

EN MEDLEMSTIDNING FRÅN SCHIZOFRENIFÖRBUNDET

EMPATI

Nr 2 2026



Utmärkelse för
forskning om
schizofreni

Frihet eller stress?
Att resa med
psykisk sjukdom

**FORSKNING SOM
GÖR SKILLNAD**
– Nytt samarbete
tar form

GLAD
SOMMAR!

MEDLEMS-
DIKT **08**



BOK-
RECENSION
10

FRÅGA PSYKO-
LOGEN **13**

STIGMA-
WATCH **14**



Utgivare

Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykosjukdomar, Schizofreniförbundet

Ansvarig utgivare

Åsa Konradsson Geuken
Förbundsordförande

Adress

Schizofreniförbundet
Hantverkargatan 3G
112 21 Stockholm
tel 08-545 559 80
office@schizofreniforbundet.se
www.schizofreniforbundet.se

Redaktör & grafisk form

Elin Ingblom

Redaktionsråd

Åsa Konradsson Geuken

Omslag

“Flygande fjärl på en tiotusendels sekund”

Fotograf: Mats Ek, Överläkare på WeMind Psykiatri Tyresö, Ordförande i Region Stockholms Läkemiddelskommitté. Instagram: @psykiatern

Tryck

Multiply Solutions AB, Malmö

Antal nummer

Fyra nummer per år

Upplaga

4 500 ex

Prenumeration

250 kr per år

Manusstopp

Nr 3, 2026

Manusstopp 29 juni

I brevlådan 9-10 september

Insändare

Max 800 tecken

Villkor

Gästskribenter står själva för sina åsikter. redaktionen ansvarar inte för insänt material. Redaktören tar sig frihet att redigera.

Annonser

08-545 559 80

office@schizofreniforbundet.se

ISSN 2001-709X



Trycksak
3041 0417



Foto: SVT

Åsa Konradsson-Geuken

Ordförande
Schizofreniförbundet

LEDARE

Glädjen som bär – mitt i allt

Det finns berättelser som stannar kvar. Inte för att de är enkla, utan för att de är sanna. Den serie om livet med schizofreni som publicerades i Svenska Dagbladet under vintern och våren är just en sådan, fyra starka nedslag i vad det innebär att leva med sjukdomen, att vara anhörig, om pågående forskning och att försöka hitta ett liv som fungerar.

Det som dröjer sig kvar hos mig är inte mörkret, utan glädjen. Inte den stora, högljudda, utan den stilla. Den som finns i att någon säger: jag älskar mitt liv ändå. Den som syns i att relationer håller, att återhämtning är möjlig, att människor fortsätter skapa mening trots allt. Vi behöver fler sådana berättelser. För de bryter bilden av schizofreni som något ensidigt och hopplöst. De visar att livet är mer än en diagnos.

I mitten av april påmindes jag om just detta, i ett helt annat sammanhang. Som ordförande för Schizofreniförbundet hade jag förmånen att delta vid Per Josephsons jubileumsevenemang på Nationalmuseum. En dag tillägnad Ernst Josephson, konstnären som, mitt under svår schizofreni, skapade verk som fortfarande berör. Hans så kallade sjukdomsteckningar, tunna streck på enkla papper bär på ett djup som är svårt att värja sig mot.

Där finns lidandet, men också något mer: en skaparkraft, ett uttryck, en människa som fortsätter vara just människa. Och kanske är det just där glädjen finns. Inte som en motsats till sjukdom, utan som något som kan existera samtidigt. I skapandet. I relationerna. I de små ögonblicken av mening. Det är också det jag tar med mig från både serien i Svenska Dagbladet och Per Josephsons jubileumsevenemang på Nationalmuseum: bakom varje diagnos finns en människa med en unik berättelse. Och i många av dem finns något som vi sällan talar om; hopp, värdighet och ja, till och med glädje.

När jag skriver detta närmar sig sommaren. En tid som för många kan innebära både vila och återhämtning, men som också kan vara utmanande. Oavsett hur din situation ser ut vill jag skicka med en önskan: att du får stunder av lugn, av andrum och av ny kraft. Att glädjen, i sin egen form, får ta lite mer plats. För den behövs, och den gör skillnad.

Glad sommar till Er alla!

Åsa Konradsson Geuken
Er förbundsordförande

Vill du bidra till Empati?
Kontakta oss!

Innehåll | Nr 2 | 2026

04 REPORTAGE
RESA MED PSYKISK SJUKDOM

06 VÅRD
HJÄLP TILL HEMLÖSA

08 DIKT FRÅN MEDLEM

09 RAPPORT
SIRS 2026

10 BOKRECENSION
ÅTER TILL LIVET



11 NYTT SAMARBETE KRING FORSKNING

12 STIPENDIUM
INGVAR HJALMARSSON

13 FRÅGA PSYKOLGEN

14 STIGMAWATCH
MEDIERS RAPPORTERING

15 FRÅGA JURISTEN

Kvällens ord omsluts av känslan ur en drucken kaffekopp som sinats långsamt ner i magen och strålande ut i bröstkorgen. Tyngd av bördor sitter den kvar i både tanke och ben.

Men

Som ur en yrvind stillat dyker ljuset fram,

Som en saga slängs bort från bokhyllan för att finnas igen.

Allt för glädjens magik står igen en dörr alltid öppen för mer kärlek till dig eller varför inte mig.

Gabriel Johansson

PROSPECT – vägen till förståelse, delaktighet och återhämtning. Vi växer när vi delar erfarenheter.

prospect@schizofreniforbundet.se



ATT RESA MED PSYKISK SJUKDOM – ATT TÄNKA PÅ FÖR EN TRYGG RESA

TEXT Johan Reutfors
BILD Mari Linnanheimo



Utlandsresor kan ge nya upplevelser och en känsla av frihet som stärker välmåendet. Att resa tillsammans med andra kan förbättra relationer eller leda till nya bekantskaper. Ibland blir det dock inte som man hoppats. Stress, jetlag, förändrade rutiner och nya miljöer kan göra att man börjar må psykiskt sämre.

Jag som skriver denna artikel är psykiater och har i drygt tio år varit knuten till SOS International, som ger medicinsk assistans vid sjukdom utomlands. Flera stora svenska försäkringsbolag samarbetar med SOS International, men det är viktigt att ta reda på vilket assistansföretag som gäller för den egna försäkringen.

Stäm av med vården hemma

Har man en pågående vårdkontakt är det klokt att diskutera resplanerna med behandlande läkare eller vård-

personal i god tid, gärna flera månader i förväg. Tillsammans bedöms om tillståndet är stabilt nog för att resa. En tumregel är att undvika resa om medicineringen nyligen ändrats, en utredning pågår eller om man mått sämre under de senaste tre till sex månaderna. Ge också samtycke till att vården får lämna ut journaluppgifter till tredje part, till exempel SOS International, om det skulle behövas under resan.

