

# Upp till Kamp!

Självhjälp vid schizofreni



Upplaga 3.06  
2015

<http://www.viska.se/>

# Innehållsförteckning

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| Förord.....                                     | 4   |
| Det finns hopp för dig!.....                    | 6   |
| Frågor om antipsykotika.....                    | 8   |
| Behandlingar.....                               | 16  |
| Tecken på återfall.....                         | 27  |
| Att motverka röster.....                        | 30  |
| Viska-metoden mot röster.....                   | 33  |
| 5 sätt att minska på röster.....                | 34  |
| Självhjälpsgrupper mot röster.....              | 36  |
| Arbetshäfte för rösthörare.....                 | 38  |
| Känna obehagliga lukter.....                    | 39  |
| Känner saker på huden.....                      | 40  |
| Övervinn din paranoia!.....                     | 42  |
| Negativa symptom.....                           | 45  |
| Tankestörningar.....                            | 49  |
| Rastlöshet.....                                 | 51  |
| Ofrivilliga rörelser.....                       | 53  |
| Deprimerad?.....                                | 55  |
| Motverka ångest!.....                           | 58  |
| Tvångstankar och tvång.....                     | 61  |
| Återkommande stressande skräck (PTSD).....      | 64  |
| Overklighetskänslor.....                        | 66  |
| Stressad?.....                                  | 67  |
| Sömproblem.....                                 | 69  |
| Fiskolja (Omega-3).....                         | 71  |
| När är det kris?.....                           | 73  |
| Råd vid självmordstankar.....                   | 74  |
| Behöver du någon att prata med!.....            | 77  |
| Dåligt minne och koncentrationsförmåga.....     | 79  |
| Läsvårigheter.....                              | 82  |
| Problem att se TV-program.....                  | 84  |
| Överdrivet drickande.....                       | 85  |
| Vinglighet och balansproblem.....               | 86  |
| Yrsel.....                                      | 87  |
| Att sköta vikten.....                           | 89  |
| Hur jag gick ner 52 kg på ett år av Melun ..... | 90  |
| Ilska.....                                      | 91  |
| Arbete och sysselsättning.....                  | 93  |
| Om du skulle kvävas.....                        | 95  |
| Är din familj jobbig?.....                      | 96  |
| Kroppsliga sjukdomar.....                       | 98  |
| Missbruk.....                                   | 100 |
| Att sluta röka.....                             | 104 |
| Hur jag slutade röka av Melun.....              | 106 |
| Motion som medicin.....                         | 107 |
| Öka självkänslan – jag duger.....               | 109 |
| Billigare tandvård.....                         | 112 |

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| Gå med i stöd- eller självhjälsgrupp.....          | 113 |
| Tips om din ekonomi.....                           | 114 |
| Efter återhämtningen av Isa-Alise.....             | 117 |
| Missnöjd med vården?.....                          | 119 |
| Psyket och att överleva där inne av tryskey.....   | 120 |
| En typisk dag i Geta:s liv.....                    | 123 |
| En typisk dag i mopa:s liv.....                    | 124 |
| En typisk dag i krokus liv.....                    | 125 |
| En typisk dag i boe:s liv.....                     | 127 |
| Intervjuer med 4 medlemmar.....                    | 128 |
| Intervjuer om att bo på gruppboende.....           | 136 |
| Om brukarinflytande av Isa-Alise.....              | 140 |
| Statistik om schizofreni i Sverige.....            | 144 |
| Likvärdiga doser för olika antipsykotika.....      | 147 |
| Litteratur: .....                                  | 149 |
| Självhjälsböcker:.....                             | 149 |
| Läroböcker:.....                                   | 150 |
| Riktlinjer:.....                                   | 150 |
| Forskningsläget:.....                              | 151 |
| Om schizofreni.....                                | 152 |
| Vårdbehov .....                                    | 152 |
| Behandling: .....                                  | 153 |
| Psykos .....                                       | 154 |
| Andra symptom .....                                | 154 |
| Behandling .....                                   | 157 |
| Vad orsakar schizofreni? .....                     | 157 |
| När och hur många får sjukdomen?.....              | 157 |
| Att förhindra att schizofreni utbryter .....       | 159 |
| Hur många tillfrisknar eller återhämtar sig? ..... | 160 |
| Hur ställs diagnosen? .....                        | 160 |
| Vilka sköter vården? .....                         | 160 |

## **Förord**

Denna skrift "**Upp till Kamp!**" är troligen den första självhjälpsboken på svenska avsedda för personer som drabbats av schizofreni. Innehållet är samlat via Internet och litteraturen under en 13 års period och härstammar från sajten Viska. Detta är den tredje omarbetade upplagan.

### **Finns behov av självhjälp?**

Ja, utan tvekan. Dagens antipsykotika ger inte full effekt hos 50 % av de med schizofreni. Dessutom antipsykotika förebygger inte alla återfall i psykos utan bara 60 %. Visserligen finns andra behandlingar med bra effekt som tillägg till antipsykotika, som patientutbildning, familjeutbildning, familjeintervention och ACT-team, men alla får inte dessa idag. Även andra behandlingar som sysselsättning och personligt ombud bidrar till att göra folk friskare i den mån förstås man nu får dessa.

Troligen är psykosrisken bara 5 % år om man får alla effektiva behandlingar och inte avbryter medicineringen. Psykoser utlöses oftast av miljöfaktorer och det är därför psykosociala behandlingar ger effekt därför det lär en minska på skadliga faktorer i ens omgivning, som stress t.ex. Sedan är det viktigt att inte avbryta medicineringen för majoriteten av tvångsvården orsakas av medicinavbrott på egenhand.

Ett stort tack till alla medlemmar från Viska, som bidragit i boken med egna kapitel. Att ta del av sådana erfarenheter är guld värt.

Om du hittar felaktigheter i boken, skicka genast e-post till Redaktionen [webmaster@viska.se](mailto:webmaster@viska.se). Boken kommer att successivt uppdateras så kontrollera att du har den senaste upplagan av boken.

Eftersom effektiva behandlingar finns men inte används och effekterna för 50 % är bristfälliga finns ett stort behov av självhjälp. Även om Landsting och kommuner sviker sitt ansvar så gäller det att inte svika sig själv.

**Läs "Upp till Kamp!" och börja din kamp för ett friskare liv!**

Admin1

Viska - om schizofreni



## Det finns hopp för dig!



Ett problem idag är att många som fått schizofreni är så pessimistiska om sin framtid. De förlorar direkt hoppet, men det är helt fel. Forskning stöder också att hopp och självbestämmande är viktiga faktorer, som bidrar till återhämtning från schizofreni. Att inte hopp har heller inte direkt varit vårdens starka sida och de har nog bidragit till hopplösheten. Det beror nog delvis på att vården har kontakt särskilt med de svårast sjuka och de som tillfrisknar gör inga återbesök och tenderas att glömmas bort.

Men det finns hopp!

- Sjukdomen är värst de första åren och efter 6 år har 75 % fått färre symptom och de flesta blir alltså förbättrade.
- Ganska många återhämtar sig och vissa tillfrisknar också Hur många exakt det verkar vara nu 14 % (de har dock inte fått dagens mycket effektivare vård). 25 % får också bara en psykos i livet. Ungefär 20 % av de med schizofreni i Sverige använder inte antipsykotika.
- Trenden är att de med schizofreni verkar alltmer friska för det märks vid utprovning av nya mediciner, när man jämför med för 20 - 30 år sedan.
- Mer tidig upptäckt och tidig och mer intensiv behandling av nyinsjuknade kan troligen göra många friskare

- Sjukdomen förbättras på längre sikt också. 60 % förbättras i 40-60 års åldern.
- En med schizofreni är bara inlagd 6 dagar per år och har 1,6 läkarbesök per år, men träffar sköterska 16 gånger.
- Nya mediciner som verkar på helt nytt sätt eller som har mindre biverkningar håller på att utprovas. Förmodligen kommer bättre mediciner i framtiden.
- Schizofreni kan troligen gå att upptäcka tidigt innan den utbryter och kan gå att förebygga hos många i framtiden.
- Bättre arbetsrehabilitering kan göra att 30 % arbetar istället för dagens 10 - 15 %.



Det här var väl mycket bättre än du trodde!

Men det kan bli ännu bättre siffror för dig för vården förbättras med bättre mediciner och allt fler effektiva behandlingar kommer till användning. Dessa siffror gäller troligen för vården för 10 - 20 år sedan och inte vården som ges idag.

Så visst finns det hopp, även om det ibland verkar helt nattsvart!

## Frågor om antipsykotika



Antipsykotika eller neuroleptika har dominerat behandlingen mot schizofreni sedan preparaten kom för nästan 60 år sedan.

Andra behandlingar sk psykosociala behandlingar har kommit långt senare, men de har blivit allt viktigare, därför forskningen har inte lyckats få fram tillräckligt effektiva nya antipsykotika.

### **Hur mycket minskas psykosrisken?**

Från 80 % per år utan antipsykotika till 40 %, men följs doseringen exakt och inte avbryter medicineringen är psykosrisken bara 20 %. Lägg psykosociala behandlingar till minskar psykosrisken till bara 5 %.

Antipsykotika har två viktiga effekter – mot psykossymptom samt förebyggande effekt så att inte psykos uppstår.

### **Vilka antipsykotika har bäst effekt?**

**Leponex/Clozapine** har bäst effekt, sedan kommer **Olanzapin/Zyprexa**, **Risperidon/Risperdal**, och licenspreparatet **Solian**.

### **Vilket antipsykotika skall man använda?**

Ofta får man prova sig fram innan man hittar ett preparat, som passar en vad gäller effekt och biverkningar. Men Socialstyrelsens riktlinjer om medicinering vid schizofreni som kommit nyligen rekommenderar:

**Nyinsjuknade:  
Abilify, Risperidon eller Olanzapin.**

**Långvarigt sjuka (längre än 2 år):  
Risperidon eller Olanzapin.**

**Vid otillräcklig effekt av antipsykotika:  
Clozapine, som har bäst effekt av alla.**

Vid otillräcklig effekt av Clozapine vid svårbehandlade tillstånd kan **Lamotrigin** läggas till, som är ett medel mot epilepsi, men även depression vid bipolär.

**Mot självmordsförsök och självmordstankar:  
Clozapine/Leponex**

**Depåinjektioner** till de som avbryter medicineringen ofta och insjuknar akut.

**Vid missbruk och beroende:  
Risperdal Consta depåinjektion.**

**Andra alternativ vid långvarig sjukdom:**

**Haldol  
Seroquel/Quetiapine**

Haldol är svår doserat med risk för extrapyramidala biverkningar. Seroquel kan ge trötthet och viktökning samt medicinavbrott.

**I undantagsfall kan följande användas:  
Invega, Cisordinol, Zeldox/Ziprasidone och Serdolect**

Zeldox har sämre effekt medan Cisordinol och Invega är otillräckligt studerade. Serdolect kan påverka hjärtat och ger viktuppgång.

Nyinsjuknade klarar sig oftast med lägre doser än de som har varit sjuka länge.

Detta var Socialstyrelsens rekommendationer, men ytterligare antipsykotika finns:

**Latuda**, som nyligen godkänts och som har liten risk för viktuppgång och också effekt på depression. Kanske också viss effekt på kognitiva symptom. Effekten är dock otillräckligt känd.

**Trilafon** tillhörde för 3 år sedan de preparat, som skulle användas i första hand på grund av mindre biverkningar än Haldol. Trilafon finns kvar som depåinjektion, men inte tabletterna, men **Peratsin** tabletter kan fås på licens och är exakt samma sak som Trilafon tabletter.

**Solian** är ett licenspreparat, som används ibland i Sverige. Kan vara bra eftersom det har samma effekt som Risperdal, men med samma risk för viktökning som Abilify. Solian avviker kemiskt från alla andra antipsykotika.

I USA finns ytterligare antipsykotika och preparaten där kan ibland gå att få i Sverige om läkaren ansöker om licens.

### **Hur snabbt kommer effekten?**

Efter några dagar till en vecka börjar effekten märkas och efter 4 - 6 veckor får man maximal effekt. Biverkningarna kommer oftast direkt och före den antipsykotiska effekten.

### **Vad är riskerna med att avbryta antipsykotikan?**

Naturligtvis är risken hög för psykos, men risken ökar också för självmord, våldshandlingar och socialt utanförskap.

### **Finns det risker med att byta till ett annat antipsykotikum?**

Risken ökar något för återfall i psykos.

### **Hur många får ingen eller otillräcklig effekt av antipsykotika?**

För nyinsjuknade får 10 % inte effekt av antipsykotika, men senare efter återfall i psykos ofta på grund att man slutat med antipsykotikan, så får 30 % ingen eller dålig effekt av antipsykotika. De med dålig effekt får dock effekt av Clozapine/Leponex. 50 % får otillräcklig effekt av antipsykotika.

## **Vilka symptom vid schizofreni ger antipsykotika effekt mot?**

Främst symptom, som vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar och katatoni.

Men också effekt mot våldsbenägenhet, spändhet, fientlighet, negativism, sömnsvärigheter, dålig aptit och socialförmåga.

Förbättring i sjukdomsinsikt och omdöme fås bara hos en liten andel.

**Clozapine/Leponex** kan användas mot självmord och självmordstankar.

## **Jag har symptom trots att jag tar mina antipsykotika?**

**Leponex/Clozapine** ger bäst effekt av alla antipsykotika och kan vara ett alternativ vid dålig eller ingen effekt. Ibland kan dålig effekt orsakas av att nedbrytningen av läkemedel är högre än normalt, vilket kan avgöras med ett gentest och sedan kompenseras genom högre dosering.

Psykosociala behandlingar minskar också symptom och återfallsrisk och läggs de till antipsykotika minskar återfallsrisken och symptomen.

## **Hur är det med biverkningar?**

Alla får inte biverkningar men ganska många. Biverkningarna varierar mellan olika individer och också mellan olika antipsykotika. De kommer ofta snabbt och före effekten.

Biverkningarna är ofta dosberoende så en dossänkning kan ibland minska biverkningarna om inte effekten blir för svag.

Om biverkningarna besvärar dig, så kontakta din läkare för en lämplig åtgärd och sluta inte med medicinen på egenhand, som en del brukar göra då.

## **Vilken biverkning är värst?**

Idag är nog viktökning och påverkan på ämnesomsättningen med ökad risk för diabetes och hjärt-kärlsjukdom av nyare antipsykotika det stora problemet och särskilt för

**Clozapine/Leponex** och **Olanzapine/Zyprexa**.

Zyprexa ökar dock bara diabetesrisken med 16 %, så vanligaste orsaken till diabetes är inte medicinerna utan schizofrenin som ger högre diabetesrisk än antipsykotika.

Förr med höga doser av gamla antipsykotika var rastlöshet (krypningar), stelhet, långsam stel gång och darrningar värst.

Den mest fruktade biverkan är **tardiv dyskinesi** med ofrivilliga rörelser i käkpartiet eller övre delen av kroppen, men den biverkan är inte så vanlig längre och kommer först oftast efter många år och dessutom skall man haft extrapyramidala biverkningar innan. Tardiv dyskinesi förekom innan antipsykotikan, så sjukdomen kan också vara orsak till tardiv dyskinesi.

### **Hur gör man vid viktökning?**

Viktökning kan bero på antipsykotikan, men överätning kan också förekomma vid schizofreni och ge viktökning.

Vid viktökning på mer än 3 kg de första månaderna kan byte ske till Abilify, men om man har Clozapine eller Olanzapine/Zyprexa kan effekten bli otillräcklig och man tvingas då acceptera viktökning eller försöka minska den på andra sätt.

### **Vad gör man vid extrapyramidala biverkningar?**

Det är stelhet, darrningar, långsam, stel gång och rastlöshet (krypningar). Dossänkning bör provas först.

Preparatbyte kan ske till **Olanzapin/Zyprexa** eller **Quetiapin/Seroquel**. Seroquel har minst extrapyramidala biverkningar, men sämre effekt än Olanzapin.

**Clozapine/Leponex** kan användas då de två tidigare preparaten inte minskat på denna biverkan. Akineton eller Pargitan är en gammalmodig behandling, som kan försämra minnet.

### **Ökar antipsykotika risken att dö?**

Nej, inte i normala och låga doser, men höga doser ökar risken något, men ger samtidigt ett bättre skydd mot självmord. Största risken att dö finns för de utan antipsykotika.

