

Psykiatri då och

nu



**Tove
Hertzberg**

Vilka förändringar har skett inom psykiatrin i Finland sedan slutet av 1990-talet till idag? Tove Hertzberg som arbetat länge inom psykiatrin berättar om hur de enorma nedskärningarna har raserat vården.

Jag tänker ofta att det yrke jag utbildade mig till inte längre finns.

Det är inte något stortvulet jag förlorat: möjligheten att tillsammans med en rimligt beständig arbetsgrupp sköta en begränsad mängd patienter inom en mänsklig arbetstid. Länge hade jag den möjligheten, men inte längre.

Kontinuiteten i vården (gäller all slags specialsjukvård), möjligheten att få träffa samma läkare eller samma skötare vid varje besök, har länge varit lågprioriterad. I stället består mitt arbete som psykiater idag mest av byråkratiska uppgifter av rätt mekaniskt slag. Nästan varje patient jag träffar behöver omedelbart ett utlåtande till FPA. Över hälften av gemene psykiaters arbetstid går åt till olika utlåtanden (för pension, sjukledighet, specialersättning för mediciner, psykoterapi, krävande medicinsk rehabilitering, vårdbidrag osv. osv).

Psykiatrin är inte en speciellt gammal specialitet, den frigjorde sig från neurologin i slutet av 1800-talet. Före det var allt "nervsjukdomar". Under det följande seklet skulle **Freuds** tankar starkt påverka innehållet i verksamhetsfältet. För att senare, liksom de flesta andra idéströmningar inom psykiatrin, förpassas till ut i marginalen.

Jag blev färdig med mina medicinska studier 1993, mitt under Finlands intensiva ekonomiska depression. Det oerhörda, som inte hänt så ofta efter eller före det, var då ett faktum: ungefär hälften av de nyutbildade läkarna blev genast arbetslösa. Självt hade jag tur: jag visste att jag ville arbeta med psykiatri, och jag hade i god tid lyckats få ett orienterande arbete vid Ekåsens sjukhus i Ekenäs. Ekåsen hade tidigare varit den största arbetsgivaren på området, och var ett slags samhälle inom samhället. Där fanns egen patientkassa, trädgårdsavdelning, handarbetsverkstad, restaurang, och flera separata sjukhus. Det vimlade av patienter och personal, och solen glimmade i midsommarstången på gården. Det fanns ingen brådska i världen.

Psykiatrin har alltid haft den dubbla uppgiften att försöka bota de psykiskt sjuka men

också skydda samhället från deras galenskap genom att förvara dem säkert. I Finland hade man tagit den senare uppgiften på allvar: Finland hade mest psykiatriska sjukhusplatser i Europa ännu på 1980-talet (en del källor påstår att Irland kan ha haft ännu fler). Vi hade byggt upp ett vidsträckt sjukhussystem med så kallade A- och B-sjukhus. På de senare bodde närmast kroniskt sjuka människor, utan att de fick någon nämnvärd psykiatrisk vård.

Arbetet med att minska dessa (dyra) institutionsplatser och i stället övergå till en modernare öppenvårdscentrerad psykiatrisk vård hade inletts långt innan den ekonomiska krisen satte in (efter devalveringen 1992). Överläkare hade besökt Italien, där man tidigare hade stängt så gott som alla psykiatriska sjukhus, och där blivit inspirerade. Tyvärr sammanföll dessa goda intentioner med den ekonomiska depressionen, och de miljarder som sparades genom att stänga ned många sjukhus (tiotals miljarder) överfördes inte till öppenvårdspsykiatrin utan försvann ner i den somatiska specialsjukvårdens bottenlösa kista. Under decenniet som följde på den ekonomiska depressionen i början av 1990-talet försvann minst 3000 psykiatriska sjukhusplatser, medan den psykiatriska öppenvården fortsatte att vara klart underresurserad. Neds kärningen av sjukhusplatserna har efter det fortsatt, och THL uppger att ytterligare 40% av de psykiatriska sjukhusplatserna försvann under perioden 2015–2021. Öppenvårdens resurser har inte nämnvärt ökats. Småningom blev denna underresursering uppenbar för alla patienter och vårdpersonalen. Vårdtiderna på akutpsykiatriska avdelningar (där numera endast psykotiska och suicidala vårdas) har blivit oroväckande korta (i en tredjedel av fallen endast fyra dagar). Att få in en psykotisk anhörig på sjukhusvård har, åtminstone i Helsingfors, blivit svårare än för en kamel att ta sig genom nålsögat. Rättspsykiatriker i Finland varnar (YLE 20.8.2025) för att många av de patienter som kommer för rättspsykiatrisk bedömning inte har haft någon adekvat psykiatrisk vård innan de begått brott.