Medicinering i handbagaget

För den som använder läkemedel

är det viktigt att ta med tillräcklig mängd för hela resan plus minst två veckors extra marginal om hemresan fördröjs. Medicinen ska packas i handbagaget, eftersom incheckat bagage kan komma bort. Vid tullkontroller underlättar ett läkarintyg på engelska som beskriver diagnos och behandling. (Se ytterligare information på 1177 via länken bredvid.)

När täcker försäkringen?

En bra reseförsäkring är ett måste. I Norden och inom EU uppstår sällan extra kostnader vid kontakt med

offentlig vård, men för all annan vård och assistans utomlands krävs ett reseskydd – antingen via reseförsäkring eller hemförsäkring med reseskydd.

Vanliga försäkringar gäller oftast bara för akut eller oväntat uppkommen sjukdom eller skada. Exempel på situationer där försäkringen ofta inte täcker är:

- När ett psykiskt tillstånd utlöses eller förvärras av alkohol eller droger
- Om resenären inte varit psykiskt stabil under tre till sex månader före avfärd
- Vid nyligen genomförd utredning eller ändrad medicinering

För den som har en känd sjukdom före resan kan en medicinsk förhandsbedömning vara ett alternativ (se länk nedan). Den kan genomföras bland annat av SOS International för att klargöra om tillståndet omfattas av försäkringen.

Välj resmål, planera och ta hand om dig själv

Välj gärna destinationer med god tillgång till psykiatrisk vård – utanför Skandinavien och Västeuropa varierar standarden kraftigt. Res gärna tillsammans med en närstående eller vän.

Undvik resa mellan många tidszoner som stör sömnen. Långa resdagar och många byten ökar stressen. Var mycket försiktig med alkohol och undvik andra droger helt. Nya miljöer med mycket ljud och folk kan kännas överväldigande – planera in pauser och lugna dagar.

Om man börjar må sämre

Känner man att måendet försämras bör man i första hand kontakta SOS International eller motsvarande bolag. Där kopplas ofta en svensk läkare

in som tar del av den tillgängliga informationen och bedömer situationen.

Kontakt med vården i Sverige

SOS International behöver ofta uppgifter från svensk vård för att få en samlad bild av sjukhistorien. Därför är det viktigt att ge samtycke före avresa till att vården hemma får dela information med försäkringsbolaget – något som också nämns i de flesta försäkringsvillkor.

Vård utomlands

Nästa fråga är vilken typ av vård som behövs: lokal öppenvård, bedömning på sjukhus eller något annat? SOS International hjälper till att hitta en lämplig vårdgivare på plats, där en lokal läkare ofta tar över ansvaret. Tillgången till psykiatrisk vård varierar dock kraftigt, och i vissa länder är vården av låg kvalitet eller har bristfällig standard.

Efter bedömning kan det bli aktuellt med uppföljning i öppenvård, läkemedel från ett apotek eller, i allvarigare fall, inläggning. Under hela förloppet håller SOS Internationals läkare sig uppdaterad genom kontakt med den som blivit sjuk, anhöriga och den lokala vården. Målet är ofta att tillståndet förbättras så att resan kan fortsätta som planerat.

Hemresa i förtid eller om man missat returren

Om hemresa ändå behöver arrangeras av psykiatriska skäl bedömer SOS International, med stöd av den lokala vården, om läkare och/eller sjuksköterska behövs som ledsagare. Efter inläggning på psykiatrisk avdelning utomlands kräver flygbolag ofta ledsagare, men inte alltid vid lindrigare försämringar där ingen inläggning behövs.

De flesta hemresor sker med


RESA MED PSYKISK SJUKDOM – VIKTIGA RÅD

- Prata med din läkare på hemmaplan i god tid
- Ta med tillräcklig medicin i handbagaget
- Säkra en bra reseförsäkring
- Välj resmål och resesätt klokt
- Håll rutinerna och undvik risker
- Kontakta SOS International eller motsvarande om du mår sämre
- Ge samtycke till att dela relevant medicinsk information

reguljärt flyg. Det kan ta flera dagar, ibland mer än en vecka, innan transporten kan genomföras. Vid hemkomsten följer ledsagande personal ofta med till den psykiatriska kliniken hemma för bedömning eller inläggning.

Anhörigas roll

Anhöriga, oavsett om de är hemma eller med på resan, bidrar ofta med värdefull information. För att SOS International ska få ha kontakt med och lämna ut uppgifter till dem krävs resenärens samtycke. Det är ofta en fördel om SOS Internationals personal och läkare kan prata direkt med både resenären och anhöriga.

En väl förberedd resa kan ge en stark känsla av att sjukdomen inte styr livet, även om oväntade situationer ibland uppstår. Med kunskap, planering med vården i förväg och rätt stöd öppnas världen även för den som lever med psykisk sjukdom. 

LÄNKAR

www.1177.se/undersokning-behandling/behandling-med-lakemedel/rad-om-lakemedel/resa-med-lakemedel/

www.sos.eu/se/medicinsk-foerhandsbedoemning/



När vården möter verkligheten – att skapa tillit i hemlöshetens skugga

TEXT Klara Essemyr Leg. psykolog och Enhetschef Capio vård för hemlösa Pelarbacken och Benyamin Löw, Vårdsamordnare Capio vård för hemlösa heldygnsvård **BILD** Pexels.com

När maktlöshet blir vardag – därför är delaktighet avgörande i vården av personer med komplex problematik

I Stockholmsregionen bedriver vi på Capio, en unik verksamhet för hemlösa på uppdrag av Region Stockholm där specialiserad psykiatri, somatisk vård, beroendevård, tandvård och fotvård samt en slutenvårdsavdelning samlas under samma avtal. Pelarbacken Öppenvård finns i närheten av Medborgarplatsen i Stockholm och heldygnsvården finns på Vårbergs Sjukhem i Skärholmen.

Här möter vi människor med vitt skilda diagnoser, bakgrund, åldrar och livsöden – men med en gemensam nämnare: alla våra patienter lever i akut hemlöshet och har en mycket svår social situation.

Ett annorlunda sammanhang – lärdomar från verkligheten

Vi är ofta en sista anhalt för människor som trillat ur systemet – vi försöker hjälpa dem hitta en väg tillbaka. Hos oss syns resultatet när patienter hamnat utanför ordinarie stöd- och vårdssystem; allvarliga kombinationer av både psykiska- somatiska och beroendetillstånd, med pålagringar av social utsatthet. Lägg därtill ett lågt förtroende för samhället efter otaliga stöd- och vårdkontakter som inte lett till någon förändring. Att försöka skapa ett förtroende igen både för vård- och myndighetsinsatser är bara en av våra många utmanande uppgifter. För om man inte ens vet vart man ska sova samma natt eller när man ska få i sig nästa mål mat, hur kan man då förväntas passa en specifik tid, kanske om några veckor? Om man nu lyckas boka en tid utan mobilt Bank-ID, om man fått kallelsen, trots att man saknar brevlåda. Har man hamnat utanför systemet är vägen tillbaka oftast svår och kräver stöd och förståelse för just den specifika problematiken.

