

Priset för psykiatrin

JONSEREDS HERRGÅRD 14 JUNI 2010

Kerstin Wallin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Priset för psykiatrin

Priset för psykiatri

Kerstin Wallin

JONSEREDS HERRGÅRD 2010

SEMINARIERAPPORTER FRÅN JONSEREDS HERRGÅRD

1. Universitetet i samhället (2004)
2. Hälsan och samhället (2007)
3. New Scenes for International Cooperation (2007)
4. Framtidens medicin (2007)
5. Himlen över Aspen (2007)
6. Vård, skola, omsorg (2008)
7. Bilden av psykiatrin – och psykiatrins självbild (2008)
8. Det nya folkhemmet (2008)
9. Att erövrta ett språk (2008)
10. Den dolda diskrimineringen (2009)
11. Västra Götaland. Från försök till förebild (2009)
12. Hur man botar en fanatiker (2009)
13. Stigma: A Global Approach (2009)

ÖVRIG UTGIVNING

- Jonsereds herrgård (2004)
Jonsered. Stenåldersboplats. Bruksort. Kunskapssamhälle (2005)
Den framtida regionindelningen (2006)
Fem år på Jonsered (2009)

ISBN 978-91-978014-3-0

Redaktör: Anders Franck

Grafisk form: Anders Eurén

Utgiven med stöd av



En fråga om makt

Vad kostar den psykiska ohälsan – i kronor, ören och lidande? Och vad kostar behandlingen av den? Vad ska den tillåtas kosta? Vilket är det pris samhället vill betala för psykiatrin – och den psykiatriska forskningen?

Kring dessa frågor kretsade diskussionen vid det seminarium som Göteborgs universitet och Psykiatri Sahlgrenska i sin serie Bilden av psykiatrin måndagen den 14 juni 2010 arrangerade på Jonsereds herrgård. 30-talet inbjudna, representerande olika samhällssektorer och med skiftande utgångspunkter och perspektiv, deltog i diskussionen.

Priset för psykiatrin var det fjärde seminariet i serien Bilden av psykiatrin. Initiativet till seminarierna kom ursprungligen från Kompetenscentrum för Schizofreni vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Den tändande gnistan var Cecilia Brains pågående forskning i klinisk psykiatri kring stigma.

Vid varje seminarium har ett särskilt tema analyserats och diskuterats medan den röda tråden varit hur stigma skall bekämpas.

Det första seminariet handlade om hur psykiatrin ser på sig själv. Det andra handlade om den svårfångade dolda diskrimineringen av psykiskt sjuka och vid det tredje vändes blickarna utåt – mot världen. Gästföreläsa-

ren, professor Norman Sartorius, delade med sig av sina erfarenheter från internationellt arbete i antistigmaforskningens tjänst. Seminariedeltagarna fick unika inblickar i såväl framgångsrika som mindre lyckade försök att bekämpa stigma.

Det senare har varit något ganska typiskt för seminarierna. Obekväma frågor och tillkortakommanden har haft en framskjuten plats. Självkritiken har varit given gäst. I diskussioner och material som presenterats har funnits embryon till nya frågeställningar, möjligheter att tänka om och ta initiativ. Så också i *Priset för psykiatrin*. Uppgiften från Cecilia Brains redovisning att det inte verkar vara någon bestående skillnad på längre sikt av tidigare genomförda antistigmakampanjer mellan de län som drivit kampanjer i syfte att motverka stigmatisering och övriga län måste ha satt sina spår hos i varje fall några av deltagarna. Vilka avtryck kommer denna kunskap att sätta i framtida strategier i bekämpandet av stigma?

Priset för psykiatrin skilde sig från tidigare seminarier på en punkt. Tanken var att deltagarna tillsammans skulle arbeta fram och formulera ett manifest. Innan de skingrades på gårdsplanen till Jonsereds herrgård skulle de ha enats om några förslag till hur svensk psykiatri kan utvecklas och bli bättre.

Med sig i bagaget hade de nya rön från forskare, dagens föreläsare, men också det som sagts och avhandlats på de tidigare seminarierna. Som moderatorn Ing-Marie Wieselgren påpekade är ju meningen med dessa samtal att kunskapen om psykiatrins villkor och inneboende potential skall leda till nya lösningar och strategier för individ (patient), närstående och samhälle. Cecilia Brains krav på ytterligare och skärpt lagstiftning mot diskriminering – och stigmatisering – fanns där som en bas för dagens samtal. Likaså kampen att öka psykiatrins status.

– Det ska bli attraktivt att arbeta med psykiskt sjuka var än i vårdkedjan man befinner sig. Och det ska bli lätt att rekrytera personer att forska i ämnet psykiatri – och att få pengar och avsatt tid till forskning.

Forskning och behovet av mer forskning kom också att blir det som sam-

talet kretsade kring under seminariet. Lennart Lundin, psykolog och chef för Psykossektionen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, tillika en av initiativtagarna till seminarierna, slog fast att psykiatrins motor är forskning och åter forskning och att kvaliteten måste höjas.

– Tyvärr är det så att ingen av de utvärderingar av projekt som gjordes för psykiatrireform- och Miltonpengarna hade sådan kvalitet att man kan dra säkra slutsatser av dem. Inget av projekten som gjorts med statliga stimulanspengar hade uppföljningar som höll god vetenskaplig kvalitet. Detta märktes bland annat när Socialstyrelsen gjorde den senaste forskningssammanställningen för att kunna ha underlag till nya riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. Idag är det så att den forskning vi har hjälp av och inhämtar kunskap från finns i utländska studier.

Kalla fakta är att det praktiskt taget inte finns någon klinisk psykiatrforskning kvar i dagens Sverige, konstaterade Lennart Lundin.

– Och det är förskräckligt. Varje klinik, varje universitetsklinik, borde ha ett forskningscentrum. I USA har man kommit så långt att man bedriver forskning i brukarinflytande.

Tvärvetenskaplig forskning, klinisk forskning, grundforskning. Hur ska eventuella forskningspengar fördelas och kan det bli strid om dem? Ska alla på alla nivåer bedriva forskning? Ett sätt för baspersonalen att höja sin kompetens! Det om något kan bli ett hett diskussionsämne.

Varför är det förresten så få inom psykiatrin som ägnar sig åt klinisk forskning när behovet är så skriande?

Ett svar var att vi har ett meriteringssystem som inte premierar intresset för psykiatri. De flesta vill skära i hjärnan, som någon sade, eftersom det ger möjligheten att klättra vidare på karriärstegen. Och det passar inte stigmatiserade psykiatriker. Eller?

Här gick meningarna isär. Täta replikskiften. Margda Waern menade att det inte är värre inom psykiatrin än i andra discipliner. Finn Bengtsson hävdade att konkurrensen om forskningspengar drabbar psykiatrin hårdare än andra.

– Att ta sig fram idag kräver orimliga ansträngningar.

Ing-Marie Wieselgren tillbakavisade den påstådda stigmatiseringen som i det närmaste dalt.

– Är det någon som har makt är det väl läkarna.

Vad det handlar om är att ta makten. Ställa frågor och driva dem. Även de tabubelagda och undanskuffade frågorna. Kanske särskilt viktigt inom psykiatrins område eftersom det florerar så många rykten och fördomar kring psykiska sjukdomar. ”Kostar samhället mycket.” ”Dyra mediciner som ändå inte gör någon bättre. Kunde lika gärna slänga dem i sjön.”

Men om det till äventyrs skulle vara så är det viktigt att uttröna varför. Ett självklart led i bekämpningen av stigma. Att avbördna patienter och anhöriga skulden.

