktionsgrad mot tillväxt och pubertetsutveckling. En och annan gång utvecklas ätstörningar ut selektivitet eller aptitförlut. Näringsdryckens vara eller icke vara debatteras flitigt inom vården och mellan föräldrar och behandlare eller läkare.

Med stort intresse kastade jag mig över *NPF-kokboken – Om mat och ätande för barn med autism och ADHD* skriven av dietisten och kokboksförfattaren Sara Ask och psykologerna Helena Cloudt och Julia Esters. Jag ville få till mig nya recept, få råd kring hur man får barn att äta sådant som de inte tycker om och hur man kan göra måltiderna till lugna och återhämtande stunder för barnet, syskonen och föräldrarna. Jag hade stora planer på att laga mat efter recept, servera bekantas selektiva barn maten och sedan utvärdera de nya matidéerna. Jag upptäckte ganska snabbt att detta inte är någon kokbok, trots titeln. Några sidor ägnas åt foton på bufféer av strikt uppdelade livsmedel som kombineras av varje person vid bordet utifrån egna preferenser. Kyckling i currysås och en krämig tomatås till pasta kan tillagas och sättas fram tillsammans med enkla tillbehör efter tycke och smak. Inte så upphetsande, inte så många nya spännande smakkombinationer. Men, jag blir inte besviken, för jag lär mig ju av att läsa boken. Selektiva barn är inte svåra att föda upp för att de vuxna har en curlande föräldrastil eller för att de inte lagar tillräckligt bra och god mat åt sina barn. Selektiviteten beror istället på uppskrivade sinnesintryck och en misstänksamhet mot nya färger, former, smaker och konsistenser. Inte omöjligt att det varit en evolutionär fördel att vara försiktig med vad som stoppades i munnen, tuggades och svaldes. Kanske har misstänksamheten och känsligheten varit skillnaden mellan liv och hälsa och förgiftning och död.

Autistiska barn kan ofta vara oroliga inför utmanande situationer, som att sätta sig vid ett bord och inta en måltid. För mig och kanske också dig, utgör måltiderna dagliga höjdpunkter med smakupplevelser och social samvaro, såväl till vardags som

fest. Vi har en autopilot som gör att vi kopplar av mellan tuggorna, vi vet hur vi ska föra oss och vad som förväntas. Något av det allra bästa i boken är faktarutan på sidan 141 till 142. Rubriken är *Förväntningar vid måltider*, och författarna presenterar åtta maffiga punkter med sådant som ingår i en perfekt genomförd måltid och som man antingen kan ha i ryggmärgen eller behöva tänka och erfara sig fram till. Jag läste upp avsnittet för några kollegor i samband med lunch på jobbet, och vi blev alla lite matta. Här följer några rader i utdrag:

... Väl vid bordet börjar folk prata och det är meningen att du ska lyssna, ställa frågor och gärna berätta något eget. Det du berättar ska vara lagom ingående, inte för kort och intressant för alla vid bordet. Om många pratar samtidigt får du inte hyscha eller bli distraherad, utan fokusera på den som riktar sig till dig. Om du inte uppfattar vem det är väljer du vem du ska lyssna på och visar det tydligt genom ögonkontakt, kanske också med ljud och nickningar. Du ska inte avbryta, inte verka ointresserad eller sur. Du ska inte byta samtalsämne för fort eller välja ett för avlägset ämne. Det får inte heller vara pinsamt eller för personligt.

Boken förmedlar ett lugn till läsaren. Du skall inte få panik om barnet inte får med sig alla näringsämnena ur kostcirkeln vid varje måltid. Man kan summera en vecka i stället och se hur det sett ut. Man måste inte ha en bred repertoar av maträtter och smaker i sin meny, det är ok att äta samma mat ofta. (Egen reflektion: det är väl ett rätt nytt påfund det där med att äta med varierad meny. Gröten, fläsket och sillen på tallriken i gamla bondesamhället varierades väl inte så mycket?) Man kan också få krypa in i ett tält av kartonger och sitta där och äta. Hörlurarna kan vara på vid matbordet och en del behöver titta på en film på sin Ipad samtidigt som de tuggar. Det är helt ok att sitta tyst istället för att svara på öppna frågor om hur dagen varit. Och man får lov att lämna bordet när man ätit färdigt trots att de andra inte ens kommit halvvägs med det de lagt upp.