## **Hur länge måste man använda antipsykotika?**

20 % av de med schizofreni i Sverige använder inte antipsykotika och sedan förbättras schizofrenin ofta i 40 - 60 års åldern, vilket kan ge mindre medicinbehov. För de flesta blir medicineringen långvarig.

## **Vilket är det vanligaste felet man gör?**

Att man på egenhand slutar med antipsykotika, vilket leder i 96 % av fallen till psykos och inläggning. 75 % av tvångsvården orsakas av att man på egenhand slutat med antipsykotikan.

## **Vilka brukar läkaren tillåta att sluta med antipsykotika?**

Vid en psykos tidigare kan man få sluta om man inte haft några symptom på 1-2 år.

Vid fler än en psykos krävs 5 års symptomfrihet. Har man under psykos varit en fara för sig själv och andra kan det vara svårare att få tillåtelse att sluta med medicinen.

## **Hur göra, när man vill sluta?**

Sluta inte tvärt utan trappa ner dosen långsamt helst under 2 månader för att minska risken för att en psykos flamar upp. Om man slutar tvärt ökar psykosrisken minst 2 gånger och särskilt riskfyllt är det att sluta med **Clozapine/Leponex och Quetiapine/Seroquel**.

## **Är det bara vid schizofreni, som man använder antipsykotika?**

Nej, utan också vid andra psykossjukdomar, som schizoaffektiv, bipolär, vanföreställningssyndrom och psykotiska depressioner. Mot psykossymptom vid Aspergers, Borderline, schizoid och schizotyp används de också ibland samt vid autism.

På senare år används nyare antipsykotika också mot olika typer av ångest och depression när andra preparat inte givit effekt.

## Hur verkar antipsykotika?

Dagens antipsykotika verkar huvudsakligen genom blockering av dopamin<sub>2</sub>-receptorer i hjärnan, men nyare antipsykotika verkar också oftast på serotonin. Naturligtvis påverkar antipsykotika också andra receptorer.

**Abilify** har en dopaminblockerande effekt, men samtidigt också en dopaminstimulerande effekt, som gör att dopaminet stabiliseras eller normaliseras.

Exakt hur effekten av antipsykotika sker är ännu oklar. Det finns antipsykotika, som verkar på andra sätt under utprovning, som glutamat och enbart serotonin.

## Jag kommer inte ihåg att ta medicinen?



Det går att köpa doseringshjälpmedel på apoteket t.ex Dosett.

Om man talar med läkaren kan man få medicinen i dospåsar från apoteket (ApoDos), där det står på påsen vilken dag och tidpunkt medicinen skall tas.

Vissa antipsykotika går också att få i depåinjektion varannan eller var fjärde vecka och psykosrisken sjunker då från 40 % till 20 %.

## Kommer nya och bättre antipsykotika?

Troligen, därför att det utvecklas nu nya antipsykotika, som verkar på helt nya sätt och inte via dopamin. Ännu finns det inget nytt preparat dock, som verkar ha klart bättre i effekt, men testerna har inte kommit så långt.

Läkemedel mot kognitiva och negativa symptom befinner sig också under utprovning. Det ser ljusare ut på läkemedelsfronten än någonsin tidigare.

**Finns det några av dagens läkemedel mot andra sjukdomar, som kan ha effekt mot schizofreni också?**

Ja, acetylsalicylsyra (antiinflammation), N-Acetylcystein (antiinflammation), östrogen (till kvinnor) och Celebra (antiinflammation) har troligen viss effekt.

Men antiinflammatoriska läkemedel ger troligen bara effekt vid inflammation som kan förekomma vid akut psykos. Läs mer [här](#).

## Behandlingar



Länge har antipsykotika varit den enda behandlingen vid schizofreni, men idag finns det väldigt många andra olika behandlingar och vissa med bevisad effekt.

Ofta kallas dessa för psykosociala behandlingar. De kombineras med antipsykotika och kan ytterligare minska symptom och också ofta återfall i psykos. De kan också öka livskvalité samt ökar också möjligheterna att klara bostad, arbete, relationer samt delaktighet i samhället. En nackdel med psykosociala behandlingar är att de oftast går ut på att lära sig saker, som man senare skall handla efter för att må bättre.

Tyvärr så kan förmågan att lära sig saker och handla därefter vara nedsatt vid schizofreni, så antagligen kan psykosociala behandlingar bli effektivare om förmågan att lära sig, minnas och utföra saker förbättras innan de psykosociala behandlingarna ges.

Antipsykotika minskar risken för psykos till 40 – 25 %, men fler olika behandlingar kan sänka risken till några procent dvs återfall i psykos inträffar sällan dvs istället för vartannat år blir det vart tjugonde år.

Det är viktigt att försöka minska risken att få psykoser, eftersom psykoser kan framkalla funktionsförluster och därmed verka handikappande. En psykos kan också göra att effekten av antipsykotika minskar och vid var 6:e psykos förloras antipsykotikaeffekten.

Om du tycker att du borde få fler behandlingar än vad du fått skaffa ett personligt ombud, som du ger i uppdrag att ordna detta för dig.

## Viktiga behandlingar att få:

### Antipsykotika



Minskar positiva symptom, som hallucinationer, vanföreställningar, katatoni och tankestörningar, men kan även ha viss effekt på negativa och liten effekt på kognitiva symptom.

Nyare antipsykotika kan också ha effekt på ångest och depression. Minskar återfallen i psykos till 40 % risk per år, men om man medicinerar noga till 25 %.

Viktigt är att komma överens med läkaren, vilken dos man skall tillfälligt höja till vid försämring eller tecken på psykos.

Alla med schizofreni behöver inte antipsykotika, eftersom alla har inte psykos och i Sverige använder ungefär 20 % inte antipsykotika.

### Psykosociala behandlingar:

#### För nyinsjuknade:

**ACT-team** består ofta av en psykiater, en psykolog, en arbetsterapeut, en socionom och en sjuksköterska som samarbetar och gör hembesök. De samordnar din vård och ser till att du får den vård och behandlingar, som du behöver. Det är viktigt att snabbt få bra och effektiv vård för nyinsjuknade för att bli friskare och slippa handikappande problem senare.

Läs kunskapsblad om [kunskapsblad](#).

Vid utskrivning från sjukhus, som nyinsjuknad skall man få kontaktperson både inom psykiatrins öppenvård och inom socialtjänsten för att sedan kunna kontakta och få hjälp av dem.

Läs [kunskapsblad](#).

Du har också rätt till medinflytande tillsammans med dina anhöriga också om du vill ha med dem för att planera och lägga upp din vård och behandling – delat beslutsfattande (anm. här borde en brukarstödare vara värdefull, eftersom denne gått igenom hela vårdprogrammet redan)

Läs [kunskapsblad](#).

## **Familjeutbildning**



Om du vet mycket om din psykosjukdom, blir du förmodligen mer angelägen att få behandling mot den. Då minskar både symtomen och risken att du ska få återfall i psykos. Chansen till ett bättre liv ökar.

Utbildningen handlar om funktionsnedsättningar, behandlingsalternativ, praktiskt och känslomässigt stöd, problemlösning och krishantering. Ger bäst effekt om man själv också är med på kursen.

Läs kunskapsblad om [familjeutbildning](#).

## **Sjukdomshantering (IMR)**

För att lära dig hantera din sjukdom. Här sätter du upp dina egna mål om hur du lättare ska klara din vardag och dina sociala relationer.

Du kan delta i IMR enskilt eller i grupper på max åtta personer. Åtgärden brukar pågå i nio månader med en timslång träff i

veckan. Ger ofta minskade symtom och bättre livskvalitet

Läs kunskapsblad om [IMR](#).

## **Familjeintervention**

**En sådan handlar om att lära sig mer om psykoser** och bli bättre på att samtala med och förstå varandra.

En form av familjeterapi, som minskar risken för psykos så att du inte behöver läggas in på sjukhus. Det verkar också som att den får familjen att må och fungera bättre, känslomässigt och socialt.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

En kortvarigare psykoterapi, som behandlar psykossymptom och andra symptom som ångest och depression. Har sagts minska symptom och gör att man lättare uthärdar symptomen. Denna typ av terapi ges när antipsykotika är otillräcklig.

Nu är det inte säkert att denna typ av KBT verkligen ger effekt vid schizofreni enligt nya rön, men en starkare KBT befinner sig under utveckling, som både minskar symptom och risk för återfall i psykos.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Musikterapi**



Musik kan hjälpa dig att må och fungera bättre och att få bättre relationer med andra. Med "musikens språk" kan det vara lättare att ta upp sådant som är svårt att prata om.

Du behöver inte kunna sjunga eller spela något instrument, men måste vara motiverad att arbeta aktivt med musik, som lyssnare. Behandlingen sker individuellt eller i grupp.

Läs [kunskapsblad](#).

## Bildterapi

I bildterapi får du använda konst eller bilder för att uttrycka dig själv och reflektera tillsammans med en utbildad terapeut. Du kan få behandlingen individuell eller i grupp.

Musik- eller bildterapi ges vid kvarvarande symptom och när samtalsterapi inte passar. Enligt en ny utvärdering är det tveksamt om bildterapi ger effekt. Läs [här](#).

## Minnesträning och planering



Schizofreni kan ge svårigheter med minne, uppmärksamhet och planering – som kallas kognitiva funktioner. Då kan det vara svårt att klara vardagen och lösa vardagliga problem.

Programmet **Integrerad psykologisk terapi (IPT-k)** innehåller kognitiv och psykosocial träning i grupp. Här får du träna på att organisera ditt tänkande och din vardag. Du får också en chans att bli bättre på att möta andra människor.

Programmet är organiserat i fem delprogram, som ges i en bestämd ordning. Du tränar efter mål som du själv sätter upp.

Ges vid symptom trots antipsykotika, kognitiv funktionsnedsättning och vid behov av större socialförmåga.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Träna upp socialförmåga**

Man kan ha svårt för att prata och umgås med andra. Men du kan träna och bli bättre på dina sociala funktioner.

Kursen **Ett självständigt liv (ESL)** är en träning i bland annat vardagliga samtal och att lösa konflikter.

Målet är ett mer självständigt liv, öka din förmåga och ditt utbyte av att umgås med andra och lära dig mer om dina psykologiska reaktioner.

Sker individuellt eller i grupp.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Kognitiva hjälpmedel**

Finns som kan underlätta vardagen vid kognitiva svårigheter.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Arbetsrehabilitering**



Att ha ett arbete ger ökad delaktig i samhället och trygghet. Därför är det viktigt med rehabilitering som hjälper dig att få ett arbete. För den som inte kan eller vill arbeta, är det lika viktigt att få någon annan sysselsättning. Den som inte har något att göra på dagarna kan lätt känna sig utanför. Och då kan självkänslan bli sämre.

**IPS-modellen** står för Individanpassat stöd till arbete (från engelskans "individual placement and support"). Grundtanken med IPS är att du ska få hjälp att skaffa ett arbete med lön och att du ska få det stöd som krävs för att lyckas på arbetsplatsen.

Det räcker att du vill arbeta för att man ska kunna prova IPS.

Du behöver inte bedömas om du kan arbeta eller behöver träna innan du får prova på ett riktigt jobb eller en praktikplats. Tanken är att du ska få det stöd du behöver när du vill ha det och är motiverad, utan att du ska behöva arbetsträna först.

Läs [kunskapsblad](#).

## **Sysselsättning i vardagen ger mening och sammanhang**

Om du har svårt få vänner kan du lätt bli isolerad. Då är det viktigt att försöka bryta isoleringen. Kommunen kan hjälpa till med samvaro och dagliga aktiviteter som passar dig.

Om du har beviljats sysselsättning enligt socialtjänstlagen (SoL) är kommunen skyldig att erbjuda det. Du kan vända dig till kommunen för att få reda på vilka aktiviteter som finns. Ofta kan de anpassas till just dina behov.

## Boende



Om saknar eget boende får det en rad negativa följder. Du ställs utanför stora delar av samhällslivet och risken ökar för att du blir sämre.

Du har större möjlighet att leva ett självständigt och bra liv om du har ett eget boende. Om du inte har eller själv kan skaffa ett boende, kan socialtjänsten i din kommun hjälpa till.

**Bostad först-modellen** går ut på att erbjuda hemlösa personer med schizofreni eller liknande ett eget boende. Här ställs inga krav på att ge psykiatrisk behandling först eller att du varit nykter.

I stället får du själv berätta om dina behov och önskemål, och erbjuds sedan ett boende. Då kan en positiv utveckling komma igång, med den egna bostaden som startpunkt. Dessutom bör du få stöd av ett ACT-team i bostaden.

## Boendestöd

För att boendet skall fungera bra är det viktigt att boendeformen är anpassad efter dina behov.

Om du bor i ett vanligt boende kan du behöva någon form av stöd från kommunen. Det kan handla om hemtjänstliknande service (boendestöd) med att sköta bostaden och hjälp i ditt dagliga liv. Oftast är boendestöd gratis, men inte i alla kommuner.

## Gruppboende



Bostad med särskild service är en boendeform som kan utformas på många olika sätt.

Oftast är det bostad i ett hus för flera personer med samma typ av svårigheter. Personal finns och ibland dygnet runt och det finns gemensamma lokaler, som för t.ex måltider.

## Vårdsamordnare

Du kan behöva hjälp med att samordna den vård och det stöd du får, särskilt om du har många olika kontakter och ett stort behov av hjälp.

Om du ofta är inlagd eller brukar avbryta din vårdkontakt är du extra utsatt, och risken att du blir hemlös kan vara stor. Då krävs att samordningen fungerar. Om du dessutom har ett missbruk, blir det ännu viktigare.

Ett ACT-team vid svårare problem kan sköta din vårdsamordning eller så finns det personer som kallas Case Managers.

Läs kunskapsblad [ACT-modellen](#)  
Läs kunskapsblad [Case Manager](#).

Informationen hämtad från Socialstyrelsens broschyr [Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd](#)

## Personligt ombud



Personligt ombud är en fixare, som hjälper dig med t.ex. att få den vård, sjukersättning eller sysselsättning, som du behöver. Kan hjälpa med att hålla koll på ekonomin och vara alternativ till godman. Kommunerna erbjuder personliga ombud gratis.

Läs mer på denna [hemsida](#).

## Träfflokaler

Träfflokaler som RSMH eller kommunerna har för är bra för att träffa folk och för att sysselsätta sig med något där. Kan vara ett sätt att få vänner. Kan kanske minska inläggningar på sjukhus.

Viktigt att besöka träfflokaler för att de skall få besökare och att denna viktiga service finns. Så gå dit även om du är negativ och skeptisk.

[Fontänhusen](#) finns på vissa orter och har inriktning med sysselsättning. Kan vara ett alternativ om man vill jobba, men klarar inte riktigt ett vanligt jobb.

## Kontaktgrupp

Regelbundna träffar med andra brukare med olika bra fritidsaktiviteter typ utflykter. Liknar mycket RSMH fast det är landstingen eller kommunerna som arrangerar. På sajten har många varit positiva till kontaktgrupp.

## **Kontaktperson**

Gratistjänst som kommunen erbjuder och kallas ibland fritidsstöd. En person som man umgås med och t.ex. kan gå på bio med. För att minska ensamhet och isolering. Brukar vara uppskattat.

## **Färdtjänst**



Har man svårigheter med att åka buss eller tunnelbana kan man ansöka om färdtjänst. Några på sajten har färdtjänst. För långa sträckor kan man ansöka om Riksfärdtjänst och få åka taxi lång väg t.ex för att besöka föräldrar.

## **Ledsagare**

Du kan få ledsagning om du har svårt att ta dig ut på egen hand. Ledsagaren kan följa med dig för att besöka vänner, gå på bio, gå en kurs, komma ut på promenad eller göra andra fritidsaktiviteter.

## **Psykodynamisk psykoterapi**

En långvarigare och därmed dyrbarare psykoterapi, som är influerad av psykoanalys och handlar mycket om påverkan av det omedvetna, liksom av tidigare erfarenheter och relationer. På senare år har det kommit bevis för att den kanske kan ge effekt.

## Tecken på återfall



Så känner du igen tecken på återfall! Alla får inte återfall 25 % av de med schizofreni får bara en psykos i livet.