Ola Granströms och hans forskarkollegers studie visar att dessa svåra psykiska sjukdomar, schizofreni och bipolär sjukdom, kostar samhället stora belopp varje år. Särskilt kostsamt blir det när patienterna måste tas in på sjukhus eftersom deras sjukdom förvärrats. Hur ska man då komma till rätta med det?

En sätt är att forska fram ännu mer förfinade läkemedel, skraddarsyddna för varje individ. Det är en nödvändighet och stämmer med Finn Bengtssons tes att psykiatrikern måste erkänna att hon/han ännu inte har redskapen.

– Om 50 år kommer man att tala om vår tids kemiska lobotomier.

Om Ola Granström kunde visa vad psykisk ohälsa kostar samhället gick Lena Flyckt ner på individnivå. Hon har i sin undersökning fångat upp det som är absolut svårast att sätta en prislapp på – de anhörigas sorg och oro. Bakom siffrorna i hennes forskning ryms de nattsvarta stunderna för den anhörige till en person som är psykiskt sjuk. De tvära kasten och turbulensen i vardagen. Rutiner som inte går att upprätthålla, möten som måste avbokas, jobb som måste ställas in och det där långkoket som aldrig blev av.

Anhörigas smärta som hittills varit relativt dolt för forskningen lyftes nu fram. Pusselbit lades till pusselbit och fler väntar på att bli lagda. Nästa

seminarium i serien Bilden av psykiatri kommer att handla om brukarinflytande.

– Vi glömmet lätt att 25 procent av alla har brukarerfarenhet av psykisk ohälsa. Även sjukvårdspersonalen. Jag har själv varit patient som ung student. Brukarerfarenhet är vi väldigt många som har, avslutade Lennart Lundin.

Vid det seminariet kommer också manifestet som seminariedeltagarna antog på Jonsereds herrgård den 14 juni 2010 – *Forskning är psykiatrins framtid!* – att finnas med som underlag för ytterligare samtal.

Kronor, ören och lidande

Följande kapitel är baserade på Cecilia Brains, Lennart Lundins, Ola Granströms, Lena Flyckts, Finn Bengtssons och Ing-Marie Wieselgrens anföranden vid seminariet Priset för psykiatrin. Varje anförande har kompletterats med intervjuer.

”...vikten av utbildning...”

Cecilia Brain är vårdenhetsöverläkare, och specialistläkare i psykiatri vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Hon är också doktorand på Institutionen för psykiatri och neurokemi vid Göteborgs universitet.

Den som är psykiskt sjuk väcker ofta starka känslor hos omgivning och allmänhet. Och känslorna som väcks är inte alltid känslor grundade på empati och förståelse. Ofta rör det sig om känslor som har sin grund i rädsla och förakt.

Anhöriga till den psykiskt sjuka upplever detsamma. Grannar, vänner och arbetskamrater drar sig undan. Vill det sig riktigt illa utgör den drabbade familjen till slut en egen liten ö i samhället. I den smärta det innebär att leva med psykisk ohälsa tar man inte gärna på sig ännu mer smärta. Varför utsätta sig för att möta omgivningens förakt? Det gör ont nog som det är.

Cecilia Brains forskning handlar bland annat om att kartlägga attityder

och fördomar kring psykiska sjukdomar. Hur påverkas den sjuke och dennes familj? I vilken utsträckning påverkas också de som arbetar inom psykiatrin? Är det kanske så att skammen smittar?

– Jag har i min forskning noterat att många patienter känner en besvikelse över att inte ha fått en diagnos i tid. Patienter och deras anhöriga brottas med frågan hur de kan erhålla eller kräva hjälp mot det som inte går att benämna. Det är heller inte ovanligt att vårdpersonal upplever sig stämpla patienten med en diagnos.

Diagnosen har en både positiv och negativ sida. När man väl fått beskedet öppnas möjligheten att få hjälp. Man anar en ljusning. Samtidigt är det ett tungt besked förknippat med utanförskap och begränsningar i livet.

– Därför tror jag mer än något på behovet och vikten av ökade utbildningsinsatser för att höja kompetensen. Stigma beror både på kunskapsbrist och felaktig attityd, färgad av fördomar. Min dröm är att det skall bli lika självklart att säga att man har schizofreni som att man har cancer. Och det sker när vi fått godkänt att vi behandlar ett kroppsorgan som sitter i huvudet. Men för det krävs en budget och priset är värt att betala.

Cecilia Brains pågående forskningsstudie, COAST (Cognition, Adherence and Stigma) som omfattar 134 patienter med schizofreni och liknande psykosjukdomar inom öppenvården i Göteborg är ett led i bekämpandet av stigma. Hennes hypotes är att stigma, som kan översättas med skam (att vara brännmärkt) gör att många psykiskt sjuka inte får den vård och den mediciner de borde få. Mycket talar för att psykiska sjukdomar, vilket innefattar allt från schizofreni till lättare depressioner är så stigmatiserande att själva behandlingsprocessen kan stoppas upp. Man förnekar, slutar följa läkarens ordinationer, slänger medicinerna och struntar i återbesöken. Resultatet blir återfall och sämre möjligheter att tillfriskna.

Den här dagen ger Cecilia Brain en orientering om vad som händer på forskningsfronten i stort inom hennes ämnesområde. En lägesbeskrivning, som hon kan notera, ger stöd för hennes egen pågående forskning.

Den studie hon lyfter fram är initierad av Handisam och Nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) som tillsammans av regeringen har fått uppdraget att förändra attityder kring personer med psykiska sjukdomar, störningar och psykiska funktionsnedsättningar. Bakom studien, med namnet Attityduppdraget, numera Hjärnkoll, står opinionsföretaget Novus och Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).

Attityduppdraget går ut på att varje år från 2009 till 2011 ta reda på om människors attityder till psykisk ohälsa förändras och i så fall i vilka grupper och vilka faktorer som ligger bakom förändringarna. Här kan nämnas att Västra Götalandsregionen är ett av tre kampanjlän.

Nu är alltså 2009 års svar bearbetade. 3 700 personer blev tillfrågade i en web-enkät. 2053 (56 procent) svarade och bilden som framträder är mörk. En av fyra på en arbetsplats kan till exempel inte tänka sig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom. Samtidigt som en av fyra i vårt land lever med psykisk ohälsa.

– Problembilden, fortsätter Cecilia Brain, växer när det visar sig att en stor majoritet anser att personer med psykiska problem inte får professionell hjälp inom sjukvården. Det är förmodligen en del av förklaringen till att drygt en av tre tror att personer med allvarliga psykiska problem aldrig kan återhämta sig helt.

En konsekvens blir att den som får psykiska besvär inte söker vård i tid. Bristen på tilltro till återhämtning, tillfrisknande och en tro på den fungerande och botande läkekonsten fungerar som en bromskloss.

Vi vet av tidigare studier att allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar är bristfälliga. Fördomarna är många. Vanliga uppfattningar är att psykiskt sjuka är oförutsägbara, farliga och våldsbenägna. Mest negativ är man till personer med schizofreni och missbruksproblem.

– Att det finns ett samband mellan närhet till personer med psykisk sjukdom och attityd är också väl känt. Ju mer kontakt, desto större förståelse och mindre rädsla.

Däremot vet vi väldigt lite om förändring över tid. Minskar eller ökar de stigmatiserande attityderna hos allmänheten?

– Här hoppas vi att Attityduppdraget som sträcker sig över tre år ska ge svar. Parallellt med den stora befolkningsenkäten sker också en utvärdering av olika kampanjer, lokala projekt, olika mediers rapportering om psykisk ohälsa och – upplevelser av diskriminering hos brukarna själva. Förändras attityder, kunskap och beteende under den aktuella perioden?