Vi ställer många diagnoser på växande barn idag. Ibland glömer vi bort att diagnoserna står för svårigheter som kräver undantag från de vanliga reglerna och principerna för barnuppfostran. Det jag uppskattar allra med denna intressanta och viktiga bok är påminnelsen om just detta.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg

ANNONS



Beroende i praktiken
Förstå, bemöta och samverka

Carina Bång, Lotta Borg Skoglund, Lotta Bratt Becker,
Ingrid Kristoffersson-Rosin

Natur & Kultur, 2023

Boken handlar om vuxnas beroende av alkohol och/eller narkotika. Författargruppen rymmer bland annat kompetens inom social beteendevetenskap, beteendeterapi, psykiatri och anhörigterapi. Boken är en diger volym om 380 sidor och rymmer en grundlig genomarbetning av beroendeproblematik i all dess komplexitet. Hur bruket av droger blir skadligt och övergår i sjukdom belyses ingående. I boken skildras åskådligt hur man kan motivera den som inte ser hur dagen ska klaras utan alkohol eller narkotika till en förändring, och hur man kan bemöta anhöriga och närstående. Författarna är helt medvetna om andra typer av beroenden som nikotin, spel, sex, mat eller shopping och den skada även dessa kan förorsaka men dessa problemområden berörs inte närmare.

Genomgående poängteras att ett drogberoende är en allvarlig sjukdom där individens hjärncentra kidnappats. Beroendet är därför inte ett uttryck för karaktärlöshet, ett synsätt som behöver förankras i hela samhället. En sjukdom som påverkar personens hjärna samtidigt som individen själv måste ta ansvar för denna sjukdom blir en utmaning då drabbade individer har begränsad möjlighet att göra fria val.

Vinjetter med samtal med samtalsledare med egen erfarenhet av beroendesjukdom och samtidig utbildning till handlingspedagoger/terapeuter ger instruktiva bidrag vad gäller genomförande av samtal och behandlingsupplägg. Direkta perspektiv från anhöriga ges utrymme och författarna vänder sig även direkt till läsaren med reflektionsfrågor.

Att en person i ett tungt beroende inte frivilligt söker hjälp betyder inte att vederbörande inte vill göra en förändring. Det kan ta lång tid innan man söker hjälp. Det behöver inte handla om att man inte förstår att man har problem, snarare för att man trots sådan insikt inte kan stå emot impulserna att tillfredsställa det akuta suget. Ett plötsligt drogsug kan uppstå trots att personen kanske varit drogfri under flera månader eller år. Redan när drogen köps och glaset når munnen frisätts dopamin i hjärnans belöningssystem. För att en förändring ska bli varaktig och ihållande krävs att personen själv ser vinsten med sin drogfrihet.

Partnerskapet mellan behandlaren och den som söker vård är avgörande för en lyckad behandling snarare än vilken metod som används. Den enskilde är expert på sitt eget liv och som behandlare behöver man etablera ett samarbete där den enskil-

de kan och vill dela med sig av sin expertis, man behöver skapa en vi-känsla. Bemötandet kan handla om allt från kroppsspråk till ögonkontakt, vad som sägs och hur det sägs, till vad miljön signalerar. Samtalsledarens förmåga att förmedla medkänsla, vara genuin, kunna anpassa sig efter individen och förmedla hopp är avgörande för att skapa en god relation och kommer att påverka utfallet av behandlingen. Författarna betonar också den absoluta nödvändigheten av nära samarbete mellan samtliga de instanser som är engagerade i olika aspekter av missbrukarens behov av behandling, hjälp och stöd. Det finns inget egenvärde i att stå ut med en "drogabstinens" för att "lära sig en läxa", tvärtom ökar chanserna för drogfrihet om man får förståelse, empatiskt stöd och läkemedel mot de värsta symtomen. Behandlingen syftar till att upprätta förändringsmål, minska läkemedelsdoser, och för individen att ta tillbaka eget ansvar. Hjärnan är ett tåligt organ och dess balans kan återställas bara man kan vinna tid.

I boken belyses även anhörigas situation. En uppväxt i en familj med alkohol/narkotikaberoende kan vara som att växa upp i krig, man vet inte från den ena dagen till den andra vad som sker. Anhöriga har sällan mycket att vinna på konfrontation och bör inte ställa frågor som kräver reflektion eller minnesförmåga till en person som är påverkad. Ibland måste personer ta konsekvenserna av sitt eget drogbruk, så länge de inte utsätter någons liv för fara.