“Hur skall jag kunna be om hjälp om jag inte vet vilken hjälp jag kan få?”

“De ställde så många frågor utan att berätta vad de ska göra med informationen. Man blir misstänksam”

”Jag fick så mycket information, jag mindes ingenting. Jag hade knappt sovit eller ätit på en vecka”.

“Trösklarna är för höga i början, målen inte realistiska. Då sa de att jag inte var motiverad trots att jag sökt så många gånger.”

Ovanstående är citat ifrån våra fokusgrupper, där vi har frågat patienter som kommit en bit på väg ut ur hemlösheten om svårigheterna att ta sig in i vård- och stödssystemet igen. Återkommande berättar de om bristen på information, stela system med höga krav i en situation där de själva kämpar för överlevnad.

Det är också bristen på information, anpassningar och möjligheten att kunna påverka sin vård som ofta lett till att man avslutat tidigare vårdkontakter.

Det är utmanande att behandla patienter som inte följer sina vårdplaner eller kommer på bokade tider. Men det går, om vi anpassar oss efter dem i stället för att försöka passa in dem i vårt system. Personcentrering behöver vara en förutsättning för att kunna ge vård till patienter med komplex problematik, inte en avlägsen målsättning. Vi är helt enkelt tvungna att möta dem där de är. Men vi ser också att vården blir mer effektiv och ändamålsenlig när vi ökar patientens delaktighet.

Vad innebär personcentrering i praktiken hos oss?

Vi gör helt enkelt det vi kan utifrån snabbt skiftande

förutsättningar, och försöker se till att förutsättningarna är så bra som möjligt. I stället för väntelistor arbetar vi med prioriteringar. Vad måste ske nu, vad kan vänta? Vi jobbar på patientens uppdrag; Vi kan vilja mycket för personerna vi möter, men det är okej att komma enbart för att lägga om ett sår. Det tar tid att bygga upp ett förtroende om man förlorat allt. Vi anpassar vårdprocessen utifrån patientens förutsättningar, mottagningen har drop-in och vårt mobila team söker upp patienterna där de befinner sig. För oss är det viktigt att bemöta våra patienter respektfullt och se varje person som en individ med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser. Vi försöker fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård. Utgångspunkten är alltid patientens berättelse. Att som människa med vård- och omsorgsbehov få vara i centrum och så långt som möjligt inkluderas i alla vårdbeslut är en självklarhet och något som i längden leder till en förbättrad egenvård. Precis som en av patienterna förklarade; Det vände när jag blev sedd som en människa, inte ett problem.

Heldygnsvården på Vårbergs sjukhem i Skärholmen

Patienterna erbjuds ett eget rum med dusch och toalett i nyrenoverade lokaler. Vi erbjuder även vård som inte kan anstå för EU-migranter och tillståndslösa. Vanliga diagnoser på avdelningen; infekterade sår, bensår, KOL, astma, hypertoni, diabetes typ 2, mobilisering efter frakturer, inläggande vård under cancerutredningar eller stöttning av symptomlindring under pågående cancerbehandling, förvirringstillstånd, rehab efter stroke, bränn- eller förfrysningsskador samt att patienter behöver inläggande stöttning inför planerade behandlingar som koloskopi.

Vi initierar kontakt och samverkar med Socialtjänst och

andra aktörer för att stötta våra patienter till att få bättre förutsättningar att klara sin framtid. Många patienter har dåliga erfarenheter av myndighetskontakt och vad de kan erbjudas för insatser. Vill individen inte ha stöd i kontakten har de ändå fått en tids omvårdnad, medicinskt omhändertagande, en säng att sova i och lagad mat i några dagar. Det kan vara nog så betydelsefullt i en annars utsatt vardag. På avdelningen utförs även funktions- och aktiv-

“MÅLET ÄR ATT GE INDIVIDEN ÖKAT INFLYTANDE OCH BLI MER DELAKTIG I SIN EGEN PLANERING”

tetsbedömningar samt rehabiliterande insatser av arbets- och fysioterapeut. Tillsammans med patienten försöker vi reda

ut vilka behov som finns och upprätta en plan. Planen är gemensam med socialtjänst och sjukvård och kan bestå av flera olika delmål men ge en helhetsbild över de insatser personen har eller kan ansöka om samt vem som ansvarar för vad. Målet är att ge individen ökat inflytande och bli mer delaktig i sin egen planering. Lever man i hemlöshet är det inte ovanligt att sakna både mobiltelefon och ID-handlingar vilket gör att man har svårigheter att ta fram den dokumentation samhället kräver för att erbjuda stöd.

På Capio vård för hemlösa möter vi människor som inte har tillgång till livets enklaste nödvändigheter. Trots somatisk sjukdom, beroende och/eller psykisk sjukdom är de hjältar enligt oss på Capio Hemlösa! De överlever på gatan, i trappuppgångar, på tillfälliga härbärgen, under en presenning i Sätmaskogen. De kan ha samma kläder på sig över ett år utan möjlighet till tvätt eller inte ätit ett varmt lagat mål mat på 3 månader och ändå kan de bjuda på ett leende eller ett glatt bemötande när de kommer till någon av våra enheter. De besitter en imponerande överlevnadsinstinkt. De förtjänar stöd och insatser för att kunna bryta sin hemlöshet. Ett individuellt och anpassat stöd. ©

Om jag fick önska mig något

Om jag fick önska mig något
Vad som helst och utan en gräns för hur mycket
Då skulle jag önska mig tid av pengar
Därför att tid är precis vad jag behöver
Inga högvinst lotter eller fyrväxta klöver
Jag vill ha så att det finns och blir över
Jag vet, jag tar ut mina svängar
Men fick jag önska mig vad som helst
Så skulle jag önska mig det

Om jag fick önska mig något
I en värld av besatthet av det sunda förnuftet
Då skulle jag önska mig skit under naglarna
Därför att lite skit är nödvändigt att kunna tåla
Men ingen ger någonting längre, man får inte ens låna
Inte undra på att folk har blivit så snåla
Jag vet, jag har själv inget jobb om dagarna
Men jag har lärt mig att i en värld av besatthet
Så är det så kallat sunda det sjukaste du kan sträva efter

Om jag fick önska mig något
Nu när min verklighet ändå ser så olik ut de flesta andras
Och kanske särskilt i jämförelse med din
Då skulle jag önska att du fick träffa mina röster
Så att du kunde förstå mitt sätt och mina mönster
Men min verklighet har ingen dörr och inga fönster
Så därför kan du varken hälsa på eller titta in
Jag förstår och jag accepterar det
Och du måste försöka att göra detsamma