Nu vet vi alltså, genom den första av de tre befolkningsstudierna, hur läget såg ut 2009 – att negativa attityder till psykisk ohälsa är vanliga:

- De flesta vill inte ha personer med psykisk ohälsa i sin närhet.
- En fjärdedel anser att människor med psykisk sjukdom inte är mindre farliga än vad de flesta tror.
- Knappt en tredjedel anser inte att psykisk sjukdom är som vilken annan sjukdom som helst.
- Ungefär lika många anser att en person med psykisk sjukdom mår bäst av att inte vara delaktig i samhället.
- Sex av tio anser att de som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik inte är pålitliga barnvakter.
- En av fem skulle inte bjuda in någon till sitt hem om han eller hon visste att personen led av en psykisk sjukdom.
- Fyra av tio tycker inte att man bör tona ner uppfattningen att samhället ska skyddas från psykiskt sjuka.
- Drygt en tredjedel anser att utlokalisering av psykisk verksamhet till det egna bostadsområdet skulle vara en fara för de boende.

Resultaten från studien överensstämmer på flera punkter med en liknande färsk engelsk studie. I båda undersökningarna har det handlat om att kartlägga attityder och fördomar till psykiskt sjuka. Att göra några direkta jämförelser mellan de båda studierna är omöjligt eftersom bland annat metod skiljer

dem åt, men resultaten visar ändå vart vinden blåser. Till exempel är det lika stor del svenskar (60 procent) som engelsmän (61 procent) som inte kan tänka sig att i framtiden bo tillsammans med en person med psykisk sjukdom.

Och när det gäller att inte vilja välkomna en granne med psykisk sjukdom till sitt hem är siffran densamma – 25 procent.

Rädslan för att leva nära en person med psykisk sjukdom har sin grund i okunnighet om vad psykisk ohälsa är och vad det innebär att vara psykiskt sjuk. Cecilia Brain pekar på hur många av enkätsvaren i de båda studierna avslöjar bristen på insikt och förståelse för människor som har en psykisk sjukdom och deras möjlighet att få behandling.

- Cirka en fjärdedel i den svenska studien tror inte att den som är psykiskt sjuk vill komma ut i arbetslivet.
- Drygt en tredjedel tror inte att människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt och när det gäller behandling tror man mer på psykoterapi än på läkemedel.
- Skulle man själv ge råd till en person med psykiska besvär om vart hon eller han skall vända sig är man osäker.
- 70 procent tror att de flesta med psykiska problem inte kan få professionell hjälp inom sjukvården.
- Personer med personlig erfarenhet av psykisk sjukdom anser i större utsträckning än andra att den som har psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården.

För en redan stigmatiserad psykiatri är detta förstås nedslående siffror. Men i materialet finns också uppgifter som kan vara vägledande när det gäller att minska fördomar och negativa attityder.

– Största problemet är att alla psykiska sjukdomar ofta skärs över en kam medan det i själva verket är ett stort spektrum av tillstånd som kräver vitt olika behandlingar och bemötanden.

Kunskap, utbildning och personliga möten/kontakt med psykiskt sjuka spelar stor roll. Personer med egen erfarenhet (egen, vän eller familjemedlem) är mer positiva liksom yrkesverksamma inom psykiatri och högskoleutbildade.

Vidare är kvinnor mer positiva än män och en förklaring är säkert att kvinnors liv i mycket ser annorlunda ut än mäns, säger Cecilia Brain. Genom arbete, grannar och vänner har de mer kontakt med de mjuka frågorna. De pratar mer om känslor och vet mer om människors livsvillkor och deras problem. Kort sagt: kvinnor bejakar känslor i större utsträckning och känslor, upplevda, utlevda eller bortträngda, är just vad psykisk sjukdom ofta handlar om. De har också en starkare tro på att läkemedel och psykoterapi kan vara effektiva behandlingar.

Det som däremot inte tycks spela någon roll är om man har barn eller ej och är sambo eller ensamstående. Hög eller låg inkomst påverkar heller inte våra attityder till personer med psykisk ohälsa.

Anmärkningsvärt är att det inte verkar vara någon skillnad i attityd mellan de län som drivit kampanjer i syfte att motverka stigmatisering och övriga län. Intressant och tankeväckande för framtida strategier och dagens samtalsrubrik – Priset för psykiatri.

”...en tendens att tänka kortsiktigt...”

Ola Granström är filosofie doktor i nationalekonomi från Handelshögskolan i Stockholm och arbetar som senior hälsoekonom på AstraZeneca Norden. Han arbetar bland annat med att studera de samhällsvinster som kommer av en förbättrad hälsa och nya, effektivare läkemedel och behandlingar.

Samhällskostnaden för en patient med schizofreni är en halv miljon per år. För bipolär sjukdom är motsvarande kostnad en kvarts miljon.

Tillsammans med Mikael Landén (Karolinska institutet och Göteborgs

universitet), Mattias Ekman (i3 Innovus), Sead Omerov (Stockholms läns sjukvårdsområde) och Johanna Jacob (AstraZeneca) har Ola Granström räknat ut de samhällsekonomiska kostnaderna för schizofreni och bipolär sjukdom. Men varför en studie på just dessa sjukdomar?

– Schizofreni och bipolär sjukdom är allvarliga sjukdomar som orsakar stora bördor för såväl patienter och anhöriga som samhället. Hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade, de flesta landsting har sparbetning och därför är det viktigt att fördela resurserna rätt mellan olika sjukhusområden. Två frågor som vi ville få svar på var till exempel var i vårdkedjan kostnaderna uppstår liksom hur kostnaderna ökar med sjukdomens svårighetsgrad. Schizofreni, till exempel, är en sjukdom som kommer ganska tidigt i livet och kan ha stora negativa effekter på den kognitiva förmågan, liksom förmågan att arbeta.

Att öka kunskapen om samhällets kostnader för schizofreni och bipolär sjukdom är angeläget, understryker Ola Granström än en gång. Inte minst för att vården av personer med dessa svåra sjukdomar ska kunna förbättras och bli mer effektiv. Om bipolär sjukdom finns mycket lite svensk forskning och vad beträffar schizofreni har det forskats på relativt små patientgrupper.

Studien omfattar åren 2006 – 2008 och baseras på registerdata från 2 161 schizofrenipatienter och 1 846 bipolärpatienter. Alla från S:t Görans sjukhus i Stockholm. Besök i psykiatrisk öppenvård, sjukhusvistelser, läkemedel och sjukskrivningsdata samt kommunala insatser registrerades.

- Av den halva miljonen (500 000 kronor) som patienten med schizofreni årligen kostar utgörs drygt 200 000 kronor av direkta kostnader, det vill säga landstingets och kommunens kostnader för vård och omsorg av dessa patienter. Den största kostnadsposten här utgörs av kommunens kostnader för särskilt boende, hemtjänst, dagaktiviteter m m för personer med schizofreni. En möjlig slutsats av detta är att landsting och kommun borde öka sin samverkan i

syfte att förbättra kvaliteten och effektiviteten i vården av personer med schizofreni.

- Av kvartsmiljonen (250 000 kronor) som patienten med bipolär sjukdom under ett år kostar utgörs drygt 60 000 kronor av direkta kostnader.

Av de 2 161 patienterna med schizofreni var 47 procent kvinnor och medelåldern var 52 år. GAF (Global Assessment of Functioning), en skala som mäter patientens funktionsgrad och symptom, låg i snitt på 47 vilket betyder ganska allvarliga symptom och sänkt förmåga att fungera socialt.