Boken avslutas med ett avsnitt om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt sammanfattning om var missbrukare och anhöriga kan få hjälp i kommun och region samt i organisationer som kan ge stöd. Då den ger fylliga förslag till behandlingsupplägg kommer den säkerligen att tjäna som ledlyft i det mörker som i viss utsträckning hittills tycks känneteckna beroendevården.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Ätstörningarna ökar bland barn och unga, det är vetenskapligt belagt. Vad det egentligen beror på vet vi inte så mycket om, men spekulationerna går varma. En förklaring som ofta lyfts är den ökade användningen av sociala medier.

I vården av unga patienter är familjebaserad behandling en viktig princip och en hörnsten bland metoderna för att häva svälten är vuxenstöd före, under och efter måltiderna. Behandlingen har i stora drag sett likadan ut under de senaste decennierna. Bredvid det bristande matintaget finns ofta kompensatoriska beteenden. Självrensning genom kräkningar är ett exempel och extensiv motion ett annat.

Anna Ehn, journalist och författare med egen erfarenhet av ätstörningar beskriver i boken *Om jag inte tränar går jag under – Rörelsetvång, ätstörningar och vägen till rörelseglädje* hur intensiv träning blir ett sätt att bli av med intagna kalorier såväl som att skaffa sig en identitet, få och behålla kontroll samt hantera ångest. Om den sjuke inte får träna framträder stark ångest, nedstämdhet, irritation och skuld och skam. Och det är inte bara sjukdomen som driver på, utan även stresshormonerna som utsöndras när kroppens energikrävande homeostas ropar efter kalorier. Författaren uttrycker att rörelsetvången ofta förbisätts vid diagnostisk och behandling av ätstörningar. Ibland har den som friskförklarats återfått ett mer normalt förhållande till matintaget, medan den sjuka relationen till rörelse lämnats obehandlad. Och det kan i sin tur leda till återfall i viktnedgång och återigen ett restriktivt ätande. Det blir som en ond cirkel som inte bryts.

Författaren presenterar en gedigen bakgrund till rörelsetvången. Hur problemet ska benämnas är inte helt självklart. Begrepp som tvångsmässig träning, överdriven träning, träningsberoende och kompensatorisk rörelse förekommer också. Hon har valt ordet rörelsetvång för att poängtera att osund tvångsmässighet driver beteendet och att det handlar om rörelse snarare än träning som är en målinriktad fysisk aktivitet som syftar till en ökad prestationsförmåga.

Olika aspekter av problemet diskuteras och hon berättar om sina egna erfarenheter och presenterar även andra fall där träning och rörelse gått överstyr. Som läsare märker man att författaren vill väcka vårdens medvetenhet liksom lärares, tränares, föräldrars och andra närståendes. Den drabbade behöver ha en omgivning som både upptäcker och förstår och samtidigt begränsar och står emot. Rubriken innehåller ett mål – rörelseglädje istället för tvång. Det är rimligen lika svårt att uppnå som matglädje efter otaliga måltider med nästan dödsångest. Men det går att nå dit, bevisligen. Det som krävs är en medveten omgivning som ger den sjuke allt det stöd som krävs för att bryta den onda cirkeln.

Om jag inte tränar går jag under
Rörelsetvång, ätstörningar och vägen till rörelseglädje

Anna Ehn

Natur & Kultur, 2024

Boken avslutas med ett intressant kapitel, nämligen det om det träningsfria året. Författaren, 54 år när boken skrivs, anser sig vara både frisk och fri från sina tidigare hälsoproblem. Trots det, finns en liten gnagande oro hos henne. Vad har hon för drivkrafter när hon sitter på spinningcykeln och låter benen jobba tills mjölksyran sätter in med sin huggande smärta, och fortsätter fast signalen till hjärnan är tydlig, sluta! Är det för att hon mår bra av det, eller är det för att hon bär på en föreställning om att hon måste träna för att må bra? Har hon tankar innerst inne om att hon kommer att svälla upp och få en kropp som hon inte trivs med om hon inte fortsätter med sin träning? Skojigt nog ger hon sig själv ett nyårslofte om ett träningsfritt år. Nyårsloften brukar annars innehålla det motsatta, en strävan efter att gå emot det den egna kroppen helst vill, äta och vila, och göra det som Socialstyrelsen och husläkaren och alla andra benämner som nyttigt – äta mindre och motionera mer. Kommande år låter hon bli att lösa kort på sin träningsanläggning och anmäler sig inte till något skidlopp under säsongen. Å andra sidan fortsätter hon med de mer lågintensiva rörelserna vid ridning och hundpromenader. Hon märkte snabbt att hon saknade att köra slut på sig själv och den euforiska känslan som inträdde efter att hon cyklat slut på alla krafter under ett spinningpass. Känslan av att hon var lat och tjock kunde också dyka upp. Samtidigt kom känslor av lättnad över att slippa ta ut sig och att upptäcka att den elaka rösten som säger nedsättande saker om karaktär och kropp till sist passerar förbi och tonar bort. Lättnaden efter att ha sett rörelsespöket i vitögat verkar ha hjälpt författaren ytterligare en bit på vägen mot att bli av med sitt rörelsetvång som ändå verkar ligga där och slumra någonstans. Nya vanor har en tendens att ändras när kriser kommer, och det är klokt av henne att inte förklara sig helt botad.