De 33 år jag arbetat inom psykiatrin har alltså varit en ständig kamp med en växande arbetsbörda. Ändå har jag haft många upplevelser av att ha kunnat bidra till att ge människor god vård. Under de sista åren, innan jag sade upp mig 2020 från den offentliga vården, blev denna upplevelse av att kunna ge god vård allt mera sällsynt.

Det bästa med arbetet, när det ännu fungerade, var att tillsammans med ett multiprofessionellt team (sjukskötare, psykologer, socialarbetare, ergoterapeuter, fysioterapeuter och eventuellt ännu någon) kunna hjälpas åt att bygga upp en vårdplan som på riktigt förde patienten vidare. Det bästa med jobbet var när någon man nästan inte trodde det gick att hjälpa till sist började må bättre. Den psykiatriska öppenvård där jag arbetat (ett tiotal olika platser), har alltid varit full av personal som brunnit för sitt arbete. Oftast har de också genomgående behandlats rätt dåligt av ledningen (framförallt sjuksköterna blir ofta behandlade som barn, vilket förvånat mig stort). Tidvis har jag jobbat på ställen där även ledningen har brunnit för att utveckla arbetets innehåll och med rätt små medel kunnat bygga upp imponerande vårdheter. Så jag vet att det går att göra, men det behövs inspiration och stöd från ledningen. Men om resurserna är helt otillräckliga hjälper ingen vision eller inspiration i världen.

Min tid inom den offentliga sjukvården var samtidigt färgad av nyliberala organisations-teorier, där allting skulle effektiviseras, mätas, granskas, rapporteras. Varje ”förbättring” var oftast de facto en försämring: mer tid togs bort från patientarbetet och ersattes av byråkratiska uppgifter. Nästan varje organisationsförändring (och de kom tätt) ledde till ett nytt lager av mellanchefer. Något måste även mellanchefer göra för att visa att de behövs, så det blev ofta många nya direktiv på kort tid. I inget skede av mitt arbetsliv var jag med om att någon systematiskt skulle ha följt upp hur många av patienterna som egentligen drog nytta av den vård de fick.

De senaste åren var även färgade av alla enorma skrytbyggen, där pengarna gick till

väggarna och inte till verksamheten. Mitt enda sätt att förstå detta är att byggindustrin i Finland har skickliga lobbare. Varje ny sjukhuschef vill tydligen hellre leda ett bygge än ägna sig åt sjukvård. Byggnaderna var till råga på allt inte ens speciellt funktionella. Det viktigaste av allt var att användningsgraden av varje rum var maximal, så att man kunde spara pengar (det är dyrt att bygga nytt), vilket betydde att ingen i personalen kunde ha ett eget arbetsrum utan man måste dagligen måste flytta plats till det utrymme som var ledigt. Om detta var jobbigt för personalen, så var det ännu jobbigare för patienterna. Den första halvtimmen av mottagningen gick lätt åt till att lugna den ångestfyllda, ihjälstressade patienten som förrirat sig i labyrintiska, tomma korridorer.

Psykiatrin är känslig för ideologiska strömningar. Flera paradigmskiften har jag hunnit uppleva under decennierna. Då jag började arbeta i början av 1990-talet, var det ännu psykoanalytiska teorier som var förhärskade. Det ansågs väsentligt att intervjua patienten om hens uppväxt, och även i diskussionerna med hen, att fundera över motkänslor och motöverföringar. Alla handledare man träffade hade vanligen denna referensram. Under de följande decennierna började dock detta arbetssätt ses som ovetenskapligt, och psykiatrin skulle få ett bättre rykte genom att bli ”vetenskapligare”, modell togs ofta från den somatiska medicinen. Patienten skulle gärna poängsättas genom att ha hen att fylla i en – ibland närmast oändlig mängd – blanketter, där alla symtom snyggt kunde få en exakt poängsumma.