Under den tid studien gjordes ökade den totala kostnaden för schizofreni med sju procent, mycket beroende på att de indirekta kostnaderna ökade. Med indirekta kostnader avses samhällets produktionsbortfall, det vill säga kostnaden som uppstår till följd av de varor och tjänster som inte produceras på grund av sjukskrivningar som en följd av schizofreni. Männerna kostade här mer än kvinnorna.

Även om Ola är medveten om att man bör vara försiktig med att jämföra kostnader mellan olika sjukdomar och studier, påpekar han att kostnaderna för framför allt schizofreni, men också bipolär sjukdom, framstår som mycket höga jämfört med kostnaderna för andra patientgrupper.

- Hjärtsvikt: 31 100 kronor (2005) – direkta kostnader
- Depression: 102 000 kronor (2007) – totalkostnad

Ola Granström och hans forskarkolleger konstaterar att välbehandlade patienter genererar betydligt lägre kostnader än icke-välbehandlade. För bipolär sjukdom ökar kostnaderna flera gånger för de patienter som varit inlagda på sjukhus jämfört med dem som inte varit det under studieperioden. De genomsnittliga kostnaderna per månad för en bipolärpatient med en aktiv mani eller depression är mer än fyra gånger högre än för bipolärpatienter i remission. Också för personer med schizofreni ökar kostnaden då funktionsgraden mätt med GAF går ner.

När Ola Granström och hans forskarkolleger gått igenom alla data drog de tre viktiga slutsatser.

– Vi måste försöka att med hjälp av effektiv behandling och rehabilitering förhindra sjukhusvistelser, undvika humörepisoder vid bipolär sjukdom och förbättra funktionsgraden vid schizofreni.

– Därigenom minskas patientens lidande, men det är också sannolikt att samhällets kostnader kommer att minska väsentligt.

– Vidare visar vår studie med tydlighet hur viktigt det är att se till hela kostnadsbilden. Vi såg nu tydligt att den största kostnaden för samhället är produktionsbortfallet. Och att läkemedel utgör en liten del av den totala kostnaden, endast tre (3) procent för schizofreni till exempel.

– Det finns en tendens i vården att tänka kortsiktigt. Man är så upptagen med att spara pengar för dagen att man riskerar att inte investera i de psykosociala insatser och de läkemedel som behövs för att en patient med den här typen av sjukdom ska kunna fungera i samhället. Risken är att samhällets, liksom vårdens, långsiktiga kostnader för dessa utgifter då ökar väsentligt.

Studien som Ola Granström gjort är registerbaserad och här har han och hans forskarkolleger varit privilegierade, säger han.

– Sverige ger genom sin offentliga statistik forskarna en unik möjlighet. Våra personnummer gör det möjligt att koppla samman oidentifierade (anonyma) data och studera kliniska effekter och resurskonsumtion för stora patientgrupper över lång tid. Svensk forskning har här en möjlighet att ligga i framkanten och bidra med värdefull kunskap om vad olika sjukdomar kostar och hur vården fungerar i klinisk praxis. Sådan kunskap gynnar både patienter och samhället i stort.

”...anhöriga förskönar...”

Lena Flyckt är docent och överläkare i psykiatri på Karolinska Institutet.

Nu finns siffror på vad det kostar att vårda en närstående som drabbats av psykos och priset är högt. Ungefär en halvtid av en heltidstjänst och en minskad bruttoinkomst med 14 %. Till detta kommer försämrad livskvalitet. Svårast blir konsekvenserna för kvinnor och äldre.

Lena Flyckt är en av forskarna bakom den nya studien *Närstående till patienter med schizofreni – en analys av deras situation och engagemang*, som gått ut på att mäta bördan hos anhöriga till patienter med psykosjukdomar.

– Psykosjukdomar, till exempel schizofreni, innebär ofta svåra emotionella, sociala och ekonomiska konsekvenser, inte bara för dem som själva drabbas, utan också för deras familjer. Därför har vi sett det som extra viktigt att öka kunskapen och medvetenheten om följderna för de närstående när en familjemedlem insjuknar i en psykosjukdom, säger Lena Flyckt.

Vad det kostar en familj i tid och pengar att ta hand om till exempel en son eller dotter med schizofreni har inte funnits några siffror på. Visst har det talats om ansvaret och bördorna, sorgen över att ha ett barn som är sjukt och sorgen över motgångarna när återfallen aldrig tycks ta slut. Men hur mycket tid omsatt i kronor som vården kräver tillsammans med oron och turbulensen i vardagen har varit ett svart hål.

– I den psykiatriska världslitteraturen har man inte studerat den samlade kostnaden för anhöriga till personer med schizofreni. Man har inte haft någon tillräckligt bra metod utan klumpat ihop olika kategorier vilket gett missvisande resultat. I några studier har man tittat på vad anhöriga anser, den subjektiva bördan, det vill säga hur de upplever sin situation, stress och eventuella depressioner.

Den objektiva bördan har däremot lämnats därhän. Och subjektiv och objektiv börda har följaktligen inte kunnat ställas mot varandra. En intres-

sant fråga är ju om man som anhörig överskattar den tid man lägger ner på att vårda och om man överdriver stressen och oron.

Svaret överraskade Lena Flyckt och hennes kolleger. Det visade sig nämligen att de intervjuade menade sig ha lagt ner mindre tid på att vårda och vara stand by än vad de i själva verket hade gjort. De "förskönade" alltså verkligheten.

Med stand by menas att den anhörige lever i ett slags ständig beredskap. Den tid som hon/han annars skulle lagt på fritidsaktiviteter och socialt liv skjuts åt sidan. Det går inte att boka upp sig på några möten eller planera vardagen. Ett utbrott, en ångestattack, en plötslig hotsituation omkullkastar alla planer. Lena Flyckt talar om "onyttig tid". Tid som är bara väntan och som är så speciell just i vården av personer med schizofreni.

Hur förklarar du att de anhöriga underskattade antalet timmar som de hade lagt ner?

– Det visar hur en kronisk situation lätt blir väldigt vanlig. När vi jämförde med dem som tar hand om äldre med neurologiska besvär var tillväjningen högre i vår grupp, det vill säga de anhöriga till personer med schizofreni. Men det fanns också en skillnad inom denna senare grupp. De yngre vårdnadshavarna vände sig inte lika lätt vid situationen som de äldre, personer över 64 år.

Ju äldre man är desto snabbare tycks det onormala bli normalitet. Man halkar lättare in i en "sjuk struktur".

Det nya och unika med Lena Flyckts studie är metoden. Den objektiva bördan, den mängd pengar och den tid som de närstående använder för att hjälpa den psykosdrabbade familjemedlemmen, samlades in under en viss tid.

De anhöriga fick varje dag under en fyraveckorsperiod föra dagbok över den tid de lade ner på hushållsarbete och att vara stand by. Redovisningen skedde på laptop som stängdes varje dag. Det gick alltså inte att i efterhand rekonstruera uppgifterna. De som inte hade laptop fick lämna en pappersversion som de varje dag skickade iväg med posten.

I slutet av varje vecka under två veckor fick de sedan skatta hur mycket tid de hade lagt ner och efter fyra veckor jämfördes den dagliga redovisningen med den retrospektiva. Denna, den subjektiva, bördan angavs med hjälp av en VAS (visuell analogskala) skala (0 – 10) där 10 anger det positiva värdet.

– Men vi tittade också på kostnaderna och här valde vi att, förutom den dagliga noteringen, göra summeringen efter elva månader. Detta för att få med större inköp, utgifter, som är mer sporadiska.