### Förebygg återfall genom att:

- Ta medicinen regelbundet, vilket minskar risk för återfall. Ger medicinen biverkningar, kontakta din läkare för råd! Sluta inte på egen hand! Är du noga med medicinen sjunker psykosrisken från 40 % till 25 %.
- Fråga din läkare om vilken högre dos du skall ta om du tror att du är psykosnära. Tidig doshöjning kan ofta förhindra återfall i psykos.
- Undvik missbruk av alkohol och narkotika, som kan öka risken för återfall med upp till fyra gånger.
- Varje person har ofta egna speciella symptom för återfall och bör göra en lista över dem.
- Se till att du fått de psykosociala behandlingar, som kan minska psykoser t.ex familjeutbildning, familjeintervention och sjukdomshantering (IMR).
- Försök upptäcka saker, som utlöst dina återfall och försök undvika dem.
- Minska och minimera stressen du utsätts för.

## Tecken på återfall:

1. Orolig eller rastlös sömn
2. Spändhet, rädsla eller oro
3. Koncentrationssvårigheter
4. Irriterbar eller hetlevrad
5. Känsla av att inte klara av saker, svårt att sköta vardagsbestyr och intressen
6. Känsla av trötthet eller avsaknad av energi
7. Deprimerad eller nere
8. Förvirrad eller förbryllad

Om alla dessa tecken har varat de två senaste veckorna och utgör nya eller förvärrade problem, så kan det vara ett tecken på ett återfall.

På Viska finns ett test baserat på ovanstående frågor, som heter [Har jag risk för återfall i psykos?](#)

## Gör då detta:

- Kontakta din läkare och fråga om dosen tillfälligt kan höjas, om han inte redan instruerat dig om detta.
- Tillbringa mer tid ensam, försök tillfälligt minska på arbetstiden och motionera är strategier, som använts för att minska på stressen.

## Om du får återfall:

- Schizofrenin går upp och ner i intensitet, som många andra sjukdomar och återfall kan inträffa även om man är försiktig och försöker förebygga dem. Statistiskt så inträffar ett återfall vart 2,5 år ungefär. Återfall kan också komma plötsligt och kan därför vara svårt att förebygga.
- Får du återfall oftare än 2,5 år diskutera med din psykiater

varför detta händer. Antipsykotikan kan förlora effekten och då kommer återfallen tätare, miljön kan vara ogynnsam eller så glömmer du att ta medicinen fast du tror att du tagit den.

### **Framtida behandling:**

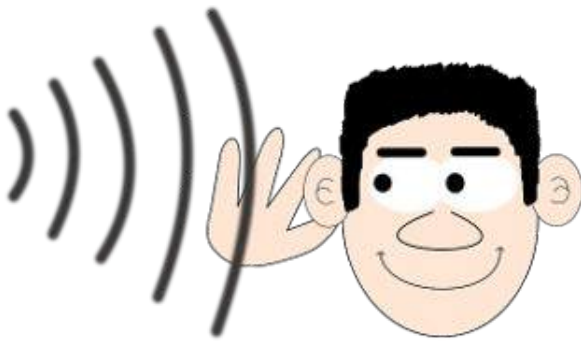
**En starkare KBT** håller på att utvecklas som också minskar återfall i psykos.

Huvudsakliga källor:

E.Fuller Torrey,  
Surviving Schizophrenia 6th edition, 2013, sid 308 – 312

Schizophrenia for Dummies sid 327 - 337

## Att motverka röster



Röster kan orsakas av ångest och stress, vilket kan vara för mycket eller för lite stimulans.

Kartlägg dina röster i en dagbok och skriv när och var de uppträder samt ganska detaljerat vad rösterna säger. Försök förstå dina röster och när de inträffar och hur du mår då. Kanske kan du upptäcka vad som triggar rösterna och minska på just det. Visa dagboken för din psykolog.

Röster är en del av sjukdomen och dina egna tankar, som av något fel upplevs som röster. När rösterna är särskilt besvärliga och störande så finns oftast även större andra problem med tänkandet.

### **Röster kan minskas genom att:**

- slå på TV:n
- lyssna på musik i hörlurar
- att samtala med någon
- motionera
- göra något intressant
- säg åt rösterna i lugn ton att hålla tyst
- säg positiva saker till dig själv, som Ta det lugnt och Detta klarar jag.
- vila om du är överstimulerad.
- var inte nyfiken och lyssna vad rösterna skall säga för då hör du dem.

### **Men också genom:**

- att läsa högt

- öronpropp i höger öra (om det ej hjälper pröva vänster öra)
- monotont mumlande

Olika personer reagerar olika på metoderna ovan, så pröva dig fram.

- Undvik att förklara var rösterna kommer ifrån och tro absolut inte att det är andar, demoner, andra personer eller utomjordingar.
- **Kognitiv beteendeterapi** kan vara bra för att förklara att rösterna inte är verkliga och därmed minska problemen med dem.
- **Antikolinergika**, som Akineton och Pargitan kan kanske öka på röster, eftersom läkemedel med motsatt effekt kolinergika tros minska på röster. Clozapine, Zyprexa och Seroquel/Quetiapine har också antikolinerg effekt, vilket kanske kan öka rösterna.

Rösthallucinationer har studerats vetenskapligt (Buccheri RL et al. J.Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1996:34(2)12-26) och de upplevdes som smärtsamma och utlöstes av stress. Alla försökte hemlighålla rösterna för omgivningen.

Lokalisationen av rösterna var olika, ibland kom de från insidan av huvudet, men de kan också komma utifrån t.ex. radion.

Hallucinationerna var inte bara talande röster utan ibland musik, skratt eller skrik. De förekom varierande från en gång i veckan till kontinuerligt 24 timmar om dygnet.

När personen tänkte eller sov minskade hallucinationerna. Minskning eller avsaknad av röster inträffade när sinnena engagerades, när de talade, läste eller lyssnade till musik.

Ensamhet ökade besvären, liksom vid för mycket eller för lite stimuli (för mycket folk eller tystnad).

Elva olika strategier för att hantera rösthallucinationerna undersöktes.

Effekten hos de olika personerna var individuell, men det fanns alltid minst en strategi, som minskade symptomen, även om ibland bara tillfälligt. Individen fick en känsla av kontroll och visste att det fanns hjälp att få mot hallucinationerna.

Att slå på TV:n, lyssna på musik med hörlurar och att tala med någon var mest effektivt. Också högläsning, hörselplugg i höger öra och monotont mumlande minskade symptomen. Om du besväras av hörselhallucinationer försök att finna, vilken metod ovan, som är bäst och använd den sedan, när du får besvär.

Att öronproppen skall vara i bara det högra örat är för att den skall vara på samma sida, som den dominerande hjärnhalvan dvs normalt den högra. En teori säger att hjärnhalveintegrationen är försämrad vid schizofreni och det skall detta kompensera för.

### **Framtida behandlingar:**

- **Läkemedel mot röster** befinner sig under utprovning, som höjer acetylkolin i hjärnan, vilket skall minska rösterna.
- **Avatarterapi** får rösten ett ansikte (avatar) och sedan låtsas en psykolog vara en elak röst, som sedan blir snällare. Läs mer [här](#).
- **Magnetsfältsbehandling** kan också ha [effekt mot röster](#) och verkar knappt ge några biverkningar.
- **Starkare KBT** är under utprovning, som ger bättre effekt på symptom.

## Viska-metoden mot röster



När jag hade röster för 20 år sedan upptäckte jag att de viskande rösterna försvann när jag låg i sängen och studerade en tavla 2 meter bort. Jag förstod att koncentrationen då utåt gjorde att rösterna försvann.

### Jag gjorde sedan så:

- Koncentrerade mig i en halvtimme på samma sätt, som när jag koncentrerade mig på tavlan. Inga röster då heller.
- Jag utökade tiden för koncentration nästa dag till 1 timme. Sedan fördubblade jag tiden successivt till att omfatta hela dagen och då var rösterna helt borta för mig och har inte återkommit. Jag var också noga med att inte lyssna efter röster – är man nyfiken vad rösterna kan säga så hör man dem.
- Om rösterna kommer trots denna metod använd istället metoden att titta på en tavla och försök att förlänga tiden för att se om den ökande dosen gör att rösterna försvinner.

Studier från bl.a Norge har visat att vid schizofreni har man dålig kognitiv kontroll och har uppmärksamheten riktad inåt.

Vid Viska-metoden så försöker man träna upp förmågan att ha uppmärksamheten utåt. Synen är också det dominerande sinnet jämfört med hörseln och därför finns skäl att träna upp synuppmärksamheten. För synsinnet kan då upptäcka att ingen som pratar finns i rummet och då kan kanske rösterna minska.

## 5 sätt att minska på röster



Current Psychiatry Online har för läkare information om hur röster kan minskas på 5 olika sätt.

Metodiken är baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT) och hjälper till att bättre stå ut med hallucinationerna och att omstöpa vanföreställningar för att göra rösterna mindre frekventa. Använd följande KBT-metoder ensamma eller tillsammans med mediciner.

Det kan vara nyttigt att själv läsa råden och använda dem.

**1. Engagera patienten genom att visa intresse för rösterna. Ställ frågor** t.ex. När började rösterna? Var kommer de från?

**2. Försök att få hallucinationerna att verka normala.**

Lista vetenskapliga troliga orsaker till att höra röster - sömnbrist, isolering, vätskebrist och/eller svält, extrem stress, starka tankar eller känslor, feber och drog/alkohol användning.

Fråga vilka orsaker, som kan gälla. Oftast föreslår patienten flera orsaker och du som läkare kan börja ifrågasätta deras vanföreställningslika tolkningar. Listan kan innehålla att rösterna är verkliga, men enbart om patienten initialt tror det.

**3. Föreslå strategier för att uthärda hallucinationerna:**

nynna eller sjunga en sång flera gånger  
lyssna till musik  
läsa (framlänges och baklänges)  
tala med andra

motion  
ignorera rösterna  
medicin (viktigt)

Fråga också vilka metoder som fungerat för patienten tidigare och inkludera dem i listan ovan.

Om en patient hör kommandohallucinationer, försök mäta deras äkthet och om han/hon troligen kommer att följa dem innan KBT:n startar.

#### **4. Använd röster under själva läkarbesöket för inläring.**

Be patienten att nynna Happy Birthday.  
Om det inte fungerar försök att läsa ett stycke framlänges och baklänges.

Om rösterna upphör - även bara för 2 minuter - säg åt patienten att hon eller han har börjat kontrollera dem. Låt patienten öva detta hemma och notera om rösterna upphör längre perioder.

#### **5. Förklara kortfattat orsaken till rösterna.**

Undersökningar har visat att rösthallucinationer aktiverar områden i hjärnan som reglerar hörsel och tal, vilket tyder på att röster är ens egna tankar eller tal.

Om patienten frågar varför de hör konstiga röster förklara att många röster finns i vårt minne. När personer hör röster interagerar hjärnans tal, hörsel och minnescentra.

Att kalla hörselhallucinationer för rösttankar snarare än röster minskar stigma och ger en alternativ förklaring. När patienten börjar förstå att hallucinationer är besläktade till felaktiga tankar kan vi hjälpa att korrigera dem.

Läs mer på [Current Psychiatry Online](#)

## Självhjälpsgrupper mot röster



Även vanliga människor kan höra röster, men de lider inte av rösterna på samma sätt som vid psykoser.

RSMH har självhjälpsgrupper och nätverk för rösthörare där man avdramatiserar, belyser och ger människor verktyg för att bemästra sina röster.

Att höra röster kan tolkas och hanteras på olika sätt. Genom samtal kan t.ex. förklaringar och mönster upptäckas som dämpar oron, välja strategier, organisera, strukturera och behärska rösterna. Erfarenheter visar att dessa metoder är bra för att stödja människor som hör röster.

Ett antal frågor kan vara ett sätt att börja:

- När började du höra röster?
- Hur många röster hör du?
- Hur ofta hör du dem?
- Vad tror du rösterna representerar?
- Vad säger de?
- Vad gör du för att hantera dina röster?

Då kunskaperna om röster är små inom vården finns litteratur på svenska:

Självhjälpsgrupp för rösthörare  
Elisabeth Alphonse (2014)  
RSMH

Att höra röster  
Romme, Maj & Escher, Admac (1998)  
FoU-enheten Psykiatri, Västra Stockholms Sjukvårdsområde

Inre röster & vad kan man göra  
LisBodil Karlsson, redaktör (1999) RSMH

[Här](#) kan du beställa böckerna ovan.

[RSMH:s Rösträtt dvs Rösthjälp.](#)

## Arbetshäfte för rösthörare



Ett gratis arbetshäfte "**Lär känna dina röster**" för personer, som hör röster finns att ladda ner från Skills hemsida i form av en doc-fil.

Häftet är baserat på Marius Romme och Sondra Eschers kliniska erfarenhet och forskning.

Bra saker är bland annat röstdagboken och undersökning av klientens orsaksförklaring. Den psykiatriska sjukdomsmodellen är beskriven. Därefter presenterar manualen sin version av fokuserad intervju kring rösternas innehåll.

Översatt och redigerat till svenska av Nisse Berglund, Varberg.

Möjligen kan hjälp av psykolog behövas för att kunna använda det.

Ladda ner arbetshäftet från denna adress:

<http://eslmedmera.se/www.doc>

## Känna obehagliga lukter



Lukt- och smakhallucinationer är ganska vanliga och drabbar ungefär en tredjedel med schizofreni. Särskilt vid akut psykos kan det förekomma. De som får schizofreni efter 45 års ålder har också mer lukthallucinationer.

Ibland kan det vara en vanföreställning, som gör att man tror att maten smakar förgiftat och inte en hallucination. Obehagliga, äckliga lukthallucinationer kan förekomma vid psykoser, som är kombinerade med en depression.

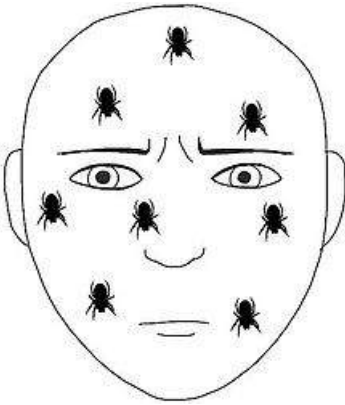
Redan före insjuknandet i schizofreni kan förmågan att identifiera lukter vara förändrad och lukter kan felidentifieras t.ex apelsin kan dofta pizza. Det kan därför vara så att en del lukthallucinationer inte är hallucinationer utan bara en feltolkning av lukterna dvs en lukttillusion.

Antipsykotika har effekt mot hallucinationer och sannolikt också mot dessa hallucinationer, även om antipsykotika inte har lika bra effekt mot hallucinationer som vanföreställningar.

### Självhjälp:

- Finns inga självhjälpsråd i litteraturen men Viska finner alltid råd ändå. Undvik att använda starka dofter t.ex parfymer, som gör att du kan feltolka detta till en annan kanske obehaglig doft.
- Om du hallucinerar en obehaglig doft försök att lukta på något som luktar starkt, men gott.

## Känner saker på huden



Hallucinationer av smärta och beröring är sällsynta vid schizofreni, men någon sorts [taktila hallucinationer](#) förekommer hos 20 % tillsammans med syn- eller hörselhallucinationer.

Vanligast är att en del av huden sträcks elastiskt över huvudet, vilket ger smärta. Påstås triggas av känslor, som skuld, ilska, rädsla och depression.

Sexuella inslag som att bli kysst eller som någon ligger vid ens sida kan förekomma vid ensamhet.

Ovanligare är att uppleva att ormar eller insekter kryper över kroppen.

På Viska har det varit värre - en person har känt en orm krypa i kroppen, som det gick att samtala med. Enstaka kvinnor har känt sig bli våldtagna också.

Taktila hallucinationer kan förekomma samtidigt, som lukt- och smakhallucinationer hos ungefär drygt 13 - 17 %.

Kokain kan ge taktila hallucinationer i form av krypande insekter.

Antipsykotika har effekt mot hallucinationer och sannolikt också mot dessa hallucinationer, även om antipsykotika inte har lika bra effekt mot hallucinationer som vanföreställningar.

Egendomligt nog nämns inte taktila illusioner i litteraturen. T.ex på vintern när huden lätt blir torr kan man få klåda, vilket borde kunna feltolkas t.ex till myror på kroppen. I sådana fall borde

mjukgörande kräm lösa besvären genom att ta bort torrheten och klådan.