Problemet hon lyfter i boken är angeläget att adressera, och boken är välskriven. Rekommenderas!

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg



Skuggan i spegeln

Kaj Fried

Natur & Kultur, 2025

”Min pappa överlevde Förintelsen. Eller rättare sagt: han överlevde inte Förintelsen.”

Så inleds Kaj Frieds djupt gripande bok om hans far, Michael Alexander Fried. Av sönerna alltid kallad Abba. Född 1907 i byn Poienile-de-Submunte i distriktet Maramures i Karpaterna, avliden på Akademiska sjukhuset i Uppsala 1962. Däremellan ett liv som Kaj försöker pussla ihop med hjälp av spridda dokument och minnesfragment för att förstå sin, många gånger, frånvarande far. Tankarna går till Paul Austers *Att uppfinna ensamheten* och *Minnets bok*.

Texten förmedlar hur sonen Kaj försöker förstå hur han själv blev den han är, samtidigt som han söker bland fragment (foton, brev och telegram m.m.) för att forma sig en bild i tiden av vem hans far varit före kriget, vad han varit med om under kriget och vem han sedan blev efter han kom till Sverige 1945. Man får följa familjen och hur de lever sitt liv. Fadern plågas av sjukdom och deltar inte så mycket i det vardagliga. Han är emellanåt svag och behöver vila.

I slutet av boken berättar författaren att han själv som 22-åring skrev dagbok. Parallellt med berättelsen om faderns liv får man som läsare även ta del av fragment ur den. Låt mig citera kort:

”När jag decennier senare läste raderna blev jag överraskad. Den som skrev sörjde möjligen något på riktigt, men verkar i så fall inte haft en aning om vad.”

Mitt intryck av Kajs bok *Skuggan i spegeln* delar det som citatet söker återge. Jag antar att han skriver om sin sorg över något som då ”möjligen var på riktigt”; det som även tycks fortleva i författarens strävan att leta vidare i skärvorna av sin fars och andra anhörigas liv i hopp om att åtminstone kunna laga något. Livsöden vävs samman i texten och texten vävs samman med livsöden. Så också olika tidsperioder och platser: Sighet före då det mänskliga mörkret lade sig som en skugga över världen; och i förorten Västberga efter då som en skugga av allt det som genljuder i Kajs smärtsamt fångslände bok. Läs den! Jag tänker läsa om den.

Kaj Fried är född, uppvuxen och bosatt i Stockholm. Han är utbildad och verksam vid Karolinska Institutet, där han nu är senior professor i neurovetenskap.

Thomas Silfving,
Psykolog och författare

ANNONS

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: **14/5**

Tema: **Lönsamhet**

Kalendarium

Svenska Psykiatrikongressen
12-14 mars 2025, Svenska Mässan, Göteborg
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>

10th Mediterranean Maudsley Forum
26-29 maj 2025, Palermo, Italien
<https://www.mediterranean-maudsley-forum.co.uk/>

36th World Congress of
Neuropsychopharmacology/9th Congress of Asian
College of Neuropsychopharmacology (CINP-
AsCNP 2025 Joint Congress)
15-18 juni 2025, Melbourne, Australien
<https://cinp2025.org/>

Nationell rättspsykiatrisk konferens
20-21 augusti 2025, Lund
<https://www.gu.se/celam/forskning/forevidence/nationell-rattpsykiatrisk-konferens-2025>

SFBUP-kongressen, tema Diagnostik i utveckling
18-19 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, www.sfbup.se och
www.srpf.se

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpf.se



TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



ANNONS