De 107 patienterna och 118 av deras närmaste som ingick i studien rekryterades från nio psykiatriska öppenvårdsmottagningar över hela Sverige, både i storstad och på landsbygd. Av patienterna var 53 procent kvinnor och medelåldern 43 år. Av de närstående, de som tog hand om de sjuka, var 67 procent kvinnor och medelåldern 58 år. 25 procent av dem bodde i samma hus som den anhörige med psykossjukdom.

I studien upprepas ordet schizofreni som om alla patienterna hade schizofreni, men hade alla den diagnosen?

– Nej, de med schizofreni utgör ungefär 80 procent – som det är på en vårdmottagning för patienter med psykoser och vanföreställningar.

Hur sjuka var patienterna?

– Det genomsnittliga GAF-värdet var 52. GAF (Global Assessment of Functioning) är en skala för den sjuka patientens funktion och symtom. Ju lägre man är på skala 0 – 100 desto mer ökar bördan för anhöriga, det som ju var intressant för vår studie.

- Medelvärdet för den tid som användes för att ta hand om de anhöriga med psykossjukdomar var 22 timmar per vecka. Hälften av denna tid (11 timmar) var ”stand by-tid” och ytterligare fem timmar gick åt till hushållsarbete.
- De närståendes månatliga utgifter till stöd för anhöriga med psykossjukdomar var 292 euro vilket motsvarar cirka 14 procent av den genomsnittliga bruttoinkomsten för de närstående. Stora

utgiftsposter var matvaror, kläder, hyra och resor.

- Genomsnittlig subjektiv belastning (VAS-poäng) hos närstående i sin roll som informella vårdgivare var 6,75.
- Kvinnor upplevde en större subjektiv vårdbördan än män med ett VAS-poäng på 6,5 jämfört med 7,3 för män.

– Vad gäller bördan för kvinnor tror jag att vi har satt luppen på något väldigt viktigt, depression och ångestproblem. De har i regel en djupare relation till den sjuke och är över huvud taget mer socialt engagerade än män vilket också gör dem mer utsatta.

Att det är fler kvinnor än män som står för vården av anhöriga stämmer väl överens med tidigare svenska studier och – utländska. I en USA-studie var 80 procent kvinnor.

– I Sverige är fördelningen mellan kvinnor och män jämnare, och det beror på kulturella skillnader i livsstil och jämlikhet. Ett lands sociala välfärd spelar stor roll i den här typen av undersökningar.

I den aktuella studien fick också patienterna frågan hur ofta de träffade en läkare. Svaret var skrämmande lågt – fyra gånger per år.

– Det visar att det inte finns tillräckligt med kapacitet för att möta patientens behov. Vi lade ner institutionerna, men utslussningen av patienterna innebar samtidigt att vårdbördan för de anhöriga ökade. Det finns nationella riktlinjer som visserligen säger att anhöriga ska tas in i vården och på det sättet få stöd och därmed minskad vårdbördan. Men riktlinjerna följs inte.

Vems uppgift är det att se till att de följs?

– Varje psykiatrisk klinik under överinseende av socialstyrelsen borde göra det. Ansvaret vilar ytterst på varje psykiatrichef. Vad socialstyrelsen kan göra är att satsa på utbildning och den måste vara lika över hela landet.

Studien visar på behovet av utbildning och ytterligare forskning för att möta de anhörigas behov.

– För patienter med låg funktion och/eller kvarstående symtom, d v s låg

GAF-poäng, är evidensbaserade psykosociala insatser som tillägg till farmakologisk behandling motiverad inte bara för patienterna utan också för deras närstående, summerar Lena Flyckt.

”...som en tickande bomb...”

Finn Bengtsson är professor i psykiatrisk behandlingsforskning och riksdagsledamot (M).

Finn Bengtsson är psykiatrikern och forskaren som blev politiker för att påverka bristerna i psykiatrin. Hans dom över den egna kåren och modern diagnostik av psykiskt sjuka är hård men ärlig.

– Sanningen är att vi inte har redskapen.

– Jag började min karriär som forskare men har alltid haft ett politiskt engagemang. I Linköping blev det sedan möjligt för mig att inte bara kritisera i kafferummet.

Finn Bengtsson blev med sina 30 års erfarenhet från psykiatrin landstingsman och sedan riksdagsman (M). Hans bakgrund som forskare gav kraft och tyngd åt hans kritik av tillståndet inom psykiatrin. När han säger att många psykiatriker använder den moderna diagnostiken aningslöst blir han inte motsagd. Statistiken och siffrorna som han lyfter fram talar sitt eget språk.

– Ett av mina allra viktigaste budskap är att vi måste öka kunskapen om psykofarmaka och kroppens/individens förmåga att svara och ta emot. Att ge rätt dos. Här handlar det om väldigt fina graderingssteg och kemiska kombinationer som ska harmoniera med individen.

Läget idag är att av 100 patienter är det bara tio som får rätt behandling. Och 30 procent av alla som skulle behöva psykiatrisk hjälp kommer över huvud taget inte till vården.

Samtidigt finns mycket i samhället som försvårar för en utveckling av den goda psykiatrin.

– När man genomförde psykiatrireformen för 15 år sedan följde man inte upp konsekvenserna för människorna. Man flyttade dem från institutionerna ut på gatorna och det fungerade inte. Vi fick en ny hemlöshet.

Ett annat hinder är den grupp som vill ha en medicinfri psykiatri. Finn Bengtsson kallar det en inhuman psykiatri.

– I förhistorisk tid fanns gott om utrymme för behandlingsfilosofier som utgick från en ofta religiöst präglad föreställningsvärld om psykiatriska sjukdomar och symptom. Ett exempel är inkafoket. En undersökning av cirka 700 kranier från förhistoriska kulturer i Anderna visar att trepanering, det vill säga håltagning i kraniet, var en utbredd behandlingsform mot skallfrakturer. 1350 var inkaläkarna så bra på att borra att åtta patienter av tio överlevde ingreppet. Det kan man se på kranierna för när patienten överlever operationen blir benvävnaden runt hålet med tiden mjuk och avrundad.

Vi kan tänka oss att man på det här sättet öppnade kraniet för att driva ut det onda. Idén om sjukdomsuppkomst och behandling hör samman. Vi har våra etiologiska förklaringar till hur sjukdomar i psyket uppstår. Finn Bengtsson talar om tre olika kategorier.

- Organogena (organiska) orsaker – en kroppslig orsak som finns antingen i hjärnan (cerebral lesion) eller i kroppen utanför hjärnan
- Psykogena orsaker – innefattar intra-psykiska, interpersonella och sociala faktorer som grund för psykiatriska problem
- Endogena orsaker – som t ex den individuella dispositionen (konstitutionen) enligt stress-sårbarhetsmodellen

Psykisk sjukdom är ett vitt begrepp som när det används slentrianmässigt lätt kan bli missvisande och skapa förvirring. I själva verket är det ett samlingsnamn för en rad olika psykiatriska syndrom och/eller symptom.

1. Schizofreni och andra psykotiska syndrom
2. Förstämningssyndrom (depressiva och bipolära)
3. Ångestsyndrom (paniksyndrom, fobier).
4. Somatoforma syndrom (t ex hypokondri och dysmorfobi)
5. Pantomimier
6. Dissociativa syndrom
7. Sexuella störningar/könsidentitetsstörningar
8. Ätstörningar
9. Sömnstörningar
10. Impulskontrollstörningar
11. Maladaptiva stressreaktioner
12. Personlighetsstörningar

När man sedan betänker att alla dessa syndrom kan uppträda som enstaka episoder, periodiskt eller kroniskt, inser man också komplexiteten och svårigheten att finna individanpassade behandlingar.