### **Självhjälp:**

- Finns inga självhjälsråd egentligen, men eftersom hallucinationer uppstår vid frånvaro av sinnesintryck, så kan du försöka att stryka med handen eller en handduk på huden, där hallucinationerna finns för att skapa sinnesintryck och därmed lindra hallucinationerna.

## Övervinn din paranoia!



Många lider av förföljelseidéer eller paranoia t.ex. att någon är ute efter att skada en. De kan vara mycket intensiva och långvariga och kan övergå i vanföreställningar.

Vanföreställningar ingår alltid i psykos och vanföreställningen är en felaktig uppfattning, som inte går att motbevisa. I princip är det omöjligt att bevisa för personen att vanföreställningen är felaktig och de kan bli arga om man säger det. Ofta kombineras vanföreställningar med misstänksamhet.

Vid schizofreni är ofta vanföreställningarna överkligare än vid vanföreställningssyndrom (paranoid psykos), där man kan ofta misstänker personer i omgivningen för olika saker och kan t.ex polisanmäla dem för det. Ofta tillmäts tillfälligheter större betydelse än normalt – en person som hostar kan t.ex vara en signal till SÄPO. Storhetsvansinne är en vanföreställning, där man kan tro att man är en känd person, som Hitler och Jesus.

Men det finns enkla råd, som kan lindra besvären.

### Självhjälp:

- Tänk på eller skriv ner bevisen för och mot dina idéer. Om man koncentrerar sig på faktorer som tyder på att känslorna är felaktiga kan besvären minska.
- Kolla dina tankar med en person du litar på så du får ett verklighetstest av dina tankar.
- Säg till dig själv: Det här är ett symptom på en biologisk

sjukdom. Det kommer bli bättre.

- Ändra vad du gör när det är jobbigt – lyssna på musik, se på TV eller ta en promenad.
- Sömnbrist kan öka paranoian. Viktigt att sova tillräckligt, även vanliga personer får ökad paranoia när de sover otillräckligt.
- Lyssna på musik utan text, som jazz eller klassisk musik. Musik med text kan göra att du tror att musiken handlar om dig = hänsyftningsparanoia.
- Titta inte på TV-program eller filmer, som kan öka din paranoia eller vanföreställningar – som nyhetsprogram, fantasy eller annat som kan störa din verklighetsförankring.
- Undvik isolering. Att träffa och samtala med andra kan lindra paranoian.
- Undvik droger och alkohol, som kan förvärra besvären.
- Om du har fått antipsykotika. Fråga din läkare om du kan få höja dosen tillfälligt när besvären är särskilt allvarliga.

### **Om idéerna fortsätter att besvära:**

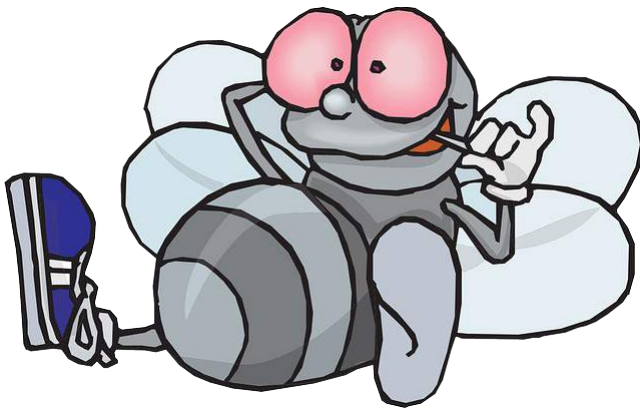
- Diskutera det med psykiatern, kontaktperson eller personligt ombud. Att höja dosen eller byta antipsykotika kan vara värt att testa. Antipsykotika har bättre effekt mot vanföreställningar än röster. Att tala med släktingar, vänner och andra patienter om dessa saker kan vara bra för att ifrågasätta dem. Att posta i forumet om dina problem kan också vara bra.
- Kunskap kan minska psykossymptom och psykoserna. Kunskap om sjukdomen kan du få via psykiatrin i form av olika kurser, som familjeutbildning och sjukdomshantering (IMR).

- Metakognitiv träning verkar effektivast, men finns ej överallt. Kognitiv beteendeterapi hos psykolog, som kan behandla denna typ av tankar, kan också vara värt att prova.
- Det är viktigt att inte dröja med att söka hjälp om det är ett stort problem eller om det varat i flera dagar, eftersom det kan vara ett tecken på att ett återfall kan komma.
- Vissa vågar inte gå ut från sin lägenhet på grund av paranoia. Ring och prata med kommunens biståndshandläggare om du kan få boendestöd eller ledsagare, som följer med dig ut så du känner dig mer trygg. Detta är oftast gratis i de flesta kommuner.

### **Framtida behandling:**

- **Metakognitiv träning** verkar lovande mot vanföreställningar och verkar ge bättre effekt än antipsykotika och effekten sitter i minst 3 år. Träningen syftar att minska kognitiva fel, som ökad tilltro till falska minnen och hjälpa dem att känna igen sådana fel för att minska dess störning av problemlösning och personliga relationer. Läs mer [här](#).
- **Starkare KBT** mot schizofreni är under utveckling och den skall också minska psykoser.

## Negativa symptom



Negativa symptom är vad som saknas i en individs beteende på grund av schizofrenin, som kan finnas före första psykosen. Negativa symptomen är inte lika tydliga som positiva symptom och kan ofta förväxlas med lättja eller depression. Dålig motivation, som ingår i negativa symptom kan troligen försämra kognitiva symptom genom att motivationen att minnas är sämre så blir minnet sämre. Minst 25 % har negativa symptom.

Negativa symptom kan vara mycket besvärande och även handikappande, genom att minska arbetsförmågan och förmågan att klara vardagen.

Negativa symptom består av:

- Oförmåga att känna glädje över andra människor och ting. Kallas anhedoni.
- Avsaknad av motivation, initiativ och envishet. Kallas avolition.
- Inget eller begränsat tal. Personen svarar långsamt, korthugget eller inte alls. Kallas alogi.
- Avsaknad av känslor. Personen ser uttryckslös ut utan att visa känslor. Kallas för känslomässig avtrubbnig.
- Ointresse av andra människor.
- Ouppmärksamhet - svårt att engagera sig och fokusera.

Det som kan verka vara negativa symptom kan ibland orsakas av andra faktorer vid schizofreni:

- Du kan ha en depression.
- Du är skrämdd av hallucinationerna och därför tyst.
- Vanföreställningar med hyperreligiositet kan ge symptom liknande negativa symptom.
- Du är uttråkad t.ex. vid inläggning på sjukhus, därför att det finns ingenting för dig att göra där.

Det kan ta tid för en läkare att säkert ställa diagnos på negativa symptom.

Nyare antipsykotika ger något bättre effekt mot negativa symptom än gamla antipsykotika. Bäst effekt skall Zeldox/Ziprasidon och Solian ha.

### **Självhjälp:**

- Att återuppta gamla fritidsaktiviteter, gärna skapande verksamhet som teckna, måla och musicera är viktigt.
- Bryt ner dina mål till små delmål som du kan klara av.
- Gradvis öka dina dagliga aktiviteter inklusive meningsfyllda aktiviteter. Att vara med i en kontaktgrupp eller gå till en träfflokal kan också vara mycket bra för att aktivera sig.
- Personligt ombud som fås gratis via kommunen brukar kunna ordna daglig sysselsättning och aktivering.
- Gör en lista med 5 aktiviteter som du fäster på kylskåpsdörren. När du har ingenting att göra välj en aktivitet från listan.
- Fokusera på nuet och inte på det som hänt dig tidigare.
- Motion kan minska negativa symptom liksom andra symptom

också. Öka motionen gradvis från 10 minuter till minst 30 minuter per dag.

- Omega-3 kan kanske minska negativa symptom. Bäst är att äta lax eller sill 4 gånger i veckan eller att äta omega-3 kapslar motsvarande 2 g EPA per dag.
- Om anhöriga är arg på dig för att du är slö, lat och inte gör något, så förklara att det beror på sjukdomen och negativa symptom. Vissa anhöriga kan bli vansinniga på de negativa symptomen som kan vara mer irriterande än vanföreställningar.
- Folsyra är ett B-vitamin och hos vissa verkar för litet folsyra ge negativa symptom. Multivitamintillskott med dagsbehovet folsyra kan därför vara bra att ta.
- Antioxidantia, som finns i blåbär, spenat, jordgubbar och katrinplommon kan enligt vissa undersökningar lindra negativa symptom.

### Kontakta läkare:

- Tillägg av SSRI-antidepressiva t.ex Sertralin kan troligen minska negativa symptom.
- Om psykiatrin har musikterapi be att få det för det minskar negativa symptom hos de flesta.

### Framtida behandling:

- **Nya antipsykotika** befinner sig under utveckling och de tros få bättre effekt mot negativa symptom.
- **Läkemedel** mot enbart negativa symptom befinner sig under utveckling.
- **Återhämtningsinriktad KBT (CT-R)** verkar ha effekt även vid svårare och mer handikappande negativa symptom.

- **En KBT mot negativa symptom** befinner sig under utveckling.



## **Självhjälp:**

Det finns ingen särskild självhjälp mot tankestörningar utan det som det man kan göra själv är att försöka minska på psykossymptom på de vanliga sätten genom att t.ex:

- Sova tillräckligt.
- Undvika stress.
- Undvika alkohol och droger.
- Motionera.
- Naturligtvis bör också man ta sin medicin, eftersom den har effekt mot tankestörningar.

## Rastlöshet



Rastlöshet eller akatysi (grekiska som betyder inte sitta) tillhör de besvärligaste biverkningarna av antipsykotika, men kan också inträffa med vissa antidepressiva. Ofta börjar det inom 3 - 5 dagar efter medicineringen startats. Man känner sig rastlös och vill ständigt röra på sig. Man kan skifta från den ena foten till den andra eller gå fram och tillbaka.

Gamla antipsykotika som Haldol och Siqualone ger oftast denna biverkan, medan den förekommer sällan med nyare s.k atypiska antipsykotika utom för högre doser av Risperidon/Risperdal och Invega. Zeldox/Ziprasidon och Abilify kan ibland uppfattas ge rastlöshet, men det är oftast ökad ångest. Akatysi kan vara orsaken till att man själv väljer att avbryta medicineringen.

Höga doser av antipsykotika och snabba doshöjningar kan utlösa akatysi. Rastlöshet kan ibland feltolkas som agitation, ångest, restless legs, sömnlöshet, tardiv dyskinesi och andra neurologiska besvär. Akatysi går oftast över, men kan i vissa fall ge årslånga besvär.

Engelska Wikipedia har ett bra avsnitt om [akatysi](#) med en kort film som visar hur akatysi kan se ut.

### Självhjälp:

- Motion, som promenader kan lindra rastlösheten liksom att vara aktiv på olika sätt.

## Kontakta din läkare:

- Det går oftast att slippa rastlösheten genom dosjustering eller byte till ett annat preparat med mindre risk, som Zyprexa/Olanzapin och Seroquel/Quetiapin, men minst risk har Clozapine/Leponex.

Den kan också motverkas av vissa mediciner, som Akineton, betablockeraren propranolol och bensodiazepiner. Enstaka studier har visat på att vitamin B6 och slemlösande medlet N-Acetylcystein kan ha effekt.

## Framtida behandling:

- **Ett avslappningsprogram** som varar bara 12 minuter och som involverar andningsövningar och avslappning verkar kunna hjälpa mot akatisi vid schizofreni, som inte svarat på annan behandling.  
Läs mer [här](#).

## Ofrivilliga rörelser



Ofrivilliga rörelser eller tardiv dyskinesi är en besvärlig biverkan av antipsykotika, som var vanligare förr. På mentalsjukhusen före antipsykotikan rapporterades ofrivilliga rörelser hos 30 %, så det kan ha att göra med sjukdomen också.

Efter minst 3 månaders användning av antipsykotika men oftast åratals senare kan armar, ben, mun, tunga eller bålen röra sig långsamt och okontrollerat och ge onormala ofrivilliga rörelser. Besvären kan också utlösas av dossänkning.

Om tardiv dyskinesi inte upptäcks tidigt kan rörelserna bli permanenta. Vanligtvis besväras inte den som drabbas av detta, men det väcker uppseende med konstiga rörelser hos omgivningen.

Risken för tardiv dyskinesi är för nyare antipsykotika bara 0,8 % per år, men den är c:a 7 gånger större för gamla antipsykotika, som t.ex. Haldol.

Äldre, kvinnor och folk med depression eller mani har en förhöjd risk. Vid tecken på ofrivilliga rörelser brukar läkaren byta till ett antipsykotikum med mindre risk.

**Clozapine/Leponex** är det med minst risk för ofrivilliga rörelser. På Viska är det bara en person som fått diagnosen tardiv dyskinesi på 11 år.

Tardiva dyskinesin förbättras hos 20 % och ökar inte dödligheten utom för de som har gamla antipsykotika, som t.ex. Haldol. Som har fördubblad risk att dö.

## Kontakta läkaren genast:

- Om du upptäcker ofrivilliga rörelser för det är viktigt att snabbt göra något, som byta preparat.
- Om du oroar dig mycket över att få denna biverkan kan du be din läkare att göra ett AIMS-test på dig t.ex var 6:e månad.

Det sker genom att läkaren svarar på frågor i ett formulär och det kan användas också för att uppskatta hur allvarliga symptomen är. Testet tar 10 minuter. Du kan själv titta på frågorna till detta test [här](#).

Du kan läsa mer om testet på [Psychiatric Times](#)

## Framtidshopp:

- Ett par mediciner mot tardiv dyskinesi befinner sig under kliniska tester.

## Deprimerad?



Minst hälften av de med schizofreni drabbas av depression. Efter en psykos, får många en depression efteråt - postpsykotisk depression.

Depressionerna kan orsakas av sjukdomen, men också av de problem som sjukdomen skapar för individen. Nu talas också om depressiv personlighet som orsak till längre depressioner vid schizofreni. Depression kan förväxlas med negativa symptom, men de är långvarigare än en depression och går inte över.

Depression kan också göra att röster och vanföreställningar blir deppiga.

Tidigare ansågs de flesta självmorden orsakas av depression, men nu verkar det som om röster, vanföreställningar och missbruk framkallar många självmordsförsök.

Antipsykotika kan också skapa depression och oro, men denna effekt uppstår vid högre doser med den gamla typen av antipsykotika.

## Hur vet man att man lider av depression?

Ett sätt är att testa sig själv gratis via [Calgary Depression Scale for Schizophrenia](#).

Får du positivt besked där bör du kontakta din läkare för behandling. Skriv gärna ut resultatet av testen på skrivaren och visa läkaren. Även om du inte får positivt besked, men misstänker att du är deprimerad, så bör du diskutera det med en läkare.

## Självhjälp:

- Gör ett dagsschema med trevliga aktiviteter.
- Öka aktiviteterna genom att göra lätta saker och bygg in belöningar, när du klarat av dem.
- Korrigera felaktiga tankesätt, som övergeneraliseringar, förhastade slutsatser och självskuldbeläggning.
- Försök att förbättra din sömn – lägga dig och stiga upp alltid samma tid, undvik tupplurar, begränsa koffeinet och läs eller slappna av innan du lägger dig.
- **Beteendeaktivering** är effektiv och där identifieras effekten av beteendet på symptom, känslor och problem. Positiva beteenden stimuleras, som planera aktiviteter och göra meningsfulla saker. Brist på aktivering är ett vanligt problem vid schizofreni och sannolikt en orsak till depressionerna.

[Här](#) finns en video och titeln på en självhjälpsbok, som man kan köpa.

- **Motion** har effekt vid lätt och måttlig depression och kan också förebygga återfall i depression. Träningen kan vara konditionsträning eller styrketräning 2 - 3 gånger per vecka och minst 30 minuter per gång i minst 9 veckor.
- **Omega-3** har effekt mot depression och bipolär, men verkar inte ha effekt mot depressioner vid schizofreni.
- **Kognitiv beteendeterapi** (KBT) mot depression kan man ge sig själv och det finns två bra självhjälpsböcker, som du kan läsa om [här](#).