Kognitiv psykoterapi blev rätt snabbt det förhärskande paradigmet och passar säkert bättre inom det tidsbegränsade arbetet på en poliklinik. Tidvis stod även familjeterapi högt i kurs, och alla familjer förväntades infinna sig till mottagningen. Ofta har jag under dessa ideologiska svängningar upplevt att vi så lätt kastat ut barnet med badvatten, och att de ideologiska striderna i grunden handlar om något annat. Jag minns hur **Martti Siirala** (psykoanalytiker, grundare av

Terapeia-stiftelsen) sade, att ”80% av begreppen vi svänger oss med i psykiatrin, är försvar mot de fenomen vi har att göra med”. Via våra låtsasprecisa ”vetenskapliga” namn (vanligtvis på latin) på olika former av psykiskt lidande försöker vi hålla den smärta och det lidande vi ser, på avstånd.

Samtidigt som psykiatrins underresursering har fortgått, har trenden i samhället gått mot en allt större medikalisering av alla former av psykiskt illamående. ”Terapisamhället” har avstigmatiserat psykiska avvikelser. Även om avstigmatisering naturligtvis är positivt, har detta också lett till ett mönster där många nuförtiden är stolta över sina diagnoser. Att ha en diagnos har blivit en identitetsmarkör. Remisserna till psykiatrisk vård har ökat explosionsartat och ytterligare minskat resurserna för de svårt sjuka. Neuropsykiatriska diagnoser görs idag till höger och vänster.

Jag håller med rättspsykiatrikerna: det behövs en bred samhällsdebatt i Finland. Vad skall psykiatrin egentligen syssla med? Jag röstar för att den ska få satsa på de svårt sjuka (de med psykoser, bipolära, svårt traumatiserade, emotionellt instabila, ätstörningar) och att vi alla arbetar på att försöka få syn på strukturerna bakom de ungas illamående.

Den ständigt ökande efterfrågan på psykiatrisk vård har lett till påståenden om en ”mentalhälsovårdskris” i vårt land (fenomenet är det samma i hela västvärlden). Denna ”kris” har ifrågasatts på många håll. **Anna Kontula** skriver om psykologiseringen av samhällets problem i sin essäbok *Kadonneen järjen metsästys* (se recension i *Ny tid* 04/2025). Som psykiater fann jag kapitlet om den oheliga alliansen mellan ”terapisamhället” och kapitalismen mest relevant ur ett medikaliseringsspektiv. Med terapisamhället avser Kontula ett samhälle där psykologiska begrepp fått en dominerande roll i den offentliga diskursen, och där livsproblem allt oftare förstås och hanteras genom psykoterapeutiska strategier.

Diagnoser som tidigare uppfattades som ovanliga eller kliniskt avgränsade används

i dag i vardagligt språkbruk: stress, ångest, trauma, syndrom och kriser har blivit allmänna tolkningsramar för människors livserfarenheter. Parallellt har ett terapeutiskt förhållningssätt spridits till allt fler samhällssektorer, däryrkesgrupper som lärare, socialarbetare och poliser utbildas i terapeutiskt bemötande. Gränsen mellan normalt livslidande och behandlingskrävande tillstånd har därmed blivit alltmer otydlig. Kontula riktar skarp kritik mot föreställningen om en generell ”mentalhälsokris” och menar att den bidrar till ytterligare medikalisering. Det ökande behovet av mentalvårdstjänster – ett fenomen som ses i hela västvärlden – illustrerar Kontula genom patientfallet Emilia. Under sin kontakt med vården tilldelas hon successivt flera psykiatriska diagnoser och erbjuds psykoterapi och läkemedelsbehandling, utan avgörande förbättring. Först när hennes sociala isolering bryts börjar hon må bättre, vilket problematiserar antagandet att hennes lidande primärt varit medicinskt. Enligt Kontula leder psykologiseringen av samhället till att strukturella och sociala problem omtolkas till individuella psykiska tillstånd. Även ungas ökande psykiska symtom riskerar därmed att förstås som sjukdom snarare än som reaktioner på reella samhällsförhållanden. Utvecklingen förstärks av en samtid där psykisk ohälsa i allt högre grad definieras, behandlas och administreras inom ett medicinskt ramverk, medan de bakomliggande orsakerna förblir opåverkade.

Lösningen på de ungas tilltagande psykiska illamående är inte mera terapi, utan ligger på annat håll. Samma konstaterar emeritusprofessor **Jaakko Seikkula** (HS 1.1 2026) i respons till riksdagsman **Ville Merinens** (SDP) initiativ att börja arrangera ”mentalhälsokurser” för allmänheten.