– Psykiatrisk sjukdom är ett av mänsklighetens största gissel alla kategorier, konstaterar Finn Bengtsson.

Vi vet idag att

- 15 procent av befolkningen uppskattas ha någon psykisk sjukdom (Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen)
- 25 procent av alla människor beräknas under sin livstid drabbas av psykisk sjukdom (WHO 2001)
- för Europa beräknas andelen levnadsår med funktionshinder på grund av psykisk ohälsa utgöra 33 procent (WHO 2001).

Med den kunskapen kan också Finn Bengtsson slå fast att ”den psykiska ohälsan är som en tickande bomb – och om ett decennium, år 2020, ett av de stora hoten i världen.” Därför måste alla resurser sättas in på att forska fram

skraddarsydda läkemedel och behandlingsmetoder. Det finns en uppsjö av psykiatriska behandlingar men det finns problem med många av dem.

En del vilar på lösan grund.

– Folk faller till föga för allsköns flum och charlataneri. Vardagsauktoriteter tolkar och påverkar människors förhållningssätt till psykofarmakologi.

Som exempel nämner Finn Bengtsson ett ”hälsotips” från Grynet Mollvig i Sköna Dagar: ”Jag älskar valnötter, och jag har fått för mig att de är bra för hjärnan. Valnötter ser ju ut som små hjärnor.”

Farmakologi, vad är det förresten? Finn Bengtsson skiljer mellan farmakodynamik och farmakokinetik. Den förra handlar om vad läkemedlet gör med kroppen/ hjärnan. Den senare om vad kroppen/hjärnan gör med läkemedlet.

– Farmakokinetiken är det vetenskapliga underlaget för posologi, läran om doseringar. Korrekt posologi är särskilt viktigt vid långvariga behandlingstider och periodiska sjukdomstillstånd. Ett annat ord för detta är psykiatri.

Serum/plasma-koncentrationen av psykofarmaka varierar 10 till 100 gånger mellan olika individer med samma dos. Det om något visar på nödvändigheten av en individanpassad kinestetisk dosering av psykofarmaka. År 2050 skulle kunna vara ett mål.

En individbaserad dosering av psykofarmaka handlar emellertid inte bara om det vi lite slarvigt betecknar som själens ångest utan också om den fysiska kroppens smärta. Finn Bengtsson talar om ”kroppslig samsjuklighet” .

- 18 procent med hjärt- och kärlsjukdomar har egentlig depression.
- Hjärtinfarkt med depression ger signifikant mortalitetsrisk än utan depression.
- 20 procent med reumatoid artrit har egentlig depression

Den kroppsliga samsjukligheten som alltså inte är ovanlig och absolut inte ofarlig fordrar en väl uttänkt och utprovad polyfarmaci. Den stora ut-

maningen ligger i att hitta rätta i djungeln. Finn Bengtssons räkneexempel på teoretiskt möjliga kombinationer är hisnande och inger respekt – 1.39 ggr 10 upphöjt till 16!

– Att utveckla nya antidepressiva läkemedel borde vara en given hit ur såväl en medicinsk och en hälsoaspekt som samhällsekonomiskt. Men för detta behövs en fördjupad analys av relationen mellan sjukdom och läkemedel. Och det kommer att ta tid och kosta. För att utveckla nya psykofarmaka krävs idag en tidsrymd av 10 till 15 år och en ekonomisk investering på cirka 10 till 15 miljarder.

- 1997 låg den totala samhällskostnaden i Sverige för depressioner på 10.4 miljarder kronor.
- 80 procent av denna summa utgjordes av indirekta kostnader – kort- och långtidssjukskrivningar, förtidspensioneringar och förtida död.
- 20 procent utgjordes av direkta kostnader – utgifter för öppen/sluten vård och behandling. Läkemedel utgjorde 7 procent av denna kostnad.
- 1980 såldes 20 miljoner dagliga definierade dygnsdoser av antidepressiva läkemedel i Sverige.
- 2000 såldes 164 miljoner doser.
- Endast 10 procent av behandlingskrävande erhåller adekvat hjälp som finns att få.

De avancerade produkter som behövs för att vi ska komma till rätta med den växande psykiska ohälsan kräver kunskap. Vi har talat om den skriande bristen på psykiatriker men den skriande bristen handlar egentligen om en skriande brist på kunskap om psykofarmaka. Den kunskapen måste fördjupas och finslipas.

– Ingen kirurg går in i operationssalen utan att vara väl förberedd. Han vet exakt hur han skall lägga snittet. Dagens psykiatri är behäftad med väldigt

mycket charlataneri. Rätt många hanterar sin kunskap valhänt. Jag tror att om 50 år kommer man att tala om vår tids kemiska lobotomier.

– Idag förfasar vi oss över den ”kirurgiska” lobotomi som skedde på 1950-talet medan vi år 2050 kommer att anklagas för ”kemisk lobotomi” idag (2010!) om vi inte koncentrationsanpassar våra psykofarmakaordinationer efter individens farmakokinetiska företräden. Det finns bara ett sätt att komma till rätta med detta, och det är att i betydligt större omfattning än vad som är fallet idag kontrollera, särskilt kroniskt medicinerade, patienters halter av psykofarmaka i blodet, och vid behov justera dosen efter detta individualspecifika utfall. Då kan vi i största möjliga omfattning undvika felaktig såväl över- som underdosering av potenta psykofarmaka.

”...inte så flashigt...”

Ing-Marie Wieselgren är överläkare och områdesansvarig för psykiatrin på Sveriges Kommuner och Landsting.

– Vilken fantastisk affärsidé. Om staten lånar oss pengar och vi gör det vi lovat behöver vi inte betala tillbaka.

Ing-Marie Wieselgren eldar upp auditoriet med sin idé. En investeringsfond som ska revolutionera psykiatrin, driva fram duktiga forskare och återupprätta alla som känner sig stigmatiserade.

Hur länge har du haft tanken på en investeringsfond?

– Jag har haft den några år och när jag har presenterat den har jag mött motstånd – ”det är ju inte så gör” – samtidigt som jag märkt att många tycker att det en kul tanke. Främmande men lite kul.

Omgivningens intresse och de om än svaga antydningarna till ett gensvar har gett Ing-Marie Wieselgren modet att fortsätta tala om det omöjliga möjliga. Idag använder hon ordet taktik. Beslutsfattare studsar till. Idén är så

ovanlig att den måste kommenteras, diskuteras och plötsligt...

– Skam den som ger sig har jag tänkt och nu börjar saker hända. I Norrköping har man avsatt 34 miljoner till en social investeringsfond för tidiga insatser. Det blev visserligen avslag och återremiss men de arbetar vidare på förslaget och filar på det och – kommer igen.

(Norrköpings kommunfullmäktige fattade ett enigt beslut om en investeringsfond den 21 juni 2010.)

En av de svåraste uppgifterna, fortsätter Ing-Marie Wieselgren är att få människor att ändra uppfattning. Som om lagstiftning och regelverk vore naturlagar som inte går att ändra!

Hennes idé om en investeringsfond är framvuxen ur tankar om vad utanförskap och missbruk kostar samhället. Vem är det som tjänar på att den som varit utanför blir integrerad och den som missbrukat blir fri från sitt missbruk? De verkliga vinnarna är förstas den som var utanför och den före detta missbrukaren. Men nu talar vi pengar och då är det de stora aktörerna, staten, kommuner och landsting, vi alla, som är i centrum för diskussionen.