## Kontakta läkare:

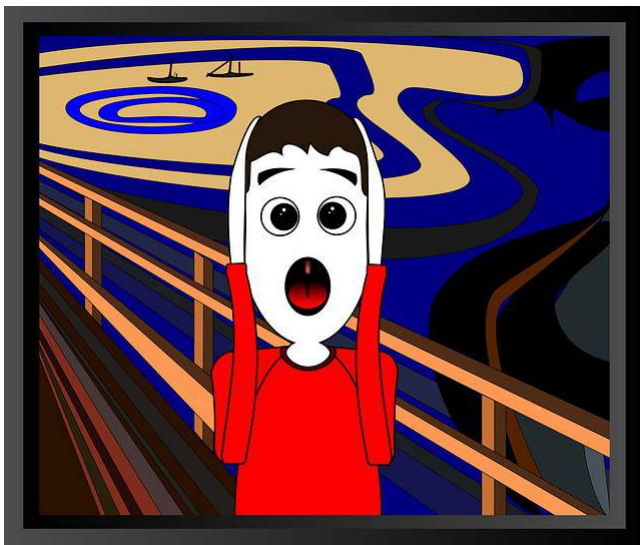
- Om du har självmordstankar eller planerar självmord.
- Depression behandlas idag oftast med antidepressiva medel

av SSRI-typ, som t.ex. Cipralex och Sertralin, särskilt om ångest också förekommer. Det går praktiskt taget alltid att kombinera dem med antipsykotika. De nya antidepressiva medlen har inte bara effekt mot depression utan de kan också hjälpa mot ångest, oro, social fobi och tvångstankar.

De hjälper dock inte alla utan c:a 70 %. Antidepressiva har bäst effekt mot svåra depressioner. Effekt märks efter 2 veckor.

- Vid depressioner med sömnproblem och självmordstankar kan **Valdoxan** vara värt att prova då det har melatonin-effekt.
- **Kognitiv beteendeterapi** (KBT) är en psykoterapi, som har effekt mot depression. Den går ut på att skola om det negativa och pessimistiska tänkandet vid depression och göra det mer realistiskt och positivt.

## Motverka ångest!



Ångest är tillsammans med depression de symptom vid schizofreni, som mest negativt påverkar livskvalitén. Egentligen är den en uråldrig skyddsmekanism, som skall få oss att reagera snabbare för faror. Normalt får folk ångest när de överstimuleras av händelser eller befinner sig i obehagliga situationer.

Det finns över 15 olika former av ångest och många av dessa kan förekomma vid schizofreni.

Vid schizofreni uppstår ångest som en del av sjukdomen. Den kan bero på hallucinationer, som är skrämmande eller på tankar och känslor, som kan vara svåra att förstå.

När somliga förbättras, får de ångest över att de skall försämras. För vissa blir ångest ett tecken på återfall och de får ångest för att känna ångest. Ångest kan också göra att man får mer röster.

Ångest kan ibland vara en läkemedelsbiverkan t.ex. för vissa nyare antidepressiva, som Citalopram under de första dagarnas behandling.

Främst äldre, klassiska antipsykotika kan särskilt i högre doser ge en typ av oro och rastlöshet – akatisi. Bland nyare antipsykotika sägs Abilify och Zeldox/Ziprasidon kunna ge ångest hos vissa.

Stora mängder koffein eller kaffe kan skapa ångest.

## **Självhjälp:**

- Prova gärna också [dessa andningsövningar](#), som anses vara mest effektiva mot ångest.
- Känn igen vad som åtföljer ångesten, t.ex. får du huvudvärk, muskelspänning, svettningar, rädsla etc.
- Säg åt dig själv att det är en signal på att något skrämmer dig.
- Ta tre långsamma, djupa andetag. Lyssna till in- och utandningen.
- Är du ensam skriv ner vad du oroar dig för, annars berätta det för någon.
- Påminn dig att ångest är bara en känsla och att den kommer att gå över.
- Ta ytterligare tre djupa, långsamma andetag. Försök hitta en aktivitet, som får dig att tänka på annat t.ex. ett dataspel, som kräver all din uppmärksamhet.
- Identifiera situationer som ger ångest och gör en plan hur skall slippa det.
- Problem kan ge ångest, men löses problemet kan denna typ av ångest försvinna.

Du kan mäta ungefär hur stark ångest du har i ett gratis självtest på [Pfizer Hälsa](#)

## **Min egen behandling:**

- När jag får ångest tänker jag på några gånger då jag tidigare haft svår ångest och att jag då oroade mig helt i onödan.
- Det är säkert samma sak denna gång också och så tänker jag att ångesten är en skojare och bedragare, som försöker lura mig.

- Sedan försöker jag ägna mig åt något svårt. En promenad kan vara bra för ångesten brukar försvinna då efter 5 minuter.

### Kontakta läkare:

Har du besvärlig ångest så finns hjälp att få:

- Bensodiazepiner har effekt mot ångest, men effekten är måttlig och risken för beroende är liten om användningen är max en månad. Vissa antipsykotika kan ha effekt mot ångest och särskilt **Seroquel/Quetiapine**.
- SSRI-antidepressiva har effekt mot ångest och andra ångestsjukdomar t.ex tvångstankar, socialfobi mfl.
- KBT mot ångest har bra effekt.

Källa:

Miller, Rachel och Mason, Susan  
Diagnosis - Schizophrenia  
Paperback. Columbia U.P., UK, 2011

## Tvångstankar och tvång



Tvångssyndrom (OCD) och tvångssymptom är vanligare vid schizofreni än normalt och är en ångestsjukdom. Mellan 8 - 26 % av de med schizofreni har tvångssyndrom och ännu fler har symptom.

De med tvångssyndrom tillhör en särskild typ av schizofreni med större problem. Den skiljer sig från vanlig OCD, som är fast i en tanke, medan vid schizofreni skiftar tankar och uppmärksamhet ständigt. Det kan vara svårt att skilja ett tvång från en vanföreställning.

Intressant är att de med OCD har 7 gånger förhöjd risk att få schizofreni.

Symptomen kan vara påträngande tankar och känslor, som är svåra att få bort. För att minska dessa kan tvångshandlingar utföras. Det kan vara att tvätta sig ofta, att ordna och samla eller kontrollera. Upprepade rörelser, som gungande rörelser, gnugga händerna och sätta sig och sedan stiga upp kan förekomma.

Tvångssymptom kan uppstå vid schizofreni, som en biverkan av nyare s.k atypiska antipsykotika, som t.ex hos 10 % som får Clozapine. Problemet kan då t.ex. bestå av att man ständigt måste tvätta händerna för att inte något hemskt skall hända.

- Tvättar du dig onödigt mycket fastän du redan är ren?
- Kontrollerar du upprepade gånger att du t.ex låst dörren eller stängt av spisen?

- Har du tankar med obehagligt eller skrämmande innehåll som är svåra att slå bort?

Svarar man nej på alla frågor så har man inte tvångssyndrom. Tvångshandlingar skall pågå minst en timme per dag.

### **Självhjälp:**

- Det kan gå själv att bli kvitt tvångshandlingar och hos OCD-förbundet finns [självhjälpsråd](#).

### **Kontakta läkare:**

- Om du har problem med tvångstankar eller tvångshandlingar diskutera med din läkare, så denne kan undersöka om det är en biverkan av antipsykotika för då kan kanske dosen sänkas eller om du kanske skall få antidepressiva för att motverka dina besvär.

SSRI-antidepressiva typ Cipralex, Sertralin används mot tvångssymptom vid schizofreni.

## Återkommande stressande skräck (PTSD)



PTSD är en ångestsjukdom, som kan uppstå efter skräckfyllda händelser, där ens eget eller närståendes liv varit hotat. Även psykoser kan vara en skräckfylld upplevelse och ge PTSD. 70-98 % av de med schizofreni har upplevt minst ett trauma i sitt liv, vilket är ungefär dubbelt mot normalt.

Symptomen är att den skräckfyllda händelsen ständigt återupplevs, vilket gör det svårt att slappna av, koncentrera sig och plötsliga ljud kan göra att man hoppar till. Personer eller saker, som påminner om skräcken undviks. Mardrömmar är vanliga.

Ungefär 30 % av de med schizofreni har PTSD, som leder till bl.a mer symptom, inläggningar och missbruk. PTSD symptom kan förväxlas med hallucinationer och negativa symptom. Vid PTSD utan psykosjukdom kan också psykosymptom förekomma.

PTSD är ofta kronisk och symptomen kan öka eller minska över tiden. Ofta förekommer andra psykiska, sociala eller kroppsliga problem samtidigt. I och med att många andra problem är inblandade är det lätt att missa att man har PTSD.

Det finns tillförlitliga tester med frågor, som på 10 minuter kan visa om man utsatts för trauma.

### Självhjälp:

- [Avslappningsövningar](#) och [andningsövningar](#) minskar ångest och brukar ingå i KBT mot PTSD som ges.

- Sök hjälp och stöd från anhöriga och vänner för PTSD kan annars ge isolering. Kontakt med andra är viktigt för att kunna bli bättre.
- Undvik alkohol och droger. De kan kortsiktigt ge lindring, men på längre sikt leda till förvärrade problem.
- Utmana känslan av hjälplöshet för att kunna ta kontroll över PTSD.

Du kan känna dig kraftlös och sårbar efter ett trauma. Kom ihåg att du har styrkor och förmåga att härda ut som kan föra dig ur krisen. Genom att hjälpa andra på olika sätt kan du visa att du är stark och inte hjälplös.

- Var ute i naturen. Lugn, avskildhet och frid kan ha en positiv effekt och minska på stress.
- Självhjälpsböcker finns om PTSD t.ex [The PTSD Workbook](#).

### Kontakta läkare:

Klokt att snabbt kontakta din läkare om du tror att du har PTSD, därför att ju tidigare behandling desto bättre. Läkare kan ge flera olika behandlingar jämfört med självhjälp. Dessa behandlingar har ännu inte bevisad effekt vid PTSD och schizofreni, men väl vid vanlig PTSD.

- **SSRI-antidepressiva**, som sertralin och paroxetin lindrar PTSD genom mindre flashbacks och undvikande. Full effekt fås efter 3 månader.
- **KBT (Kognitiv beteendeterapi)** har måttligt bevisad effekt vid vanlig PTSD.
- **EMDR eller ögonrörelseterapi** har måttligt bevisad effekt vid vanlig PTSD.

## Overklighetskänslor



**Depersonalisation** innebär att man upplever sig själv överklig, att man inte känner igen sig själv, armar och ben. Egna känslor eller tankar kan också upplevas avskilda från sig själv. Det kan vara som att leva i en dröm. Kan leda till stark ångest, som kan förvärra besvären.

**Derealisation** innebär att omgivningen upplevs överklig och drömlig. Kan förekomma samtidigt som depersonalisation.

Dessa symptom är det tredje vanligaste psykiska symptomet efter depression och ångest.

Båda två ingår i **depersonalisationssyndrom** och räknas som dissociativa symptom (avskild från sig själv)

Vanliga personer kan uppleva liknande vid stress, trauman och extrem trötthet. Det kan också förekomma vid bipolär, djupa depressioner, ångestsjukdomar (särskilt panikångest), dissociativa störningar, epilepsi och migrän. Vissa läkemedel kan ge depersonalisation som biverkan.

I självhjälpböcker om schizofreni berör bara boken *Surviving schizophrenia* detta, men talar om "en förändrad känsla av sig själv", som förvärras av taktilhallucinationer och vanföreställningar om egna kroppen.

Senaste åren nämns ipseitetsstörning vid schizofreni, där den egna personen flyter ihop med omvärlden och inte kan skiljas från denna.

I DSM-IV så nämns depersonalisation och derealisation i samband med schizofreni.

Kings College London har bra [information](#).

### Självhjälp:

- Att veta vad det är, att det är ofarligt och att många upplever samma sak kan vara till stor hjälp bara det och ge lindring samt minska stress och ångest.
- Att försöka minska ångest, stress och undvika att andas för mycket (hyperventilera).
- Djupa depressioner ofta blandat med ångest och panikångest kan ge sådana besvär.
- Kontrollera i FASS om dina läkemedel har depersonalisation eller dissociativa besvär som biverkan.
- Har du temporallobsepilepsi så kan det vara orsaken till detta.
- Obehagliga minnen eller flashbacks kan orsaka detta. Försök identifiera sådana tankar och utmana dem.
- Självhjälpsboken **Overcoming Depersonalization and Feelings of Unreality** av Antony S David finns på [adlibris.se](#). Boken ger en KBT inriktad självbehandling.

### Kontakta läkare:

- Den behandling, som kan ha viss effekt mot depersonalisationssyndrom är läkemedlet [lamotrigin](#) och KBT.

## Stressad?



Ökad stresskänslighet uppträder vid schizofreni och stress kan förvärra symptom och utlösa psykoser. Stress kan vara både för mycket och för lite stimulans. Vid stress kan problem finnas med sömn, ätande (för mycket eller för lite), irritation, ilska, ångest, ledsenhet, trötthet, huvudvärk och ointresse även för trevliga aktiviteter.

Det gäller därför att hitta rätt balans i sin vardag med lagom stimulansnivå. Det finns också bevis för att stress kan försämra minnet.

### Självhjälp:

- För att förebygga stress bör en daglig rutin följas , så att stressmängden kan förutses och överraskningar minimeras. Svårigheter med att lösa problem kan göra överraskande problem stressande.
- Tänk igenom vad du skall göra nästa dag och försök förutse problemen och hur du skall lösa dem.

Ett annat sätt att bekämpa stress är:

- Känn igen att du är stressad.
- Identifiera orsaken till stressen.

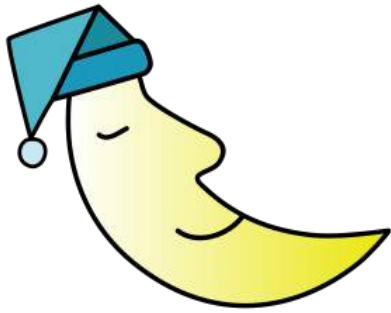
- Minns dina tidigare erfarenheter i liknande situationer och hur stressen då hävdes.
- Gör på samma sätt nu!
- Ha minneslista i din börs med hur du skall göra när du är stressad.
- Gör listor på vad du måste göra och det viktigaste först. Pricka av när du gjort något på listan. Viktigt om ditt minne är dåligt. På [rememberthemilk.com](http://rememberthemilk.com), så kan du göra listor.
- Försök bryta ner uppgifter i mindre delar, så det blir lättare t.ex. städa 10 minuter per dag istället för en timma i veckan.
- Motionera 3 gånger varje vecka för det kan öka stresståligheten.
- Avslappningsövningar och yoga kan provas när du känner dig stressad. Här finns [avslappningsövningar](#) och [andningsövningar](#).
- Se på komedier på TV – skratt verkar ha en avstressande effekt.
- Ett husdjur kan lindra stress.

### **Kontakta din läkare:**

Om stress är ett stort problem för dig.

- Stresshantering kan fås av psykolog, men stresshantering ingår ofta i patientutbildningen som finns överallt.

## Sömnproblem



Varje människa som inte får sova börjar efter 2 - 3 dygn förlora sin verklighetsuppfattning. Sinnesintrycken blir osäkra och förvrängda. Självbilden liksom tolkningen av omvärlden förändras starkt och vantolkningar blir accepterade.

De flesta psykoser börjar med en period av sömnsvårigheter. Troligen är sömnbrist den faktor som är viktigast för att utlösa en psykos. Sömnproblem uppstår också ofta före återfall i psykos.

Typiskt vid schizofreni är problem med insomning och att upprätthålla sömnen hela natten och dessa problem finns också utan antipsykotika. Problemen kan orsakas av för mycket dopamin, men också GABA kan vara involverad.

### Självhjälp:

- Gå till sängs samma tid alltid. Försök att varva ner innan du försöker somna genom att läsa eller lyssna till lugn musik i en timme.
- Drick inte kaffe, te eller Coca cola efter kl 16, eftersom det verkar uppiggande och kan störa sömnen.
- Sömnproblem kan uppstå p.g.a. depression och då särskilt tidigt uppvaknande t.ex. vid 3-tiden på natten. Testa dig på [Calgarys depressionstest för schizofreni](#). Kanske sömnproblemen minskar om din eventuella depression blir behandlad.
- På [Apotekets hemsida](#) finns råd som kan förbättra sömnen.

