

Leif Lindström professor i psykiatri och neurovetenskap i Uppsala, besökte IFS medlemsmöte 16 november 2011.

Det är en mycket erfaren professor vi mötte och som han själv uttryckte det, att han gjort en 37-årig resa i schizofrenins värld, som psykiatriker.

Schizofreni kan inte jämföras med någon annan sjukdom cancer eller diabetes etc. Schizofreni påverkar allt; den kryper liksom in i cellen. Den som har schizofreni feltolkar intryck på grund av att det filter som sorterar intryck och finns i förlängda märgen inte fungerar.

Det är viktigt att patienten kommer under vård så fort som möjligt, men det är mycket svårt att säga när en patient insjuknat eftersom insjuknandet är en lång process en prodromal fas. Ibland kan man se på skolbetygen att de blir drastiskt sämre när schizofreni brutit ut.

Om en person med schizofreni slutar med medicinering, återinsjuknar 60 % inom ett år 75 % inom 2 år och de allra flesta inom 3 år och de återfår inte samma kognitiva förmåga som innan återinsjuknandet. Därför är det förödande att sluta med sin medicinering. Återfallen kommer ofta smygande med samma symptom vid varje återfall. Därför anses medicineringen vara en trygghet, man kan säga att det är en slags "bromsmedicin".

Ofta får patienten en postpsykotisk depression vilket kan försämra prognosen.

För att påvisa att en patient är i remission kan det skattas på en skala med åtta symptom, om tre symptom säkerställs anses patienten vara i remission (återhämtning)

Det visar sig också att bara i Stockholm finns 2 tusen hemlösa med schizofreni, som verkligen far illa, dödligheten har ökat 2,5 gånger sedan mentalsjukhusen lades ner, så på det viset var det bättre

”förr”. Där fick patienten mat och värme och ofta någon form av sysselsättning. Nu missköter man sig och äter ofta skräpmat vilket leder till hjärt-kärl sjukdomar och metabolt syndrom (cellerna reagerar ej på insulin), alla har inte någon anhörig som stöttar heller.

Viktuppgång är ett stort problem, men där har tredje generationens läkemedel en fördel ex abilify, den ger ingen viktuppgång, den verkar även fungera på människor som inte har schizofreni som ett bantningsmedel.

Psykiatrin borde bli bättre att peka med hela handen så att patienten tar sin medicin och förstår att det är nödvändigt. Man har även funderat varför dödlighet i lungcancer inte ökar i schizofreni gruppen trots att de röker ofta rätt mycket. Men det har visat sig att neuroleptika har en skyddande effekt mot lungcancer.

Vidare visar det sig att de som medicinerar med klozapin och olanzapine får ej hjärnatrofi, de får alltså ett skydd mot att hjärnan krymper.

Idag är det alldeles för kort vårdtid, minst 1 månad borde en patient med schizofreni vårdas, för att ha en chans att slippa återfall.

Pojkar blir ofta sämre än flickor i sin schizofreni och får sämre effekt av läkemedlen, därför att östrogen är en dopaminblockerare vilket ger en positiv effekt för kvinnor

Ofta har patienter med schizofreni nedsatt minnesfunktion, svårt att planera, uppmärksamhets störningar, svårt att hålla fokus.

Det har även gjorts studier på anhöriga alltså syskon o föräldrar till personer med schizofreni och det visar sig att de är ofta mycket kreativa och verbala.

Professor Leif Lindström tycker att forskningen på schizofreni hamnat i en återvändsgränd pga att det kostar minst 12 miljarder att ta fram ett nytt läkemedel och patent tiden är tio år. Vilket gör det olönsamt för läkemedelsföretagen att forska fram nya läkemedel. Däremot om ett mindre företag kan göra grundforskningen som presenteras för en av läkemedelsjättarna, som sedan tar fram läkemedlet, kan det vara idé.

Organisationen vid genomförande av psykiatrireformer

Referat av föreläsning den 14 oktober 2011 av Wendy Maycraft Kall, fil. dr. i statsvetenskap vid Uppsala universitet

av Birgitta Johnsen

Centrum för forskning om funktionshinder, CFF, inbjuder även denna höst till en serie föreläsningar på Gustavianum, Uppsala.

Den här föreläsningen ville jag gå på för att det lät som om jag skulle kunna få ett perspektiv med lite distans till svenska förhållanden. Det skulle nämligen handla om hur Sverige respektive Storbritannien valt att genomföra en psykiatrireform. Wendy Maycraft Kall (WMK) presenterade 2010 en doktorsavhandling i statsvetenskap där hon jämförde de båda länderna.

Och utifrånperspektiv fick jag verkligen.

WMK inledde med att förklara att reformens innehåll var densamma i de båda länderna, men att den genomförts på helt olika sätt. I Storbritannien startade genomförandet 1993 och i Sverige 1995. Gemensamt för de båda länderna var att de började skriva ut patienter från sjukhusen innan reformen var klar.