– Det finns en rad studier som visar vad utanförskapet kostar. En missbrukare kostar många, många miljoner. Kanske 50 miljoner under hela sin livstid. Vi vet också att om vi kan rädda en enda person har vi råd att behandla 49 andra. En färsk studie om ADHD-behandling i fängelse visar tydligt vilka som tar hem förtjänsten. Det är försäkringskassan och kriminalvården, det vill säga staten. Och här är problemet. Om kommunen gör en bra sak är det landstinget som slipper inläggning och då är det en annan portmonnä, en annan kassa. Hur löser vi detta – att det inte är på samma nivå man får den uteblivna kostnaden och den faktiska kostnaden?

– Ett jättebra exempel är skolan. Vi vet att den största risken för att man ska bli utslagen är att man inte klarat skolan. Har man inte lärt sig skriva och läsa kan man inte gå ut nian med betyg som öppnar för gymnasiet och har man inte gymnasiet är chansen att komma in på arbetsmarknaden liten. Om det vore så att vi satte in alla resurser redan i förskolan skulle vi behöva flytta

över specialpedagogerna, som nu finns på gymnasiet, till de tidiga insatserna men det går ju inte. Vi kan inte bara lämna alla på de individuella programmen i sticket. Alltså får vi en puckelkostnad.

Hur gör man när man bygger en ny skola, ett nytt kommunhus eller en fantastisk arena? Då gör man en investering och till den går det att låna. Eller hur? Man behöver inte ens ha ett litet sparkapital för att få det man vill.

– Då tänker jag: vilken fantastisk affärsidé. Om staten lånar oss pengar och vi kan svara med bra uppföljningssystem, skulle vi inte behöva betala tillbaka pengarna. Men då krävs också att vi gör det vi lovat att göra. Ingen kommer att vilja investera i våra projekt om vi inte kan visa att vi har folk som ger järnet, som har metoder och kan visa att de är på rätt väg. Att de bygger huset i den takt som var tänkt och att de kommer att gå hela vägen ut.

Vi måste vända på tänket.

Vända på tänket.

Vända på tänket.

Orden har blivit ett mantra för Ing-Marie Wieselgren. Men upprepningen är nödvändig för hur annars få människor med sig och få dem inse att investeringar som ju innebär långsiktigt tänkande inte bara måste handla om hårda saker – vägar, offentliga byggnader osv.

– Vi har inte räknat människor som investeringar och det är ganska häpnadsväckande eftersom vi talar så mycket om människovärdet. Humankapitalet är det största och viktigaste vi har. Då måste vi väl också kunna investera i det. Vi har inte råd att inte göra allt som kan motverka sjukdom och utanförskap.

Vid ett tidigare Jonsredsseminarium i serien Bilden av psykiatrin ställde Cecilia Brain frågan "Vem vill satsa på en haltande häst?" Frågan gällde forskningspengar till psykiatrin och samma fråga brottas Ing-Marie Wieselgren med den här dagen.

– Ett exempel – det står i forskningspropositionen att psykiatrin skall vara ett strategiskt forskningsområde och då har man avsatt 50 miljoner för psykiatrisk forskning. Men för ett strategiskt forskningsområde är 50 miljoner ingenting. Ett strategiskt forskningsområde behöver jättemycket pengar. Och här har vi varit lite lama. Vi har inte varit tillräckligt uppmärksamma och reagerat.

Men handlar det inte om att ha något att visa upp för att få de där pengarna?

– Visst, vi är inte tillräckligt duktiga på att visa resultat.

Går det inte lite hand i hand med att resultaten inte är tillräckligt bra?

– Mycket hand i hand. Men om någon sade: ”OK. Vi ska investera i er idé.” skulle det bli ett helt annat tryck på evidensbaserad forskning. Vi skulle ge draghjälp åt varandra.

Det förutsätter starka personer som har orken att gå i bräsch och driva projekt. Men är det realistiskt att förvänta sig av en yrkesgrupp som anser sig vara stigmatiserad?

– Är det inte märkvärdigt att just inom psykiatrin säger läkarna att de är så klena och orkeslösa. För om det är något läkare har så är det makt och styrka. Ett exempel – i Västra Götaland har politikerna beslutat att läkare skall utföra omskärelse på sjukhusen men vad får vi höra? Jo, en av kirurgerna säger att det skiter vi i, vi gör bara inte det och så gör dom det inte.

Läkarna, konstaterar Ing-Marie Wieselgren, har en sådan makt att det genomsyrat hela sjukvårdssystemet. Det sitter i väggarna.

– Vad det än gäller är det läkarna som bestämmer. Genom all annan övrig personal vet vi att så är det. Om det så bara är hyrläkare är det han eller hon som har det yttersta medicinska ansvaret. Det är läkarbeslutet som styr, som driver på eller förhindrar utveckling. Och det här är något som vi själva måste ta tag i och tillsammans stödja varandra i. Vi kan inte be Göran Hägg-lund, socialministern, komma och stärka oss utan vi måste ta det på vårt eget ansvar.

Ett återkommande problem i diskussionen är den mycket eftersatta kli-

niska forskningen inom psykiatrin. Vad beror det på att man inte satsat mer på just denna typ av forskning?

– Det finns inte nog med drivande människor och det kan bero på att psykiatrin inte är ett tillräckligt flashigt område.

Kan man också tänka sig att det inte ligger i deras personlighet att driva projekt?

– Vi har länge haft ett humanistiskt synsätt och i mötet med den medicinska världen, en naturvetenskaplig värld, kan konflikter uppstå. Det tror jag kan vara en förklaring till varför så få varit drivande när det gäller klinisk forskning. Men idag finns ett stort intresse för hjärnan och utforskandet av den och vi befinner oss i ett annat läge. Vi vet att i framgångsrik forskning måste olika synsätt integreras.

Att det i dag skulle finnas färre psykiatriker och ett bristande intresse för specialiteten tillbakavisar Ing-Marie Wieselgren som rent nonsens.

– Vi har aldrig haft så många psykiatriker. Vi har ökat antalet och har fler än någonsin. Och nu är vi i ett läge där vissa landsting skulle kunna ta emot och utbilda fler. Det är något att fundera över. Kan man få landstingen att utbilda fler än som finns avsatt medel för vore det fantastiskt, det vill säga att staten gick in vid behov. Så fort någon doktor säger ”jag vill bli psykiater” ser man till att utbilda var han/hon än befinner sig i landet. Det behövs många fler, unga, duktiga och engagerade psykiatriker.

Om vi återgår till psykiatrikern som har svårt att hävda sig när det gäller bland annat kampen om forskningspengar och drivandet av nya projekt anges ofta stigmatiseringen som en orsak. Anser du att psykiatrikerkåren är stigmatiserad?

– Den bild vi har över oss själva är också den vi råder över och kan ändra på. Patienter och media kan säga att vi har och gör alla möjliga fel men det betyder inte att vi måste hålla med om allt.

Vilken är din egen självbild?

– Jag blev lite tagen när jag som huvudsekreterare i Nationell psykiatri-

samordning var på mitt första psykiatrichefsmöte. Där satt 40 läkare som alla pratade om hur svårt de hade det. Men jag kände inte igen mig från min egen tid som psykiatrichef. Min spontana reaktion var: ”Är det inte ni som är verksamhetschefer? Är det inte ni som bestämmer?” Jag hade alltså en annan bild av att vara psykiatriker och nu har jag ett ännu större självförtroende och det tackar jag Anders Milton för. Han gav mig bekräftelse och tron på att det vi inom psykiatrin vill är möjligt att genomföra.