### **Kontakta din läkare:**

- Så att du får sömnmedicin (Zoplikon/Imovane eller Zolpidem/Stilnoct) om du inte redan har det. Dra dig inte för att besvära om detta eftersom sömnsvårigheter kan vara ett av tecknen på återfall i psykos.
- Är sömnen konstant dålig finns det antipsykotika, som har trötthet, som biverkan t.ex. Seroquel/Quetiapin tabletter.

Många på Viska är nöjda med Quetiapin för sömnen. Nyare antipsykotika kan kanske också förbättra sömnen. Det finns tecken på det.

## Fiskolja (Omega-3)



Omega-3 har testats mot schizofreni på rätt sätt med 16 olika randomiserade, kontrollerade tester. Tyvärr var testerna kortvariga och maximalt 4 månader. Bara 4 av testerna visade **på en liten förbättring i symptom, så effekten är inte bevisad ännu.**

Biverkningarna är lindriga med magbesvär, som illamående, diarré och dyspepsi.

Blödningstiden förlängs av Omega-3 vilket kan vara en risk för vissa. Risk att använda Omega-3 kan finnas vid diabetes typ 2 kombinerat med astma, som inte tål acetylsalicylsyra.

Vid depression och bipolär har Omega-3 effekt, men däremot saknar det bevisad effekt mot depression vid schizofreni.

De som har tidiga tecken på psykos utan att aldrig haft psykos kan minska psykosrisken med 40 % genom 4 kapslar Omega-3 per dag enligt en undersökning. Det är det bästa sättet att undvika nyinsjuknande i psykos med läkemedel. Det kan vara så att Omega-3 kan ge viss skyddseffekt mot att få schizofreni.

Det är inte känt om Omega-3 kan förebygga återfall i psykos vid schizofreni, eftersom testerna hittills varit korta och max 4 månader. Men möjligheten kan finnas, även om det finns psykosociala behandlingar, som också sänker psykosrisken ungefär lika mycket.

Den dos av fiskolja, som oftast används vid schizofreni är 2 g ren Omega-3 per dag. Det normala dagsbehovet är 1 g omega-3,

vilket man får om man äter 2 mål fetfisk (lax eller sill) per vecka. Om man tror på Omega-3 kan man ju äta 4 mål fetfisk per vecka istället för dyra Omega-3 kapslar.

Källa:

[NICE Advice \(England\) 2013](#)

## När är det kris?



### **Kontakta genast din läkare eller psykiatri:**

- Livet känns hopplöst och värdelöst.
- Du tänker på att dö, har tankar om självmord och tänker ta ditt liv.
- Du tar risker som hotar ditt liv eller andras liv.
- Du känner att du vill skära dig själv eller skada dig själv på andra sätt.
- Du känner dig frestad att förstöra egendom eller begå ett brott.
- Du har röster som kommenderar dig att göra saker och som kommer med hotelser om du inte gör det.

Kontakta genast psykiatri om du har någon av dessa symptom för du behöver hjälp.

Huvudsaklig källa:

Levine.J och Levine. I.S.

Schizophrenia for Dummies (2007) sid 301

## Råd vid självmordstankar



Risken för självmord är 5 (- 15) % vid schizofreni. Missbruk verkar orsaka merparten av självmorden, men också hallucinationer, röster och depression kan vara orsak. Religiositet kan ge visst skydd mot självmord.

### Självhjälp:

Om du själv har självmordstankar finns det en rad saker som du kan göra för att tackla dem:

- Viktigast är att vara öppen om det och prata med någon som du har förtroende för.
- Om tankarna är associerade med vanföreställningar, depression eller andra symtom kan en förändring av din medicin eller att du tar din medicin hjälpa att bli kvitt dem. Antipsykotikat Clozapine minskar risken för självmord och sänker dödligheten.
- Ha en lista på folk som du vet att du kan ringa till om du får självmordstankar.
- Ha en lista på samtalsjourer dit du kan ringa dygnet runt.
- Få till en överenskommelse med en eller flera personer att du ringer dem om du tänker göra ett självmordsförsök.
- Kom ihåg att du inte behöver göra det du tänker, och att tankarna går över med tiden.

- Berätta för din terapeut, en vän, eller familjemedlem, eller någon annan som kan hjälpa dig.
- Distansera dig från alla sätt att dö via självmord.
- Undvik alkohol och droger. Har du missbruksproblem sök vård för dem.
- Undvik att göra saker som är svåra eller som du kan misslyckas med tills du mår bättre.
- Gör ett schema över vad du ska göra under dagen och följ det till varje pris.
- Skriv in minst två aktiviteter, som pågår i 30 minuter i schemat som du har känt glädje inför tidigare.
- Sköt om din fysiska hälsa.
- Gå ut minst en halvtimme om dagen. Prata med andra människor även om du inte känner dig så social.

### **Några varningstecken för självmord som omgivningen kan upptäcka:**

- Efter en period av depression och ledsenhet kommer en period av leenden och skratt.
- Säger saker som: Jag kommer inte vara här för att se det.
- Ger bort värdefulla ägodelar.
- Nyligen utskriven från sjukhus.
- Tillbakadragen och har svårt att relatera till andra i omgivningen.
- Har bestämda idéer om att döda sig själv och/eller pratar om att ordna upp affärer eller ger andra tecken på självmord.
- Talar om att känna sig isolerad och ensam.

- Ger känsla av misslyckande, oduglighet, hopplöshet och förlust av självförtroende.
- Ältande av problem som det inte verkar finnas någon lösning till.
- Hör röster som uppmanar till att göra farliga saker.
- Vaknar tidigt och saknar aptit.
- Missbruk gör att risk för självmord är förhöjd.
- Har haft schizofreni kortare tid än 10 år och är man (75%).

Kom ihåg att några av dessa tecken kan vara normala. Se därför på helheten. Ibland kan också varningstecknen inte alls märkas. Ju fler varningstecken desto större risk.

Förklara att hen är viktig för dig och att självmord skulle vara en fruktansvärd förlust och absolut ingen lättnad.

Översatt och förbättrad från sajten [www.recover.ie](http://www.recover.ie)

Tack till Isa-Alise som har översatt en del av detta.

**Behöver du någon att prata med!**



Det finns en hel del olika stödformer via telefon när man mår riktigt dåligt.

**Nationella Hjälpelinjen**

är öppen kl 13-22 ALLA dagar. Tel: 020-22 00 60

Har [hemsida](#), där man kan ställa anonyma frågor.

**Jourhavande kurator**

är tillgänglig 15.00-03.00 alla dagar för de i Stockholm ([hemsida](#))

Tel: 08-508 400 90

**Jourhavande medmänniska**

går att nå 21.00-06.00 varje natt. Tel: 08-702 06 80. ([hemsida](#))

**Jourhavande präst**

är tillgänglig 21.00-06.00 varje natt. Tel: 112. ([hemsida](#))

**Röda korsets telefonjour**

Alla dagar 14.00–22.00 Tel: 0771-900 800 ([hemsida](#))

Jourhavande kompis

är en chatt för barn och ungdomar upp till 25 år.

**SPES (Riksorganisationen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd)**

arbetar med att förebygga självmord och att ge stöd till efterlevande.

Telefonjour för personer i psykisk kris samt deras närstående:

08-34 58 73 öppen kl. 19-22 ([hemsida](#))

**Barnens Hjälptelefon (BRIS).**

Måndag-torsdag 15.00-19.00, fredag 14.00-18.00 och lördag-söndag 14.00-17.00. Tel: 116111 ([hemsida](#))

**Rädda Barnens föräldratelefon.**

Måndag 12.00-21.30, tisdag-fredag 18.00-21.00, lördag 10.00-13.00 och söndag 13.00-16.00. Tel: 020-786 786. ([hemsida](#))

**Självmodersupplysningen.**

Svarar på mail, har forum samt chatt vardagar mellan kl 19 - 22. ([hemsida](#))

**Vill du bara chatta finns Viska eller chatten hos**

<http://schizophrenia.com/> Medlemskap (gratis) krävs för att kunna chatta.

## Dåligt minne och koncentrationsförmåga



Många får problem med tänkandet eller kognitiva symptom. Cirka 75 % av de med schizofreni har minst måttliga kognitiva besvär. Det kan vara svårt att koncentrera sig, att prata med folk, att lösa problem samt att minnas det som nyss hänt. Somliga har kognitiva symptom fastän de själva inte är medvetna om det. Problemen kan börja år före första psykosen.

Här är några problem som kan uppträda, men alla har inte samma problem utan det kan variera från individ till individ:

- Svårt att koncentrera dig, när du läser, skriver eller ser på TV.
- Svårt att minnas saker som nyss har hänt t.ex. det du just läst
- Svårt att lära sig nya saker.
- Tänker långsamt
- Svårt att förstå.
- Svårt med planering, problemlösning och utföra saker. t.ex att handla och laga mat efter recept. Själv censuren kan fungera dåligt, så man säger olämpliga saker. Svårt att lära sig av misstag och korrigera felaktigt beteende.
- Svårt att inse att man drabbats av en sjukdom.

Kognitiva symptom kan vara mycket handikappande och är ofta orsaken till sänkt arbetsförmåga och socialförmåga, liksom står för 50 % av förmågan att klara av sin vardag och sköta sig själv.

Många forskare anser idag att kognitiva och negativa symptom är huvudproblemet vid schizofreni och ända tills effektiva behandlingar mot dessa symptom finns kommer schizofrenin vara ett stort samhällsproblem.

Antipsykotika ger en liten förbättring av kognitiva symptom, men gamla antipsykotika kan i höga doser försämra kognitionen.

### **Självhjälp:**

- Gör listor över saker, som du måste göra och pricka av på listan, när du gjort en sak. På [rememberthemilk.com](http://rememberthemilk.com), så kan du göra listor.
- Gör bara en sak i taget och slutför den innan du påbörjar nästa sak.
- Om du har svårt att lösa problem rådfråga andra t.ex i forumet eller skaffa ett personligt ombud, som fixare av dina problem.
- Försök träna din tankeförmåga genom att läsa och skriva i forumet och försöka lösa andras problem. Tycker att en del här har fått bättre tankeförmåga med åren.

### **Kontakta din läkare:**

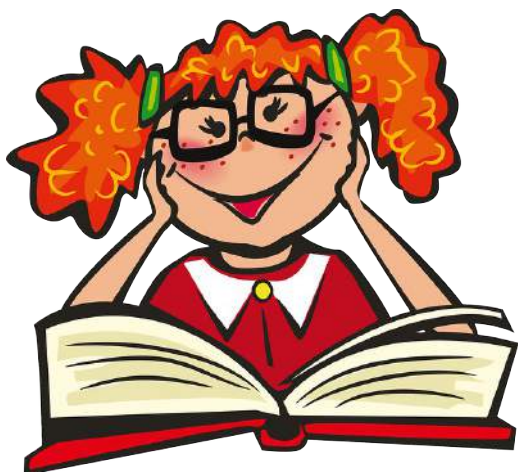
- Det finns nu en behandling som heter kognitiv träning IPT-k, som kan förbättra kognitionen och dessutom ingår socialträning. Här finns [ett kunskapsblad](#) om denna behandling.
- På vissa kliniker ges minnesträning via dataprogrammet CogMed och några här har fått det och det brukar ge 30-40 % förbättring.

- Via läkaren kan du kanske få hjälpmedel för att du lättare skall komma ihåg och övervinna dina kognitiva brister, som t.ex handdator eller särskild mobiltelefon
- Kognitiv adaptionsträning (CAT) finns, som inte förbättrar kognitionen, men gör att funktionsförmågan blir bättre ändå.

### **Framtidshopp:**

- Läkemedel mot kognitiva besvär befinner sig under utprovning och kan komma kanske om 5 år.
- [Magnetsfältbehandling](#) har givit lovande resultat och kan kanske bli en framtida behandling mot kognitiva symptom.

## Lässvårigheter



75 % av de med schizofreni kan ha lässvårigheter, som liknar vanlig dyslexi, men som uppstår efter första psykosen och innan fungerade läsningen normalt. Speciellt flytet i läsningen, förvaring av ordinformation och visuell läsning brister.

Dåligt närminne kan också ge lässvårigheter, därför att man glömmer direkt bort vad man nyss läst och får svårt att förstå texten. Efter en psykos kan man också direkt få lässvårigheter en tid, men som kan gå över.

Efter schizofreni kan problem uppstå med andra språket t.ex engelska, som kan bli svårt att tala och förstå.

### Självhjälp:

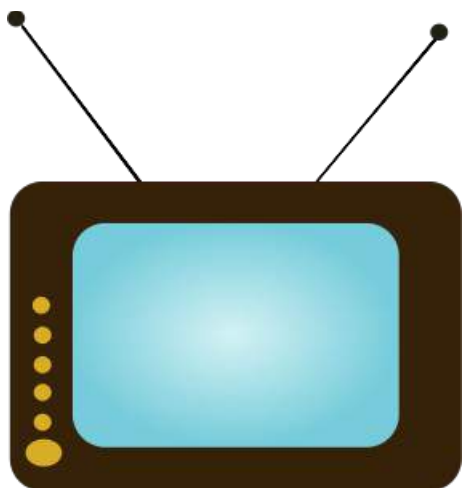
- Börja med att läsa tidningar. Läs först rubrikerna och sedan successivt svårare text.
- Läs sedan underhållande böcker, som du är väldigt intresserad av.
- Sedan kan du försöka att läsa böcker som du tidigare klarade av.
- Kunskaper om dyslexi vid schizofreni är inte så omfattande. Men vid medfödd dyslexi kan rätt och omfattande träning och hjälpmedel kan många komma långt och i princip fungera

normalt - "kompenserade dyslektiker".

I stressiga lägen, t.ex. vid läsning under tidspress eller i vissa moment vid högre studier brukar dock dyslexin kunna "slå igenom".

- Hjälpmedel som finns är talböcker, talsyntesprogram, rättstavningsprogram, smartaordböcker, läspennor och läslinjaler. Läs mer om dyslexi hos [Dyslexiföreningen](#).

## Problem att se TV-program och film



Att ha svårigheter att titta på TV och film är typiskt vid schizofreni.

Det är svårigheter att kombinera bild och ljud till ett begripligt sammanhang som skapar problemet. Detta har ingenting med intelligens att göra utan drabbar även universitetsutbildade, som kan vara hur intelligenta som helst.

Att se på vissa typer av TV-program och filmer kan öka paranoian.

### Självhjälp:

- Tecknade filmer, cirkusprogram och reseskildringar brukar gå att följa lättare, eftersom de inte innehåller så mycket ljud utan det går att bara titta på bilderna.
- Vissa TV-program går att få textade. Du kan försöka att tona ned ljudet och istället läsa texten till programmet. Hur du får programmet textat framgår på [denna hemsida för hörselskadade](#).
- Titta inte på TV-program eller filmer, som kan öka din paranoia eller vanföreställningar – som nyhetsprogram, fantasy eller annat som kan störa din verklighetsförankring.

## Överdrivet drickande



Vid schizofreni kan ett tvångsmässigt överdrivet drickande förekomma, som kallas för polydipsi. Ofta kopplat till sämre kognitiv förmåga. Om man dricker mer än 3 liter per dag, så räknas det som polydipsi.

Överdrivet drickande eller polydipsi kan ge symptom som desorientering och förvirring. I värsta fall vid extremt drickande kan man få saltbrist och kramper. Andra sjukdomar, som t.ex. diabetes kan också ge ökad törst. Vissa antipsykotika kan öka risken för polydipsi.

### Självhjälp:

- Ställ fram en flaska med dagsbehovet vatten 2 liter och drick bara den mängden per dag.
- Du kan också skriva upp hur mycket du dricker under dagen och sluta dricka vid 2 liter.

### Kontakta din läkare:

- Om du får symptom p.g.a överdrivet drickande eller om du trots försök att begränsa drickandet till inte mer än 3 liter per dygn.
- Behandlingen kan bestå av Clozapine, beteendeförändring och psykosocial rehabilitering.

Läs mer [här](#).

## Vinglighet och balansproblem



Vid schizofreni är steglängden kortare än normalt, vilket ger långsammare gång. Gamla antipsykotika kortar steglängden mer än nyare antipsykotika och ger därför något långsammare gång.

Gångsvårigheter och balansproblem har beskrivits vid schizofreni långt innan antipsykotika började användas. Vid schizofreni utan antipsykotika är också gången påverkad.

Missbruk av alkohol kan också ge liknande problem fast ännu värre, även vid nykterhet och kan också vara en förklaring.