Seikkula kritiserar uppfattningen att psykoterapi skulle vara den primära lösningen på människors livsproblem. ”Det finns fler terapeuter och andra hjälpare i Finland än någonsin tidigare. Ändå löser det på inget sätt de fenomen vi ser, till exempel bland unga människor.” Det har skett en utveckling där

det ansvar som hör till mänskliga relationer har outsourcats till psykoterapin, säger Seikkula. Vi tar alltså inte längre hand om varandra som vänner och familjemedlemmar på samma sätt som tidigare. ”Som professor i psykoterapi vet jag förstås att psykoterapi gör mycket gott. Men psykoterapi kan aldrig tillgodose en stor människogrups behov av att känna sig mindre ensam och få mer stöd.”

I Finland har vi samtidigt under de senaste 30-40 åren gått från att ha haft ett av världens jämlikaste sjukvårdssystem till att ha ett av de mest ojämlika (prickat av europeiska människorättsdomstolen; Europarådet). Förändringen har skett i tysthet. Systemet är unikt i Europa, och handlar om att de som har rätt till företagshälsovård kan få hjälp hur snabbt som helst. De som inte har rätt till den (barn, pensionärer, studerande, arbetslösa, freelancare, självföretagare, icke-anställda eller tidsbundet anställda) har mycket svårt att få tider till bashälsovården. Det finns också stora skillnader i vilken slags företagshälsovård man kan ha. Den minimala gränsen innebär rätt till sådant som vaccinationer och eventuellt bedömning av en ergoterapeut visavi arbetsställning. De som har de mest generösa avtalen kan vanligtvis vända sig till vilken specialist som helst.

Jag minns hur jag brukade skryta över den finska välfärdsstatsmodellen inom hälsovården under åren jag bodde och arbetade inom psykiatri i USA 1994-1996. Då jag återvände till Finland och småningom började arbeta på en underresurserad psykiatrisk poliklinik i Alberga förundrades jag över att de inte lyckats fylla psykiatertjänsterna där, utan att vi led av en ständig brist på läkare. För en kort stund trodde jag att det rådde läkarbrist i Finland (något politiker ofta hemfaller åt att påstå), men sedan blev jag kallad att delta i ett

vårdplaneringsmöte för en av mina patienter av hennes företagsläkare. Mötet ägde rum i ”Ympyrätalo” i Helsingfors. Medan jag satt och väntade i väntrummet räknade jag till ungefär 30 läkare som rusade förbi i korridoren. Plötsligt förstod jag att det inte fanns någon läkarbrist. Läkarna var bara inte där de behövdes. Att försöka föra denna orättvisa till tals har inte varit möjligt de senaste decennierna; högerpolitikerna försvarar nu läget med hull och hår. THL:s nya chef **Mika Salminen** hör till undantagen, men hans röst är ensam.

Personligen har jag under 37 år inte haft tillgång till företagshälsovård (förutom vaccinationer) eftersom de flesta i den offentliga hälsovården inte har det (ironi?), men eftersom jag nu säljer tjänster via ett storkapitalhälsovårdsbolag, så har jag plötsligt det. Jag prövade hur det fungerade (behövde en remiss till röntgen för att knäartrosen blivit värre). Jag kunde välja mellan ett dussintal läkare inom några timmar. I den långa korridoren där jag väntade fanns cirka 50 läkares mottagningsrum, men inte en själ förutom jag själv. Då det blev min tur, blev den uppenbart lite ensamma företagsläkaren upplivad, och delade olika träningsvideor åt mig under den följande halvtimmen. Det var så långt bort från min verklighet i den offentliga hälsovården man kan komma.

Emeritusprofessor **Martti Kekomäki** har sagt: ”Vad kostar vården? Jo, vården av en annan patient!”

Jag tror inte att psykiatri någonsin kommer att prioriteras högt (resten av medicinen verkar lida av ett slags beröringsskräck), eller att psykospatienter kommer att organisera sig för att demonstrera utanför riksdagshuset. Men så här kan vi inte ha det!

Tove Hertzberg är specialistläkare inom psykiatri och jobbar sedan 2021 som privatpraktiserande psykiater. Tidigare jobbade hon 28 år inom den offentliga vården.