Du är 52 år och tycks mer sporrad än någonsin. Kan du förklara hur det kommer sig?

– Jag har äntligen börjat förstå systemet, det vill säga ”spelspelet”. Nu vet jag inte bara hur systemet, systemen, fungerar. Jag har också lärt mig hur man får fram ett budskap och hur man påverkar.

Ing-Marie Wieselgren är hård i sin kritik av psykiatrikerkåren. Men egna förbundet, Sveriges Kommuner och Landsting, kommer heller inte undan.

– Privatiseringen och mångfalden av aktörer kan vara något jättebra men när det gäller vårdvalet och ersättningssystemen har vi inte hängt med. Det är bara att konstatera. Det har gått för snabbt. Här skulle min egen organisation legat i framkanten och i större utsträckning hjälpt kommuner och landsting att skapa system som ser till att svaga patientgrupper inte blir förlorare.

Nej, ska något ske måste det bli genom lobbygrupper. Det är där kraften finns.

– Proffsen behöver samla ihop sig och ge politikerna bra underlag. När jag var i Almedalen nu senast träffade jag många politiker som berättade hur svårt det är att driva psykiatriska frågor. Därför måste vi samla ihop alla krafter som vill något och göra gemensam sak. Inte vänta oss att vi ska ha alla med oss, övertyga de osäkra och tänka att tiden skall mogna. Varför ska vi det, invänta de sista? Varför bry sig om gnällspikarna?

Priset för psykiatrin

Appendix

PRISET FÖR PSYKIATRIN

Jonsereds herrgård 14 juni 2010

Vad kostar den psykiska ohälsan – i kronor, ören och lidande? Och vad kostar behandlingen av den? Vad ska den tillåtas kosta? Vilket är det pris samhället vill betala för psykiatrin – och den psykiatriska forskningen?

Kring de frågorna kommer diskussionen att kretsa vid det seminarium som Göteborgs universitet och Psykiatri Sahlgrenska i sin serie Bilden av psykiatrin måndagen den 14 juni arrangerar på Jonsereds herrgård.

Till det bjuder vi nu in ett 30-tal personer som representerar olika samhällssektorer och som vi vet kan – med sina skiftande utgångspunkter och perspektiv – lämna värdefulla bidrag till den diskussionen. Du är en av dem.

Medverkande där blir bland andra docenten och överläkaren Lena Flyckt, fil dr Ola Granström, överläkaren och projektledaren på Sveriges Kommuner och Landsting Ing-Marie Wieselgren och professorn och riksdagsledamoten Finn Bengtsson.

Seminariet inleds 9.30 och avslutas 16.00.

Du anmäler dig senast 31 maj per e-post under adress
jonseredsherrgard@gu.se .

Deltagande i seminariet är kostnadsfritt men antalet platser begränsat.

Vill du veta mer – ring Lennart Lundin, 031- 342 13 19,

Cecilia Brain, 031-743 37 50, eller Anders Franck, 031-786 54 15.

Vägbeskrivning och annan information om Jonsereds herrgård hittar du på
www.jonseredsherrgard.gu.se .

Lennart Lundin
Psykiatri Sahlgrenska

Cecilia Brain
Psykiatri Sahlgrenska

Anders Franck
Göteborgs universitet

PROGRAM

- 9.30 Kaffe
- 10.00 Stigmafokus i forskningen och praktiken.
Från klinisk vardag till regeringsuppdrag
Cecilia Brain
- 10.15 Närstående till patienter med schizofreni
– en analys av deras situation och engagemang
Lena Flyckt

Samhällsekonomiska kostnader för schizofreni och bipolär sjukdom i Sverige
Ola Granström

- 10.45 Gemensam diskussion
Samtalsledare
Ing-Marie Wieselgren
- 12.00 Lunch
- 13.00 Hur ser vi på psykisk sjukdom
– och hur individanpassar vi behandlingen av den?
Finn Bengtsson
- 13.45 Gemensam diskussion
Samtalsledare
Ing-Marie Wieselgren
- 16.00 Kaffe

Cecilia Brain är vårdenhetsöverläkare och specialistläkare i psykiatri vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, Lena Flyckt docent och överläkare i psykiatri, Ola Granström fil dr och hälsoekonom, Ing-Marie Wieselgren överläkare och områdesansvarig för psykiatri på Sveriges Kommuner och Landsting och Finn Bengtsson professor i psykiatrisk behandlingsforskning och riksdagsledamot (M) .

DELTAGARE

Sture Andreasson, Schizofreniförbundet
Finn Bengtsson, Sveriges riksdag
Cecilia Brain, Psykiatri Sahlgrenska
Lena Flyckt, Karolinska Institutet
Anders Franck, Göteborgs universitet
Ola Granström, AstraZeneca Norden
Susanne Håkansson, AstraZeneca Norden
Mikael Lindström, AstraZeneca Norden
Lennart Lundin, Psykiatri Sahlgrenska
Anita Odell, Hjärnkoll
Malin Nordgren, Dagens Nyheter
Eva Olofsson, Sveriges riksdag
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Svenska Psykiatriska Föreningen
Pia Rydell, Psykiatri Sahlgrenska
Ingela Skärsäter, Göteborgs universitet
Einar Trollerud, Stiftelsen Gyllenkroken
Göran Samuelsson, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Lars-Arne Staxäng, Sveriges riksdag
Margda Waern, Göteborgs universitet
Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting
Sonny Wählstedt, Nationell samverkan för psykisk hälsa
Jan Wälinder, Vuxenpsykiatriska mottagningen, Härryda

Forskning är psykiatrins framtid!

De stora framsteg som hälso- och sjukvården gjort de senaste årtiondena har möjliggjorts av en målmedveten satsning på forskning. Samtidigt har vårdpersonalens grundkompetens höjts.

Inom psykiatrin har fokus varit på utbildning för baspersonal och stöd till samverkan, medan den kliniska forskningen inte prioriterats i lika hög grad.

Nu är det dags för en stor, bred och riktad satsning på psykiatrisk klinisk forskning.

För att lyfta psykiatrin krävs en uthållig satsning på psykiatrisk forskning!

- Gör psykiatrisk forskning till ett strategiskt forskningsområde!
- Varje rekommendation i Socialstyrelsens riktlinjer för schizofreni ska kunna styrkas av minst en god svensk studie!
- Inom heldygnsvården ska minst 20 % av patienterna ha möjlighet att delta i bra forskningsprojekt!
- Forskning som fokuserar på målgruppens livskvalitet ska prioriteras!
- Forskningen ska bedrivas med målet att minska stigmatiseringen av psykiatrins patienter och av psykiatrin!
- Forskningen ska bedrivas med brukarmedverkan och former för denna ska utvecklas!
- Forskningen ska bedrivas tvärvetenskapligt. Flera aspekter av psykisk sjukdom ska belysas!
- Alla yrkeskategorier i psykiatrin ska ges möjlighet till forskning!
- En FoU-enhet som stödjer det lokala utvecklingsarbetet ska finnas på varje psykiatrisk klinik/psykiatriskt verksamhetsområde!
- Varje universitetsklinik ska ha ett psykiatriskt forskningscentrum!
- Varje region/landsting ska ha speciella forskningsanslag som reserveras för klinisk psykiatrisk forskning!

Satsa på psykiatrisk forskning!

Detta uttalande om psykiatrisk forskning diskuterades första gången vid Jonseredsseminariet "Priset för psykiatrin" den 14 juni 2010.

Pris 50 kr



GÖTEBORGS UNIVERSITET