Antipsykotika kan ibland ge biverkningar, som stör gången t.ex Cisordinol har som biverkan gångrubbningar.

### Självhjälp:

- Vid problem med gången eller balansen diskutera detta med din läkare för att få besked om det är en biverkan av antipsykotika eller ett sjukdomssymptom.
- Att försöka gå lite fortare kan kanske minska besvären.
- Om du vinglar mycket kan gångstavar vara bra att använda när du går för att förbättra balansen.
- Att gå på löpband i normal fart gör att besvären försvinner tillfälligt och det beror på sensorisk stimulering som fås då.

Läs mer [i denna artikel](#).

## Yrsel



Yrsel kan uppstå, när man reser sig upp från sittande eller liggande ställning och det kallas för **ortostatisk hypotension**.

Ibland kan det bli så besvärligt att man känner sig svimfärdig. Det orsakas av blodtrycksfall och är vanligen en biverkan oftast av Clozapine, men också Risperdal/Risperidon, Seroquel/Quetiapin, Abilify, Nozinan, Cisordinol och Theralen.

Alkohol kan förvärra besvären, eftersom alkohol vidgar blodkärlen och sänker blodtrycket ännu mera.

### Självhjälp:

- Res dig väldigt långsamt för då uppstår inte denna yrsel. Kan vara svårt att alltid komma ihåg.
- Undvik alkohol, vätskebrist, stora mål, vila eller stå länge, varma bad eller dusch, som kan förvärra besvären.

### Kontakta din läkare:

- Om problemen är besvärande prata med din läkare om att byta till ett annat antipsykotikum, som inte har denna biverkan.
- **Effortil** tabletter är en medicin som kan användas mot denna form av blodtrycksfall.

## Att sköta vikten



Att sköta vikten vid antipsykotika är särskilt viktigt för de nya medlen **Clozapine och Zyprexa/Olanzapin/Zypadhera, men även också Risperdal/Risperidon, Invega/Xeplion samt Seroquel Depot/Quetiapine**. Vissa antidepressiva t.ex Mirtazapin och ångstdämpande mediciner kan också ge viktuppgång.

Fetma finns hos 50 % av svenskarna, men ännu vanligare vid schizofreni och där den ohälsosamma bukfetman vanligare. Orsaken till fetman är oftast felaktig diet och brist på motion. Men även negativa symptom och antipsykotika bidrager. Vissa källor talar också om att överätning kan förekomma.

### Självhjälp:

- Väg dig varje vecka och mät midjemåttet med ett måttband. Notera siffrorna i en anteckningsbok eller på ett papper. Viktuppgången är störst de första 6 veckorna.
- Din aptit kan öka på saker, som snabbt minskar hunger, som choklad, sötsaker, chips, läsk och snabbmat. Försök planera framåt och läs på förpackningarna om energiinnehåll och försök hitta hälsosammare snacks och mat.
- Motion är viktigt för att hålla nere vikten. Aerobisk motion (gör att man flåsar) är nyttigast men promenader duger också. Skaffa en stegräknare och ha som mål att gå 10000 steg per dag. För vikttnedgång krävs 1 timmes motion per dag.
- Vid aktivitetsersättning kan Försäkringskassan betala motionsaktiviteter, men andra kan ansöka om pengar från kommunen till sådant och du kan läsa mer [här](#).

### Kontakta din läkare:

- Om du gått upp mer än 3 kg för då kan det vara dags att byta medicin.

Eftersom **Clozapine och Zyprexa/Olanzapine** ger störst viktuppgång, men också bäst effekt kan det inte alltid gå att byta till antipsykotikum utan viktuppgång, som Abilify, Latuda och Zeldox/Ziprasidon.

- Du kan be om att få gå till dietist och få hjälp med kost- och motionsråd. Psykiatrin kan också i vissa fall ha utbildningar eller program mot viktökning.

## Hur jag gick ner 52 kg på ett år av Melun



Jag följde landstingets dietisters råd för att gå ner i vikt. Jag beräknar detta på en person som väger normalt c:a 80 kilo och mäter 175 - 180 cm.

Man bestämmer sig för en lågkaloridiet på som lägst 1650 kcal och fördelar det på frukost (400 kcal), morgonfika (100 kcal), lunch (400 kcal), lunchfika (100 kcal) och middag (400 kcal) och eventuellt kvällsmål (300 kcal). Alla andra tidpunkter när man blir sugen på nåt så ska man äta råa morötter. Man kan skära till dem i mindre stavar eller riva dem fint i rivjärn och äta dem med gaffel. Man får äta så mycket morötter man vill. De kan vara väldigt söta och goda.

Man får räkna på att en man får äta 30 kcal per kilo kroppsvikt vid normal aktivitet utan att gå ner eller upp i vikt. För kvinnor är det 25 kcal. I början av dieten går man ner mer i vikt än i slutet av dieten. Detta eftersom skillnaden mellan hur mycket man får äta utan att gå ner i vikt och hur mycket man äter blir mindre.

Under hela tiden man går på diet så ska man motionera, eftersom man då ökar antalet kalorier man kan äta utan att gå upp i vikt och om man då håller dieten så går man ner fortare i vikt.

Det är viktigt att fortsätta motionera efter dieten eftersom det är genom motion man motverkar att gå upp i vikt igen. Samt att man tänker på vad man äter. Man kan bryta ner motionen i 30 minuters promenader, 15 minuter åt ett håll och 15 minuter tillbaka. Försök klämma in så många sådana promenader om dan som möjligt.

Min medicinering var 1ml/200mg Cisordinol injektion varannan vecka, Akineton och Propavan vid tillfället. Märk väl, det finns nästan ingen metod som hjälper mot vissa mediciner som orsakar viktuppgång.

## Ilska



Ilska är en känsla som drabbar alla mer eller mindre. En del blir aldrig arga oavsett vad som händer dem. Andra reagerar för minsta sak genom att bli arga. De flesta av oss har blivit arga, när vi sett orättvisor i utvecklingsländer på TV eller när Sverige förlorat en fotbollsmatch. Eftersom vanliga människor har rätt att bli arga så har personer med schizofreni också det.

Vid schizofreni kan vanföreställningar framkalla ilska, liksom de problem som sjukdomen kan framkalla. Ilskan ökar med ett ökat adrenalinpåslag i kroppen. När psykosen närmar sig kan ilskan öka. Det kan märkas ibland i forumet i samband med att folk avbryter medicineringen, så kan man lätt bli arg. Antipsykotika har effekt mot aggressivitet och den effekten kommer snabbare än effekten mot psykossymptom. Bäst effekt mot aggressivitet har Clozapine och Zyprexa. Även litium ges ibland mot aggressivitet.

### Självhjälp:

- Viktigast är att berätta om din ilska för någon, så att du får diskutera saken och kanske komma på en lösning till det som orsakar ilskan.
- Avslappningsövningar och motion är ofta effektiva mot utbrott av ilska genom att de minskar adrenalinpåslaget och lugnar ned en.

### **Kontakta din läkare:**

- Om du har ständiga problem med ilska, ta upp problemet med din läkare eller vårdkontakt, så att du får hjälp att bli kvitt den. Ilska är väldigt jobbigt och besvärligt att ha i längden för alla.

## Arbete och sysselsättning



Schizofreni nedsätter arbetsförmågan, vilket faktiskt ingår i diagnoskriterierna i DSM 5. I WHO:s diagnossystem ICD-10 krävs inte nedsatt arbetsförmåga och då får ungefär 10 % fler schizofrenidiagnos. Oftast är det kognitiva symptom, som dåligt närminne och koncentrationsförmåga, som gör det svårt att arbeta.

Idag arbetar 10 - 15 % av de med schizofreni Sverige, men en ökning kommer säkert i framtiden p.g.a tidigare behandling, psykosociala behandlingar, bättre arbetsrehabilitering, bättre mediciner, mindre stigma och större tillgång på lämpliga jobb. 60 % av samhällets kostnader för schizofreni idag utgörs av sjukskrivning och förtidspensionering, så det är inte längre själva vården som kostar mest.

Socialstyrelsen anser att vid nyinsjuknande av schizofreni krävs ofta en sjukskrivning i ett år eller längre. När man återhämtat sig och situationen är stabil kan arbetsrehabilitering påbörjas. I många fall kan detta ta många år.

### Självhjälp:

- Skaffa dig ett Personligt ombud, som är gratis och be ombudet ordna dig sysselsättning, arbete eller studier.
- Eftersom kognitiva symptom nedsätter arbetsförmågan kan det vara värt att pröva **Abilify**, som psykiatrerna ofta brukar använda, när man har kognitiva symptom.

- Kommunerna kan erbjuda sysselsättning av olika slag som legoarbeten eller skapande verksamhet t.ex måla eller keramik.

[Fontänhusen](#) finns på många orter och erbjuder sysselsättning som också kan leda till arbete.

RSMH kan erbjuda sysselsättning i sina träfflokaler.

Detta kan vara ett bra alternativ innan du är mogen för arbetsrehabilitering. Det är inte bra att bara vara sysslolös.

### **Kontakta din läkare:**

- Om du vill arbeta kan du få hjälp till arbete via den sk IPS-modellen.

Det innebär hjälp av en arbetscoach, som ordnar ett arbete och hjälper dig att klara av arbetet. Ger 30 % chans till jobb och den gamla arbetsrehabilitering med praktik gav 17 % jobb.

Läs [ett kunskapsblad](#) om IPS-modellen.

- Fråga om du kan få träning som förbättrar kognitionen och sociala förmågan. Båda kan vara viktiga för att kunna jobba,
- IPS-modellen kan också fungera för personer, som har ett arbete med riskerar att förlora det.

### **Framtidshopp:**

- Nya läkemedel mot kognitiva symptom vid schizofreni håller på att utvecklas. Om 5 - 10 år kan det med nya läkemedel kanske gå att förbättra arbetsförmågan hos många, vilket kan göra att ännu fler kan börja jobba jämfört med idag.

## Om du skulle kvävas



*Heimlich-manövern*

Risken för kvävning 20 gånger högre än normalt vid schizofreni. Orsaken är okänd, men beror sannolikt på flera olika faktorer. Viktigt för dig och dina anhöriga är att kunna Heimlich-manövern, som skall användas när man håller på att kvävas.

När du kvävs kan du inte prata eller andas och du behöver hjälp omedelbart. Är du ensam hemma följ dessa råd.

### **Självhjälp:**

- Knyt näven och placera tummen mot övre delen av magen, nedanför revbenen och ovanför naveln.
- Tag din näve med din andra hand och pressa in i din övre del av magen med en snabb stöt.
- Upprepa tills objektet har utdrivits.

### **Alternativt kan du:**

- Luta över ett fast horisontellt objekt, som bordskant, stolsrygg.
- Pressa övre delen av magen mot kanten för att få en snabb uppåt riktad stöt.
- Upprepa tills objektet har utdrivits.
- Kontakta sedan läkare.

Läs mer om [kvävningens risker](#) och hos [Heimlich Institutet](#)

## Är din familj jobbig?



Det är välkänt idag att i familjer med hög nivå av vrede, förakt och nedsättande repliker fördubblas risken för återfall i psykos. Samma sak gäller för familjer med ett överengagemang, där man inte lämnas känslomässigt i fred utan får ständiga förslag och påpekanden.

En undersökning i Sverige tydde på att 40 % av de anhöriga hade själva behov av viss psykiatrisk vård. Ängest, depression mm kan förekomma.

### Uppträder din familj mot dig på detta vis?

- Berätta det för din läkare eller terapeut för vården har börjat med familjeutbildning och familjeintervention (ökar kunskap och ändrar beteende), där familjen får lära sig om sjukdomen och de svårigheter som sjukdomen medför för den drabbade individen. Målet är att minska graden av misstro och kritik gentemot individen eller överdrivet engagemang i dennes liv (högt känslotryck).

Läs detta kunskapsblad om [familjeintervention](#).

Familjeutbildning finns också och den kan ibland du också vara med på.

Läs detta [kunskapsblad](#).

- Effekten av familjeterapi anses förebygga återfall i psykos lika effektivt som antipsykotika gör.
- Om du märker att dina föräldrar inte mår psykiskt bra föreslå att de själva söker vård. Ditt mående påverkas av deras mående.
- Övertala dina föräldrar att lära sig mer och läsa böcker, som **Family Work for Schizophrenia**, **Schizophrenia for Dummies** eller **Coping with schizophrenia**.

Om de skall kunna hjälpa dig på rätt sätt måste de ha kunskaper eftersom psykiatrins personal har utbildning.

### **Källa:**

Socialstyrelsen, 2012

[Psykosociala insatser vid schizofreni och liknande psykoser](#)

## Kroppsliga sjukdomar



Vid schizofreni fås lättare kroppsliga sjukdomar, som högt blodtryck, hjärtsjukdom, diabetes, lungsjukdom och fetma. Det beror ofta på dålig livsstil, som rökning, missbruk, fetma, dålig diet och för lite motion.

Dessutom kan vissa antipsykotika öka risken för övervikt och en liten höjning av diabetes. Unga personer och personer som aldrig tidigare fått antipsykotika drabbas lättare av övervikt och påverkan på ämnesomsättningen av antipsykotika.

Antipsykotika har fått skulden för överdödligheten, men vid normala doser orsakar [antipsykotika ingen överdödlighet](#). Utan antipsykotika är dödligheten störst, men höga doser antipsykotika kan ge högre dödlighet utom vid självmordsbenägenhet.

I genomsnitt dör en person med schizofreni 12 – 15 år tidigare än normalt på grund av kroppsliga sjukdomar, men kvinnor har den lägre siffran. Missbruk och rökning verkar ha störst betydelse för överdödlighet och både rökning och missbruk kan ge kroppsliga sjukdomar. De kroppsliga sjukdomar går ofta att förebygga, så tidig död kan gå att undvika till stor del. Det är inte alltid dessa sjukdomar upptäcks i tid och behandlas. Det kan delvis bero på att vårdcentralerna ibland felaktigt avfärdar symptomen som psykiska.

Svenska Psykiatriska Föreningen har rekommendationer, som skall minska risken för kroppsliga sjukdomar.

- Psykiatrin skall informera om att antipsykotika kan ge övervikt och hur viktökning kan förebyggas bl.a genom ett

årligt hälsosamtal där det ges tips om hälsosam livsstil. Att sluta röka t.ex kommer nog att föreslås.

- I samband med att antipsykotika ges eller bytes skall kontroller ske av ärftlighet för diabetes och hjärt-kärlsjukdom och symptom på vissa vanliga sjukdomar samt vikt, midjemått, blodtryck, blodsocker och blodfetter.
- Årligen bör samma kontroller göras på alla, men dessutom bör blodprov tagas för kontroll av njure, lever, sköldkörtel och prolaktin samt EKG.
- Vägning bör ske varje kvartal för alla för att upptäcka viktökning. En viktökning på mer än 7 % anses skadlig och kan tyda på störning av ämnesomsättningen. Om påverkan på ämnesomsättningen upptäcks kan byte ske till antipsykotika med mindre risk för viktuppgång t.ex Abilify.
- Årligen bör de över 50 år frågas efter symtom på kärlkramp. Om man har riskfaktorer för hjärtsjukdom bör läkaren uppmana en att beställa ambulans till sjukhus vid symtom på akut hjärtinfarkt. Det är vanligt att de med psykosjukdom kommer in till sjukhus sent efter sådana symptom och därför får stora infarkter.

### **Frågor att ställa till läkaren vid antipsykotika medicinering eller preparatbyte:**

- Hur ser risken för metabol störning och andra biverkningar ut för detta preparat? Uppväger förväntad god behandlingseffekt denna risk?
- Vilka råd ges om förebyggande insatser mot viktuppgång?
- Hur planeras uppföljande kontroller för att upptäcka eventuella tidiga tecken på metabol störning?

Läs mer i [Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer](#)

## Missbruk



Missbruk är 5 gånger vanligare än normalt vid schizofreni och 50 % har eller har haft problem med missbruk av alkohol och droger. Dessutom är risken för spelmissbruk högre, liksom matmissbruk i form av överätning finns rapporterat. Störst risk för missbruk har unga män. Dubbeldiagnos kallas det när man förutom schizofreni också har missbruk.

Missbruket kan ha en mängd olika orsaker – en slags självmedicinering för att minska vissa symptom, ger sociala kontakter med mindre isolering och sysselsättning. Men även utan schizofreni, så förekommer missbruksproblem ganska ofta, så man hade kunnat bli missbrukare ändå.