Om jag fick önska mig något
Bortom all sans och rimlighet
Något helt osannolikt, som att göra den värtaliga stum
Då skulle jag önska mig en fungerande välfärd
För jag är trött på att känna mig så knäpp och fruktansvärd
Ja, då skulle vi nog nå fram till en bättre värld
Men jag får väl knata på och känna mig fortsatt dum
För min verklighet är tydligen för svårt för att kunna
begripa

Om jag fick önska mig något
Allt ifrån taklisten till golvplankorna
Något jag verkligen visste fått för skralt med chanser
Då skulle jag önska mig en hammare
Så att jag kunde slå hål på väggen in till psykvårdens
kammare
Och skriva om reformen som ändå bara låg och dammade
Jag skulle införa samarbetsvilja mellan olika instanser
Och det skulle det vara obligatorisk närvaro
Om jag fick önska mig något
Något med en genomslagskraft av en förkrossande
majoritet
Då skulle jag önska mig förståelse med all världens kraft
Samt intellekt nog att fördela den jämt
För nu är den bristfällig och jag vet inte vad som har hänt
Folk säger att den finns där men det ju ett smärre skämt
Jag menar, lite mer ödmjukhet kunde man ändå väl ha
haft?
Tänk att det ska vara så svårt att förstå den olike

Om jag fick önska mig något
Bara en sista sak
Då skulle jag önska att livet vände snart
Så att jag kunde få visa att jag också kan
Att jag fick känna någonting annat än bara skuld och skam
För precis som för alla så är min verklighet också sann
Och jag önskar att det skulle få vara en tillgång
Istället för ett hinder
Och den dagen den önskan slår in
Då är jag världens lyckligaste

#pans/pandas
#röster
#psykiatri
#verklighet

Av: Amandine



SCANNA QR-KODEN FÖR
AMADINES MUSIK



En summering av **Schizophrenia International Research Society (SIRS) 2026**

TEXT Linda Swanson, Legitimerad Psykolog samt Doktor/Specialist i Klinisk Psykologi

Detta är tredje gången som jag får ynnesten att få åka, och det är väldigt fint att få följa konferensens utveckling över tid då brukarsamhällets röst hörs högre och tydligare för varje år. På föreläsningarna kom frågor och inlägg ifrån individer som stolt tillkännagav att de har egen erfarenhet. Jag var på en spännande session om återhämtning, där man försökte förklara hur svårt det är att definiera och mäta detta då man har gått ifrån en mer snäv definition som fokuserat på avsaknad av psykotiska symptom till en bredare som även involverar relationer, sysselsättning och livskvalité. Då kom ett fint inlägg ifrån en australiensisk man med egen erfarenhet som poängterade hur viktigt det är att inte tänka att man ska återgå till där man var innan psykosen utan snarare försöka fånga dit man kommer till efteråt, då livet aldrig blir detsamma på både ett positivt och negativt sätt.

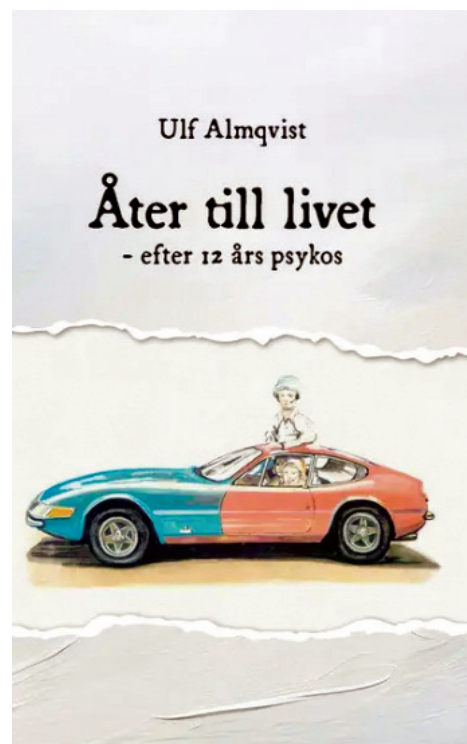
Brukarrösten hördes även i ett föredrag om delat beslutsfattande, där en forskande psykiatriker ifrån Taiwan (Dr Chen-Chung Liu) fått positiva resultat på kognitiva och negativa symptom genom att använda sierpinskis triangel. Denna metod gick ut på att stabila patienter fick prova att ta bort 25% av deras medicinering under 3 månader, följt av 3 månader av inga förändringar för att se utvecklingen över tiden, varpå detta upprepades igen tills man nått en punkt där man såg att individen behövde stanna. Vad man försökte förmedla var att vi behöver prata öppet om attityder kring medicinering för att förhindra att individer slutar ta dessa i smyg. Vi löser inget genom att undvika att ha denna diskussion, personcentrerad vård behöver byggas på partnerskap.

Detta är svårt vid avsaknad av sjukdomsinsikt, men det finns sätt att få påverka (t.ex. typ, sätt, mängd). Sessionen innehöll även studier med kvalitativ design där man intervjuat individer om varför man slutat, vilket handlade mycket om att man vill känna kontroll, autonomi och undersöka behov. Tänk vad mycket bättre om man kan skulle kunna göra detta tillsammans med sina vårdkontakter.

En annan session handlade om begreppet "schizofreni", där professor Stefen Leucht diskuterade hur ett namnbyte är viktigt p.g.a. de fördomar som är förknippat med detta då medicinsk terminologi ska undvikas om den kan skapa obehag enligt Världshälsoorganisationen. Ett förslag är "Positive and Negative Symptoms Disorder" (PND) då det är mer beskrivande av tillståndet än schizofreni (som kommer ifrån grekiskans schizo (klyva/splittra) och phren (sinne/själ) och därför ofta förväxlas med flera personligheter). En invändning har varit att schizofreni även involverar andra symptom, såsom katatoni och kognition, men vi vet att dessa även förekommer vid andra tillstånd och därför inte är unika för detta.