Vad är det då som skiljer länderna åt? I tabellform skulle man kunna sammanfatta det så här:

Brukare	Storbritannien	Sverige
<i>Rättigheter</i>	Färre rättigheter än i Sverige. Allmänhetens rädsla för den fara en del personer med psykisk ohälsa kan utgöra har fått styra hur rättigheterna formulerats.	Starka rättigheter på papperet, men stora möjligheter till lokala tolkningar av reformen ger i praktiken varierande utfall.
<i>Ansvarsutkrävande</i>	Centraliserat. Lagar och direktiv. Svårt för brukare att få insyn, särskilt när det gäller privata vårdgivare.	Decentraliserat. Ramlag. Inget helhetsgrepp, brokig bild, fragmenterat.
Organisation		

Vårdorganisering	Centrala direktiv in i minsta detalj. Privatisering och kontrakt. Stark standardisering. Direktiv till vårdgivarna t o m när det gällde vilka frågor som skulle ställas till brukarna.	Lokala friheter. Stor variation.
Finansiering	Villkorlig. 85 % av medlen skulle gå till privat verksamhet.	Flexibilitet, vilket tyvärr har lett till kortsiktighet p.g.a. en mängd olika stimulansbidrag med kort tidsperspektiv.
Professionella roller	Stor satsning på att utbilda socialarbetare till expertroll med statlig legitimation.	Ingen statlig strategi. Inge satsning på speciella yrkesroller. Stor blandning av olika roller och professioner. Utbildningsatsningarna varierade från några timmar till högskolepoäng. Vanligt att personal överfördes från landsting till kommun utan att utbildas för ett nytt socialt perspektiv.

Den hårda styrningen i Storbritannien innebar att man miste bidragen om man inte uppnådde de formulerade målen. Ju sämre resultat, desto hårdare styrning av verksamheten uppifrån. Ansvarig minister utövade direkt kontroll. Verksamheten bedömdes av ny inspektionsmyndighet med 1 – 3 stjärnor och de som hade dåliga resultat hängdes ut i pressen. De långtgående och ständigt nya reglerna ledde till visst kaos i verksamheterna.

I Sverige har den mjuka linjen med frihet för de enskilda kommunerna lett till stor variation, stora olikheter mellan olika kommuner och klar instabilitet. Ingen statlig kontroll utövas. Hos oss styr inte socialministern över kommunernas verksamhet. Han kan se till att regler upprättas och bestämma hur bidrag ska ges, men inte mer.

Anledningen till att det blivit så olika i de båda länderna är de skillnader som fanns vid starten. I Storbritannien är kommunerna svaga jämfört med i Sverige och regeringens ministrar styr hårt. I Sverige har vi länge sett psykisk sjukdom som ett ansvar för den medicinska professionen. I Storbritannien har inte den medicinska synen dominerat, utan allmänhetens rätt att få skydd mot farliga personer och den medicinska professionen var/är svagare.

Sammanfattningsvis så har båda modellerna negativa sidor. Något mitt emellan dessa båda hade varit önskvärt.

Jag lyssnade med stort intresse, då föreläsaren var en föredömlig pedagog. Hennes avhandling heter *The Governance Gap* och finns hos mig om någon är intresserad (birgitta.johnsen@compaqnet.se)

Detta är styrelsen för 2011

Ann-Louise Carleson, ordf, Gustaf Kjellbergsväg 1 A, 75643 Uppsala, tel nr 018-370440,
annlouisecarleson@htmail.com

Titti Lindholm, vice ordf, Helgestabodarna 1, 10391 Sigtuna, tel nr 08-59254085,
arne.lindholm@telia.com

Ylva Augustinsson, sekreterare, S:t Persgatan 39 G, 75329 Uppsala, tel nr 018-693924,
ylvaaugustinsson@hotmail.com

Beatrice Carleson, kassör, b.carleson@hotmail.com

Tim Öhlund, Litslena Djurby, 74081 Grillby, tel nr 0171-474287, tim.ohlund@telia.com

Birgitta Johnsen, Frebbenbo 661, 81966 Lövestabruk, tel nr 0173-53031,
birgitta.johnsen@compaqnet.se

Evangelina Villar, Stenhagsvägen 154, 75260 Uppsala, tel nr 073-8318358,
evillar_f@hotmail.com

Ann-Britt Hjort, Hässelby Park, 75592 Uppsala, tel nr 018-369029, ann-britt.hjort@telia.com

Christer Busch, Nya Valsätravägen 17 B, 75646 Uppsala, tel nr 018-309033,
christer.busch@genpat.uu.se

Ing- Marie Wieselgren, Hov 60, 75596 Uppsala, tel nr 018-32040,
ing.marie.wieselgren@skl.se