Min affisch, som handlade om våra studier om psykologisk behandling vid psykos, mottogs väldigt väl och ledde till flera spännande diskussioner med behandlare ifrån hela världen. Vi har fina kvalitativa resultat som stödjer användandet av både dialektisk beteendeterapi (DBT) och en förenklad version av detta (DBT Skill System (DBT-SS)) för känsloreglering vid psykosproblematik (vilket vi förhoppningsvis publicerar vetenskapliga artiklar om inom kort). Dessa har getts i grupp där vi

fokuserat på att lära ut strategier för att hantera starka känslor vilket ofta är problematiskt vid psykos då detta är ett känslotillstånd som slår ut logiken. Metakognitiv träning för negativa symptom vid schizofreni (MCT Minus, som jag tidigare skrivit om i Empati) håller fortfarande på att utvärderas i en randomiserad kontrollerad studie, där vi nu är uppe i 20 individer. Denna terapiform, som är en viderutveckling på den som finns för positiva symptom, handlar om att "så ett frö av tvivel", d.v.s. lära individerna om hur opålitliga våra hjärnor är för att minska tilltron till de psykotiska symptomen (där det för de negativa symptomen handlar mycket om tankar kring att man inte behöver andra, att man kommer göra bort sig, och/eller att man inte kommer känna glädje). Vi har också precis påbörjat en case-series (så när man gör ett antal mätningar innan, under och efter behandling) där vi utvärderar Narrativ Exponeringsterapi (NET), vilket är en traumabehandling som skiljer sig ifrån den man oftast använder vid PTSD (Prolonged Exposure). Det som är väldigt fint med NET är att man fokuserar på hela livet, både de positiva och negativa minnena, i ett livsnarrativ där flera svåra händelser kan bearbetas. Den är också skonsammare då man diskuterar det svåra i dåtid snarare än nutid samt att exponeringarna (d.v.s. när man behöver möta det jobbiga) sker under terapin då terapeuten läser upp livsberättelsen där snarare än att man lyssnar på inspelningar av denna emellan gångerna. Vi hoppas att alla dessa metoder kommer finnas att erbjuda er, kära läsare, inom svensk hälso- och sjukvård någon gång i framtiden. Watch this space. 📧



Åter till livet – efter 12 års psykos

Författare: Ulf Almqvist

Förlag: Trolltrumma förlag

TEXT Lennart Lundin

Ulf Almqvist är född och upp- vuxen i Stockholm, Kristianstad, Boden och under ett år i Indien. Han utbildade sig till reserv- officer i flottan, studerade två år på KTH samt ett år på IHR. Hans idé om att börja skriva på

denna bok hade sitt ursprung i att han under sex års tid höll ett föredrag som hette: "Min historia av psykisk ohälsa" tillsammans med hans psykiater i den obligatoriska kursen i psykiatri för läkarkandidater. Samtliga illustrationer/målningar i boken är gjorda av författaren.

Livet går bra för Ulf; han har utbildat sig till marinofficer, bra arbete, tjänar bra med pengar, goda vänner och en fin kärleksrelation. Mitt i livet börjar han förstå att kalla krigets stormaktskonflikt berör honom personligen och att han egentligen är en hemlig agent "Flash Gordon". Han inser att tal och siffror, som länders telefonnummer, döljer viktiga budskap och de kommer att styra hans liv och vad han gör. Han får svårare att fungera i jobb och relationer, sköta ekonomi och boende, och tillslut blir han arbetslös och hemlös och bor i skrotbilar. Han berättar för alla människor runt honom om den stora konspirationen och sin egen roll som räddare av västvärlden. Mitt i allt har han en stor social förmåga och knyter djupa och bestående kontakter med andra människor. Han tvivlar aldrig på sin världsbild och ingen kan tala honom ur den. Det är helt uppenbart för alla att han är helt psykotisk och helt oförmögen att sköta sitt liv. Så lever han i 12 år. Ingen, som till exempel alla de socialtjänspersoner han träffar, verkar kommit på tanken att han måste få vård även om han inte förstår det själv. Till slut inträffar något som gör att han kommer under tvångsvård och får psykosmedicin. Och... hela hans psykotiska värld försvinner helt på några månader. Han lever så några år tills han tänker att han ska kunna sluta med medicinen. Han slutar och blir efter några månader psykotisk men nu har han en överenskommelse om att börja igen när hans omgivning uppfattar honom som sjuk. Livet går vidare tills han träffar en ny läkare som säger till honom: "Vårt mål här på Serafen är inte bara att få patienterna symtomfria utan även att dom ska ha ett bra liv". Nu byter han medicin, erbjuds olika psykosociala insatser och terapi, berättar i olika sammanhang om

sina upplevelser och gradvis börjar han leva upp, återknyter viktiga relationer och gör viktiga insatser som brukarrevisor.

Nu i backspegeln reflekterar han: varför tilläts han gå totalsjuk i tolv år utan att någon initierade en tvångs- behandling? Och varför gick det så länge i vården innan någon erbjöd de psykologiska insatserna som är viktiga för ett bra liv?

Kanske fick han gå psykotisk så länge för att människor omkring honom inte hade kunskap om vilka bra behandlingsresultat som modern psykosvård faktiskt har. Att en stor andel av patienterna svarar bra eller mycket bra på de behandlingar som erbjuds. Kanske också att hans stora sociala begåvning gjorde han "flög under radarn" och att hans stora hjälpbehov inte blev så tydligt. Kanske missförstod man tvångslagen LPT? En vanlig okunskap är att en person måste vara farlig för sig själv eller andra innan man kan bli tvångsvårdad. Det är fel: det är vårdbehovet som ska avgöra.

Ulf's berättelse bekräftar Schizofreniförbundets kampanj "Ett liv värt att leva!" Alltför många patienter erbjuds enbart medicinering (som symtomreduktion) och får inte tillgång till den palett av psykologiska och psykosociala insatser som idag finns.

Boken är rakt och enkelt skriven och hans livsberättelse har mycket att lära oss. Illustrationerna visar på en stor konstnärlig begåvning. Det värmer att läsa om det bra liv han nu har!

Men hans frågor biter sig fast: Hur kunde han få gå så länge utan behandling och varför var den så ensidig så länge. ☹

FORSKNING SOM FÖRÄNDRAR LIV – ett nytt samarbete för psykisk hälsa

TEXT Svante Nyberg, Specialist i psykiatri, medicine doktor och ordförande för Fonden för psykisk hälsa

Psykosjukdomar hör till de mest handikappande tillstånd en människa kan drabbas av – för den som insjuknar, för anhöriga och för samhället. Men forskningen har, gång på gång, visat att det går att göra verklig skillnad. Som psykiatriker och ordförande för Fonden för psykisk hälsa vill jag berätta om ett nytt samarbete med Schizofreniförbundet – och om varför forskning förblir vår viktigaste väg framåt.

En tung börda

Schizofreni och liknande psykosjukdomar drabbar ungefär en procent av befolkningen. För den som insjuknar innebär det ofta år av kamp mot symtom som förvrider verklighet- suppfattningen och försvårar deltagande i arbets- och samhällsliv. För anhöriga kan det bli ett livslångt åtagande.

Som ung psykiatriker på Karolinska sjukhuset mötte jag detta dagligen. Jag såg vad en felaktigt doserad medicinering innebar: patienter vars psykos dämpades, men som berövades livskvalitet genom rörelsestörningar och trötthet. Den erfarenheten är en av drivkrafterna bakom mitt engagemang i forskningen.

Fyra exempel på hur forskning förändrat vården

1. Tidigt ingripande – att bryta sjukdomsförloppet

Tidig och sammanhållen behandling

vid första psykosepisod förbättrar prognosen. Specialiserade interventionsteam – rekommenderade i Socialstyrelsens riktlinjer – kombinerar läkemedel, psykologiskt stöd, anhörigarbete och hjälp till arbete eller studier. En metaanalys publicerad 2024 bekräftar att integrerade insatser ger bättre utfall än läkemedelsbehandling ensam. Att långtidseffekterna riskerar att avta är i sig ett argument för fortsatt forskning.

2. Rätt dos – PET-kameran som öppnade ett fönster mot hjärnan

Som doktorand vid Karolinska Institutets PET-centrum fick jag vara med om något som kändes som ett genombrott: vi kunde för första gången mäta hur antipsykotiska läkemedel faktiskt verkade i den levande hjärnan. Det visade sig att terapeutisk effekt uppnås vid en lägre receptormättnad än den nivå där allvarliga biverkningar uppstår – ett fynd som gav vetenskaplig grund för att sänka doserna. Modern antipsykotisk behandling är i dag betydligt mer skonsam som ett direkt resultat.

3. Klozapin – ett underutnyttjat verktyg

Klozapin är det enda läkemedel med bevisad effekt vid schizofreni som inte svarar på annan behandling – och det minskar suicidrisken. Ändå är det underutnyttjat, trots att ungefär en tredjedel av alla med schizofreni utvecklar behandlingsresistens. Barriärerna är kända: blod- provsmonitorering, biverkningsrädsla och otillräcklig utbildning hos förskrivare. Gapet mellan vad forskning rekommenderar och vad

patienter erbjuds drabbar dem med störst behov.

4. Kända gap – evidensen finns, implementeringen brister

På två områden är bilden särskilt tydlig. Socialstyrelsens utvärdering 2022 visade att många med schizofreni inte får psykosociala insatser de borde – boendestöd, stöd till arbete, psykopedagogiska program och KBT. Evidensen är god; bristen ligger i implementeringen. Samma mönster gäller kroppslig hälsa: personer med psykosjukdom löper kraftigt förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Orsakerna är ofullständigt kända, men möjliga behandlingsvägar finns. Att förstå varför beprövade insatser inte når fram är i sig ett viktigt forskningsfält.

Varför detta samarbete

Fonden för psykisk hälsa grundades 1993 och är Sveriges enda renodlade forskningsfond för psykisk hälsa. Vi finansierar forskning granskad av ett vetenskapligt råd av ledande psykiatrforskare, alla på ideell basis. Det nya samarbetet med Schizofreniförbundet är riktat mot psykosjukdomarnas forskningsfält – ett område där patientorganisationens röst och fondens resurser kan förstärka varandra.

Forskning omsätter sig inte självt. Det krävs uthållighet, resurser och samarbeten mellan akademi, vård och patientorganisationer. Jag har följt psykosforskningens framsteg i fyrtio år och vet att varje satsning är en satsning på framtida patienter. Det arbetet är värt varje insats. ☹

Redovisning för Ingvar Hjalmarssons stipendium:

Ett stipendium som stärker forskningen om negativa symtom vid schizofreni

TEXT Aldo D'Imperio, ST-Läkare i Psykiatri, Doktorand

Ingvar Hjalmarssons stipendium gav mig möjlighet att delta i University of Oxfords 10th Course on Network Meta-Analysis vid Department of Psychiatry i juni 2025. För mig var det en värdefull chans att fördjupa mig i ett område som är centralt för min forskning om schizofreni och negativa symtom.

Inom medicinen räcker det inte alltid att det finns många studier. Resultaten är ofta spridda över olika behandlingar, patientgrupper och prövningar, vilket gör det svårt att se helheten. En systematisk översikt hjälper oss att samla och bedöma forskningen på ett strukturerat sätt. En meta-analys går ett steg längre och använder statistik för att väga samman resultaten. På så sätt får man en bild av vad forskningen sammantaget visar.

Detta är viktigt för negativa symtom vid schizofreni, till exempel minskad motivation, minskat känsloutryck, social tillbakadragenhet, minskad talproduktion och minskad förmåga att uppleva lust eller glädje. Dessa symtom påverkar



Aldo D'Imperio, ST-Läkare i Psykiatri, Doktorand


ofta vardagsliv, relationer och livskvalitet starkt, men hör också till de svåraste att behandla. Trots många studier finns det fortfarande inte tydliga svar på vilka behandlingar som hjälper bäst.

Kursen i Oxford, som hölls av professor Andrea Cipriani, gav praktiska och teoretiska kunskaper. Vi arbetade med hur man formulerar forskningsfrågor, granskar litteraturen kritiskt, analyserar data och presenterar resultat tydligt. För mig var det värdefullt att kursen knöt ihop metod och statistik med kliniska frågor.

En Pairwise Meta-Analysis jämför två behandlingar direkt, medan en Network Meta-Analysis gör det möjligt att jämföra flera behandlingar inom samma analys, även när

alla inte har jämförts direkt i samma studie. Kursen hjälpte mig också att förstå att det inte alltid är den mest avancerade metoden som är bäst, utan den metod som passar frågan bäst.

Detta har stor betydelse för mitt arbete. Jag arbetar nu med två projekt om behandlingar för negativa symtom, ett om ECT och ett om antipsykotiska läkemedel. Men värdet av denna forskning är bredare än så. När man väger samman många studier kan man inte bara få en bättre bild av vilka behandlingar som verkar hjälpa, utan också förstå mer om själva diagnosen, om hur negativa symtom bäst mäts och om frågor som pseudospecificitet, alltså när en behandling ser ut att hjälpa negativa symtom men effekten egentligen kan bero på förändringar i andra symtom.

På sikt kan sådana analyser bidra till bättre forskning, bättre bedömningar och mer träffsäkra behandlingar. Förhoppningen är att detta ska komma till nytta inte bara för forskare och kliniker, utan också för patienter och anhöriga som behöver tydligare kunskap. Därför är jag tacksam för stödet genom Ingvar Hjalmarssons stipendium. Det gav mig möjlighet att fördjupa mig i en metodik som kan bidra till bättre förståelse av schizofrenispektrumstörningar. 



Daniel Abrams

Psykolog, Schizofreniförbundet

Det här är en fråga jag möter ofta i familjekontakter. Den är begriplig, men också svår och ibland känslig.

Som anhörig ser man att mycket ändå fungerar. Man kan sitta tillsammans, äta, prata. I de stunderna är det lätt att tänka: det här borde gå att bygga vidare på. Studier. Arbete. Ett "vanligt" liv. Förmåga till studier eller arbete är dock något som inte i sig självt är synligt – vi ser bara hur det tar sig uttryck i konkret beteende. Och det kan vara svårt att dra slutsatser om hur en person skulle klara av en annan miljö och andra aktiviteter än dem man ser personen i.

Att fungera i ett hem är inte samma sak som att fungera i arbete eller studier. Hemmet är en anpassad miljö. Tempot är lägre. Kraven är färre. Någon annan tar ofta ansvar för struktur, planering och genomförande. Man kan vara med utan att bära helheten.

Det innebär att en person kan framstå som betydligt mer fungerande än vad som faktiskt är fallet.

Arbete och studier är motsatsen. Där krävs det ofta att man själv håller ihop dagen. Att man startar, fortsätter och avslutar. Att man klarar av att hantera flera uppgifter samtidigt, stå ut med stress och upprätthålla fokus över tid. Att man fungerar i ett system där andra också ställer krav och där jämförelse med andra är inbyggd.

Det är just de förmågorna som ofta är nedsatta vid schizofreni. Det handlar inte i första hand om vilja. Det handlar om kognition. Uppmärksamhet, arbetsminne, planering, initiativförmåga och stress-tålighet. Funktioner som inte syns i ett samtal vid köksbordet, men som avgör om en studiedag eller arbets-

dag överhuvudtaget går att genomföra.

Jag möter ofta föräldrar som satsar mycket för att få studier att fungera. Man betalar boende, uppmuntrar, stöttar, hoppas. Ibland handlar det om krävande utbildningar. Problemet är att personen i många fall saknar förutsättningar att klara studier i normalt tempo, oavsett motivation.

När det inte fungerar blir konsekvenserna ofta tunga. Misslyckanden staplas. Självkänslan påverkas. Relationer belastas. Och både den som

man upp. Men att sluta hoppas på en specifik framtid är inte detsamma som att ge upp. Det är att ändra riktning.

Så länge förväntningarna ligger fel kommer också stödet att ligga fel. Man hjälper till att driva något som inte fungerar. När förväntningarna justeras blir något annat möjligt: att stödja det som faktiskt kan fungera.

För många personer med schizofreni handlar det inte om heltidsarbete på den öppna arbetsmarknaden.

Det handlar om anpassade aktiviteter, i rätt omfattning, med rätt krav och stöd på plats där arbetet utförs. Vanligtvis även struktur och förutsägbarhet. Ett arrangemang som har chans att hålla över tid.

Det här inne-

bär en process för anhöriga. Ibland långsam, ibland plötslig. En insikt om att livet inte kommer att bli som man en gång tänkte. Det är ett sorgearbete där man tar till sig en insikt steg för steg. Men det man släpper kan också skapa utrymme för något nytt och – just det – hoppfullt.

Men öppnar för något mer realistiskt och i förlängningen mer hjälpsamt: att stödja personen i att bli den bästa versionen av sig själv utifrån de förutsättningar som finns idag.

Inte exakt den man var innan sjukdomen. Utan den man är nu. Och det är först där som ett liv som faktiskt fungerar kan börja ta form.

Det handlar om anpassade aktiviteter, i rätt omfattning, med rätt krav och stöd på plats där arbetet utförs. Vanligtvis även struktur och förutsägbarhet. Ett arrangemang som har chans att hålla över tid.

“DET HANDLAR INTE I FÖRSTA HAND OM VILJA. DET HANDLAR OM KOGNITION. UPPMÄRKSAMHET, ARBETSMINNE, PLANERING, INITIATIVFÖRMÅGA OCH STRESSTÅLIGHET”

MEDIERNAS RAPPORTERING OM PSYKISK SJUKDOM

TEXT Peter Georgsson

Som läsaren av Empati kanske vet driver IFS Göteborg projektet StigmaWatch. Mellan halvårsskiftet 2019 och halvårsskiftet 2022 finansierades projektet av Allmänna arvsfonden, men det pågår fortfarande.

StigmaWatch handlar om att följa mediernas rapportering om psykisk sjukdom. När vi ser eller hör tvivelaktiga inslag på detta tema, kontaktar vi den som uttalat sig och försöker föra en dialog om hur man bör rapportera om det aktuella ämnet. Vi uppmärksammar också exempel på balanserade och informativa medieinslag. De första tre åren av det nämnda projektet hanterade vi ett tusental ärenden. Ändå kände vi efter dessa år att vi bara skrapat på ytan. Vi insåg att vårt initiativ behövde kompletteras med ett annat projekt. Det projektet fick heta StigmaWatch 2.0 och har – också det – finansierats av Allmänna arvsfonden.


Syftet med StigmaWatch 2.0 har varit att skapa en digital utbildning avsedd för journalister och journalistikstudenter. Anledningen till att vi valde denna målgrupp är att de är viktiga opinionsbildare. Vad journalister skriver och säger påverkar folks uppfattning om saker och ting. Detta gäller även psykisk sjukdom. Kan vi få mediefolk att uttrycka sig mindre stigmatiserande kommer också stigmat som omger psykisk sjukdom att minska.

Utbildningen vi har tagit fram består av sju moduler. En inledning och en avslutning och däremellan fem huvuddelar. Den första delen handlar om hur man bör rapportera om psykisk sjukdom i medierna. I nästa del förklaras vad stigma och självstigma är för något. Stigmat leder till diskriminering. Dålig rapportering om psykisk sjukdom kan öka på stigmat. Därför är journalistikens roll viktig här. Den tredje delen handlar om hur det är att leva med schizofreni. I det sammanhanget återfinns upplästa citat från verkligheten, dvs. citat som belyser hur en schizofrenidiagnos kan påverka situationen för den som är direkt drabbad och för anhöriga. Fjärde delen belyser temat behandling och stöd. Det optimala är om journalistiken förmedlar hopp, ett hopp som stödjer sig på det faktum att det finns behandlingar som – nästan undantagslöst – förbättrar tillståndet för människor med allvarlig psykisk sjukdom. Sedan följer den sista huvuddelen. Den sammanfattar utbildningen och uppmuntrar till reflektion.

Den pedagogiska angreppsvinkeln skiljer sig åt i olika delar av den digitala utbildningen. Att den innehåller upplästa citat från själverfarna och anhöriga har redan nämnts. Dessutom finns det animerade sekvenser, filmade sekvenser samt textsidor och övningar.

Vi som jobbar i projektet är Johanna Sandström (projektledare), Johan Sandström (kommunikatör), Lennart Lundin (mentor) och Peter Georgsson (utbildningskoordinator). I början av projekttiden lade vi ner väldigt mycket arbete på att åstadkomma ett faktaunderlag till den utbildning vi nu har skapat. Lennart – som har mer än 40 års erfarenhet av att jobba i psykosvården som psykolog – och jag gjorde det största arbetet med faktaunderlaget. I kraft av sin erfarenhet hade Lennart lätt att formulera sig. För mig innebar uppgiften att jag var tvungen att göra mycket research. Johan har jobbat en hel del med mer tekniska bitar, till exempel programmering och formgivning. Johanna har lett arbetet och hållit reda på oss andra. Alla i projektgruppen har bidragit till utbildningens form och innehåll.

Den färdiga utbildningen har rönt stort intresse bland mediehus och journalistutbildningar. Bland dem som sagt att de kommer att använda utbildningen finns Aftonbladet, Journalistprogrammet vid Umeå universitet och P4 Västerbotten. Men det är många fler som funderar på att använda den i sin verksamhet.

Projektet är inte slut bara för att utbildningen är färdig. Om man har ett projekt som är finansierat av Allmänna arvsfonden, finns det möjlighet att söka något som heter effektstöd. Det innebär att man kan få pengar för att fortsätta sprida det som skapats inom det ursprungliga projektet. IFS har ansökt om sådant effektstöd. När detta skrivs har Arvsfonden ännu inte fattat något beslut när det gäller vår ansökan. Om den beviljas kommer vi att kunna sprida utbildningen till många fler än vad vi annars skulle kunna göra. Vi ser framför oss att vår utbildning kommer att göra nytta under lång tid framöver. 



Maria Nyström Agback

Jurist, Schizofreniförbundet

HUR KAN JAG HJÄLPA MIN ANHÖRIG ATT RÖSTA?

FRÅGA: I höst är det riksdagsval och min anhörig, som bor på ett boende, vill gå och rösta. Personalen säger att de inte kommer att ha tid att hjälpa de boende att gå och rösta, det får anhöriga hjälpa till med. Jag är den enda anhörige, och jag bor för långt bort för att kunna hjälpa hen att rösta. Personalen måste väl vara skyldiga att hjälpa till?

SVAR: Din anhörig har rätt att få rösta, och hen kan få hjälp med det. Ta upp frågan med den som är ansvarig på boendet. Om det inte går att lösa frågan med transport till förtidsröstning under perioden innan valet, eller en vallokal på valdagen, finns det andra sätt. Din anhörig kan till exempel rösta genom bud. Då behöver man hämta material och instruktioner från en lokal för förtidsröstning. Ni kan också kontakta kommunen för att se om en ambulerande röstmottagare kan komma till boendet och låta de boende rösta där.

VAD GÖR JAG NÄR FÖRSÄKRINGSKASSAN SÄGER NEJ?

FRÅGA: Jag har schizofreni och har haft sjukersättning i ett antal år. Nu har jag fått ett brev där Försäkringskassan skriver att de överväger att dra in min sjukersättning eftersom de anser att jag kan arbeta. Jag har bara arbetat en kort period för många år sedan, och det fungerade inte alls. Jag är inte alls frisk nog att arbeta. Jag förstår inte varför Försäkringskassan plötsligt gör så här, jag har inte gjort några nya undersökningar, det finns inga nya läkarintyg, ingenting sänt. Vad ska jag göra? Jag klarar mig inte utan sjukersättning.

SVAR: Jag förstår din oro. Allt fler får negativa besked av Försäkringskassan, trots att de har rätt till den ersättning de ansökt om. Du kan redan nu be din läkare om ett intyg på din diagnos och att du inte kan arbeta. Det kan ta tid att få fram läkarintyget, så det är bra att vara ute i god tid. Kontakta Försäkringskassan, berätta att du tycker att beslutet är felaktigt och berätta att du kommer att inkomma med ett läkarintyg. Om du får ett beslut där din sjukersättning dras in helt eller delvis, ska du begära omprövning av beslutet. Om Försäkringskassan inte ändrar sig kan du sedan överklaga beslutet till förvaltningsrätten. Det kostar inget att överklaga, och det blir ingen rättegång som du behöver vara med på. Det kan dröja innan

HAR DU SYNUNKTER PÅ DETTA ELLER NÅGOT ANNAT SOM GÄLLER REGLER? HÖR GÄRNA AV DIG TILL: OFFICE@SCHIZOFRENIFORBUNDET.SE

DU FÅR VARA ANONYM

förvaltningsrätten prövar ditt överklagande. Om du skulle bli utan sjukersättning under den tiden, kontakta kommunens socialtjänst och berätta att du behöver ekonomisk hjälp i väntan på att ärendet om sjukersättning ska avgöras.

INGEN MERKOSTNADERSÄTTNING FÖR DEN SOM HAR ÖPPEN RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

FRÅGA: Varför säger Försäkringskassan nej till merkostnadsersättning för den som har öppen rättspsykiatrisk vård? De hänvisar till att man vårdas på en statlig institution, men det är ju inte sant. Man bor ju hemma. Inga kostnader ersätts av psykiatrin. Det här innebär ju att de som får öppen rättspsykiatrisk vård diskrimineras jämfört med andra patienter i psykiatrin.

SVAR: Det stämmer att den som vårdas i öppen rättspsykiatrisk vård inte har rätt till merkostnadsersättning på samma villkor som andra patienter i psykiatrin. Det är inte rättvist, och frågan har i början av året tagits upp av Högsta Förvaltningsdomstolen, HFD. Domstolen skrev i sin dom att "den som ges öppen rättspsykiatrisk vård får anses vårdas utanför institutionen genom dess försorg" och avskog överklagandet. Det innebär tyvärr att patienter i öppen rättspsykiatrisk vård även i fortsättningen nekas merkostnadsersättning.

MITT BOENDE SKA LÄGGAS NER, VAD SKA JAG GÖRA?

FRÅGA: Jag har bott i gruppboende i många år och har det ganska bra här. Men nu säger kommunen att boendet ska läggas ner. Alla vi som bor här måste flytta. Jag vill bo kvar, men jag vet inte om det går att göra något åt det här?

SVAR: Det finns flera saker du kan göra för att öka dina chanser att få bo kvar. Alla som bor som du har fått ett beslut från socialtjänsten där ni har beviljats detta boende. Du kan överklaga det beslutet nu, eftersom du inte längre kommer att få den insats du beviljats och har rätt till.

Du kan också kontakta socialnämnden i kommunen och berätta för politikerna att du tycker att beslutet att lägga ner boendet är fel. När du röstar i kommunalvalet är du med och bestämmer vilka som ska sitta i socialnämnden.

STÖDLINJEN: 08-580 000 34

Öppen alla vardagar
Kl. 08:00-21:00
Lördag-söndag
Kl. 12:00-17:00

Hos Schizofreniförbundets stödlinje kan du få vägledning och stöd. Vi som svarar har lång och gedigen erfarenhet av att leva med schizofreni, både personligen och i vår närhet. Du kan vara anonym och du behöver inte vara medlem i Schizofreniförbundet.

Observera att Stödlinjens öppettider kan variera under röda dagar och helgdagar.



schizofreniförbundet

SCHIZOFRENIFONDEN

Schizofrenifondens insatser kan vara forskning kring Schizofreni och liknande psykosjukdomar eller stöd till projekt av mera praktisk natur. Läs mer på: [Schizofreniforbundet.se/schizofrenifonden](https://www.schizofreniforbundet.se/schizofrenifonden)



123-900 72 79

Stöd oss