Missbruket kan skapa samma problem som hos vanliga människor, men schizofrenin kan försämrats med mer symptom, mer våld, mer inläggningar, mer avbrott av antipsykotikamedicineringen och 5 gånger fler återfall i psykos dvs man blir sjukare. Oftast är inte missbruket allvarligt, men även lindrigare missbruk kan ge kraftiga negativa effekter på schizofrenin.

Ett problem med att vara missbrukare och ha schizofreni att man kan falla mellan stolarna – psykiatrin tycker att man är missbrukare och missbruksvården att man har schizofreni. Så trots att man är sjukare kan man bli utan tillräcklig vård.

Viktigt att minnas är att drogmissbruk kan ge schizofrenisymptom hos i övrigt psykiskt friska och kan förväxlas med schizofreni och därför skall missbruk alltid uteslutas före schizofrenidiagnos. Särskilt kokain och amfetaminlika droger kan framkalla psykoser.

Missbruk ökar också risken för självmord samt ger ökad risk för kroppsliga sjukdomar. Missbruk och rökning kan orsaka kanske 75

% av överdödligheten vid schizofreni, så att man dör mycket tidigare. Missbruk kan stå för 50 % av överdödligheten.

En stor nackdel med missbruket är våldet som skapas och att det våldet skapar skambeläggning för alla med schizofreni, som utan missbruk har knappt någon ökad våldsrisk alls.

Cannabis kan hos vissa med genetisk sårbarhet för schizofreni utlösa schizofreni.

Socialstyrelsen har tagit fram frågor (AUDIT) för att spåra upp personer, som dricker för mycket alkohol:

### **Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?**

Ett standardglas motsvarar:

4 cl starksprit, 8 cl starkvin, 12–15 cl bordsvin, 33 cl starköl eller 1 burk 50 cl folköl.

#### **Riskbruk:**

Kvinnor mer än 9 glas per vecka.

Män mer än 14 glas per vecka.

### **2. Hur ofta dricker du kvinna mer än 4 standardglas och du man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?**

#### **Riskbruk:**

Ett eller fler intensivdrickartillfällen per månad för både kvinnor och män.

Intensivkonsumtion är minst 4 glas för kvinnor och minst 5 glas för män samma dag.

För gravida kvinnor är all alkoholkonsumtion riskbruk.

## Självhjälp:

Det kan svårt att sluta med alkohol och droger på egen hand när man har ett missbruk. Sedan kan missbruket skapa andra problem i livet, som kan komplicera det hela. Viktigast för dig att sluta är att psykossymptom och psykoser minskar och du blir friskare.

- Först måste du inse att du har ett problem.
- Sedan måste du ha modet att inse att du behöver hjälp.
- Sedan kan du börja bygga upp motivation för att kunna sluta med alkoholen eller drogerna.

Det finns också [Anonyma alkoholister](#) (AA) som ger stöd och hjälp ur missbruk av alkohol samt [Anonyma narkomaner](#) (NA) vid drogproblem.

## Kontakta läkare:

Egentligen är det inte skämmigt att söka hjälp vid missbruk vid schizofreni, eftersom det är så vanligt och liksom en del av själva sjukdomen. Missbruksbehandlingen blir då ungefär som den vanliga vården man får.

Bäst är att söka hjälp för missbruket hos psykiatrin, eftersom de har kunskaper om både schizofreni och missbruk och kan då ge dig en specialanpassad behandling både mot schizofrenin och missbruket.

- Antipsykotikan vid missbruk brukar vara depåinjektioner varannan vecka med **Risperdal Consta**, men **Clozapine** kan förekomma också, eftersom den kan mildra missbruk och samtidigt minska aggressivitet och självmordsrisk.

- Läkare kan också skriva ut läkemedel, som gör att det går lättare att sluta med alkohol och också vissa droger. Det kan vara en viktig hjälp för att kunna sluta.

- **ACT-team** finns också vid större problem med både missbruket och sjukdomen. De kan ge en vård och stöd i hemmet av psykiater, sjuksköterska, psykolog, kurator mm.

De kan också samordna vårdinsatserna så att du får rätt vård. De har också målsättningen att göra en friskare, så man kan klara sig på egen hand utan hjälp efter ett par år.

- **Vårdsamordnare** eller **Case Manager** kan behövas för de som inte får hjälp av ACT-team med samordningen av vården, så den blir komplett.
- Om du misslyckas att sluta missbruka vid första försöket tänk på att det ofta tar fler än ett försök för att kunna avbryta ett missbruk. Så ge inte upp utan försök igen.
- Vid hemlöshet kan du få hjälp med bostad av kommunens socialtjänst. **Bostad först-modellen** går ut på att erbjuda hemlösa personer med schizofreni ett eget boende. Här ställs inga krav på att ge psykiatrisk behandling först eller att du varit nykter.
- Om du varken får hjälp av ACT-team eller vårdsamordnare och du tycker dig behöva sådan hjälp. Kontakta kommunens biståndshandläggare och be att få ett Personligt Ombud (gratis). Ge ombudet i uppdrag att stöta på så att du får rätt vård för din dubbeldiagnos.

## Att sluta röka



Vid schizofreni är rökning vanligare än normalt. I USA röker 80 - 90 % medan bara 30 % av normalbefolkningen röker. I Sverige röker bara 13 % av normalbefolkningen, så här kanske 30 % med schizofreni röker.

Att det är färre i Sverige beror nog på att det är dyrare och att många snusar istället. Rökningen anses vara en form av självmedicinering för att minska ångest och trötthet samt för att förbättra koncentrationsförmågan.

Nackdelen med rökning är att risken för lungsjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar ökar samt förstås kostnaden – att röka kostar 1000 - 2000 kr per månad. Sedan finns ju risk för bränder t.ex vid sängrökning. Att medellivslängden är förkortad vid schizofreni beror nog till c:a 25 % på rökningen.

En nackdel med att sluta röka är att risken för symptom och återfall i psykos kan kanske öka samt att dosen av antipsykotika kan behöva sänkas eftersom rökning kan öka nedbrytningen av vissa antipsykotika (**Clozapine, Zyprexa/Olanzapin/Zypadhera**).

Rökabstinensen är värre vid schizofreni än normalt, vilket gör att det krävs mer stöd än normalt för att kunna sluta röka.

E-cigaretter har ännu inte bevisade fördelar och tros kunna ge biverkningar vid schizofreni.

## Självhjälp:

På Apotekets [hemsida](#) finns råd hur man blir rökfri.

- Nikotin tabletter och tuggummi är det som är populärast att använda av de receptfria alternativen. Eftersom 17 % lyckas sluta röka med detta krävs statistiskt sett 6 försök för att lyckas sluta röka helt.
- Motionera för att minska risken för viktökning och störd ämnesomsättning. Kan kanske minska röksuget också.
- Att få stöd är viktigt för att kunna bl.a hantera symptom, som depression och rastlöshet, som kan dyka upp.

## Kontakta din läkare:

- Det kan finnas **Sluta röka grupper**, som du kanske kan få ingå i.

Effektivare receptbelagda mediciner finns, som ökar chanserna att sluta röka till 50 %:

- **Zyban** rekommenderas i första hand (även om man röker lite) och innehåller samma ämne, som finns i antidepressivat Voxra och höjer bl.a dopamin. Kan kombineras med nikotinersättning för starkare effekt.

## Hur jag slutade röka av Melun

**SLUTA-RÖKA-LINJEN**



**RING 020-84 00 00**

Jag bestämde mig för ett datum när jag skulle sluta ta cigaretter som låg ungefär en månad senare. Två veckor innan dess så minskade jag på mitt rökande med 20%. Sedan när datumet kom så la jag verkligen av att röka. Vid tester kom man fram till att de som verkligen höll datumet lyckades sluta röka, medan de som inte höll datumet misslyckades.

Jag tog all hjälp jag kunde få:

- [sluta röka linjen](#)
- vårdcentralen
- [sluta röka linjens dagboksforum](#) eller andra dagboksförande sajter

Det är viktigt att dokumentera allt man kan för att kunna gå tillbaka och se hur det gick till egentligen, då den psykiska abstinensen försöker få dig att tro att det gick ju bra att sluta och att det inte gör nåt att ta en cigg igen. Spela in dig själv på webbkameran om du vill dokumentera på det sättet.

Jag hade nikotinhjälpmedel när jag slutade.

### **Nikotinplåster och små smältabletter med nikotin.**

Man kan höra för i vårdcentralen hur man ska gå till väga. Det finns ju andra mediciner som kan hjälpa. Det gäller att skynda långsamt med avvänjningen.

Jag fick min sista abstinestopp - som brukar komma efter 3-4 veckor – innan jag hunnit sluta med plåstren. Sedan gick allt smärtfritt. Jag kunde sluta med nikotinplåstren och därmed bli nikotinfri.

Då bestämde jag mig för att vänta dessa 4 veckor innan jag fastslog att den fysiska abstinensen lagt av. Inget hände efter dessa veckor och då förstod jag att det var upp till mig nu om jag skulle börja igen. Den fysiska abstinensen var slut. Nu var det bara den psykiska abstinensen och vanebeteendet som jag behövde stå emot. Då behövs verkligen dokumentationen.

## Motion som medicin



Motion vid schizofreni är inte lika välbevisad som andra behandlingar. De studier som finns tyder på effekt mot:

- negativa symptom
- positiva symptom (t.ex röster)
- mindre risk för återfall i psykos
- ångest och depressioner
- bättre livskvalité
- motverkar kroppsliga sjukdomar

Höga doser av antipsykotika kan kanske minska effekten av träningsprogram.

Två typer av motion finns:

- Aerobisk motion, som stärker hjärtat och är raska promenader, cykling, jogging, simning och dans eller annan aktivitet som gör att hjärtat slår snabbare och gör en flåsig. Sådan motion verkar kunna öka bildningen av nya nervceller i hjärnan och reparera de hjärnförändringar som schizofrenin givit. Bättre minne och mindre depression har [noterats](#).
- Muskelstärkande motion för bättre balans, muskelspänning och benstomme. Kan vara gå i trappor eller uppförsbacke, bära matkassar, trädgårdsarbete eller yoga.

## **Självhjälp:**

- Minst 30 minuter motion krävs per dag,
- Vid viktnedgång krävs minst 1 timmes motion per dag.
- Försök att lägga in motionsaktiviteter i din dagliga rutin. T.ex ta trapporna istället för hissen och apostlahästarna istället för bussen.
- Försök att få både aerobisk och muskelstärkande motion.
- Långvarigt stillasittande kan framkalla många folksjukdomar och förtidig död. Res dig upp varje halvtimme och gå runt lite grann.

Läs mer om motion vid schizofreni hos [fyss.se](https://fyss.se).

## Öka självkänslan – jag duger



**Självkänsla** innebär att man känner att man har ett eget värde och litar på sig själv utan att andra säger att man är bra. Har väldigt lite att göra med vad man utträttar. God självkänsla ger ett tryggt intryck och omgivningen uppfattas som vänlig och accepterande. Det underlättar kontakter med andra. Låg självkänsla gör att man blir känslig för kritik och motgångar.

En god självkänsla leder ofta till att man kan ta väl hand om sig själv vad gäller sömn, mat och hälsa. Man klarar av att sätta gränser som känns rimliga och att ta inte överdrivet stort ansvar över saker. Ju mer makt man har över sitt liv desto bättre självkänsla.

**Låg självkänsla** kan göra det svårt att må bra för att man blir för upptagen av att inte göra fel och prestera. Händelser kan tolkas negativt och som bevis för att man är dålig. Vid schizofreni talas om att låg självkänsla skapar stress när man är tillsammans med andra. Låg självkänsla ger en ökad sårbarhet för oro, depression, ångest och psykossymptom.

Studier finns som tyder att förbättrad självkänsla, mindre depression och självkontroll är viktigast för att minska tillfälliga psykotiska symptom och särskilt i 30 års åldern. Dessutom verkar god självkänsla göra att återfallen i psykos minskar och man får bättre livskvalité.

Ann Olsen är doktor i psykologi och har schizofreni skriver i boken *Illuminating schizophrenia* att låg självkänsla kan leda till överkompensation och ett tillstånd av en överdrivet positiv självbild liknande vanföreställning. Sedan kan man ha inre tvivel om sig själv, som i kombination med omgivningens negativa attityder kan leda till ett självdestruktivt och självskadande beteende på olika sätt och när man protesterar över lidandet vill man gärna skylla det på något eller någon utanför sig själv.

Hon menar också att dåligt självförtroende och låg självkänsla kan bidra till socialångest över att man skall uppträda konstigt bland folk och att just det gör att man sedan uppträder konstigt bland folk. Rädsla för ett felaktigt beteende kan framkalla just det beteende som man är rädd för.

**Självförtroende** handlar om att tro sig klara av att göra saker, men behöver inte innebära god självkänsla. Genom att bli duktig på något, så kan låg självkänsla döljas.

**Självbild** är den bild du har av dig själv och hur du uppträder utåt. Självbilden påverkas av saker i ens tidigare liv samt självkänsla och självförtroende.

Läs mer om detta hos [1177.se](http://1177.se).

## Självhjälp:

- Försök att få den bästa behandlingen mot psykoser du kan få och alla effektiva behandlingar du har behov av. Om symptomen minskar blir din självkänsla bättre.
- Läs självhjälpböcker och lär dig mer om sjukdomen. Om du kan kontrollera symptom och sjukdomen, så mår du bättre och får bättre självkänsla. Det är viktigt att inte bara försöka minska psykossymptom utan också ångest, depression och sömnproblem. Du skall kontrollera sjukdomen och sjukdomen skall inte kontrollera dig.

- Motion är viktigt för att höja självkänslan och flyttar fokusen från hur kroppen ser ut till hur den fungerar. Vi har gott om tid att träna och motionera.
- Försök kontrollera vikten och undvika övervikt. Övervikt kan ge dig sämre självkänsla.
- Bra erfarenheter och en omgivning av respekt och omtanke förbättrar självkänslan.
- Prova på att göra nya saker och hamna i nya situationer även om det känns jobbigt.  
Daglig sysselsättning och prova på nya kreativa saker är säkert bra för självkänslan.  
RSMH och Fontänhuset kan vara positivt.
- Att försöka jobba, vilket man har rätt till enligt IPS-modellen kan stärka självkänslan, men alla klarar inte av att jobba trots goda försök.
- Försök att undvika negativa tankar och känslor om dig själv. Du kan prata med andra om sådant eller din terapeut om du har det.
- Att delta i stödgrupper om sådana finns kan öka självkänslan och ge hopp om förbättring.
- Läs dessa utförliga råd i [Building Self-esteem A Self-Help Guide](#) från SAMSHA (Administrationen för Missbruk och psykiatri) i USA.

## Billigare tandvård



Du har möjlighet att få billigare tandvård, om du har schizofreni.

- **Särskilt tandvårdsstöd** ges till de som får antipsykotika som minskar salivutsöndringen och gör att risken för hål ökar. 600 kr per halvår ges till förebyggande tandvård. Psykiatern ger dig ett intyg, som du visar för tandläkaren eller tandhygienisten.
- **Grönt kort** innebär att tandvården räknas in i högkostnadsskyddet för vård och att tandvården blir därför mycket billigare och t.o.m gratis om man har frikort.

Det är svårare att få grönt kort, därför att det krävs att man har stort behov av tandvård och mer problem än normalt (jag har blivit nekad grönt kort t.ex och det var rätt om man ser till bestämmelserna). För 10 år sedan var det mycket lättare att få grönt kort än idag för idag verkar de flesta psykiatrer känna till bestämmelserna.

Din läkare kan bedöma om du har rätt till grönt kort, men fråga alltid om du kan få det i och med att det kan vara värt tusentals kronor för dig. Alla läkare känner inte till reglerna och därför kan man ändå få grönt kort. [Läs mer här](#) om kraven för grönt kort.

För personer, som är väldigt sjuka finns rätt till uppsökande tandvård i hemmet

## Gå med i stöd- eller självhjälpssgrupp



RSMH:s stöd- och självhjälpssgrupper kan delas in i:

- diagnos- och probleminriktade grupper
- intresse- och aktivitetsgrupper.

### **Den diagnos- och probleminriktade gruppen:**

Diskuterar en diagnos, som schizofreni eller att vara anhörig. Där berättas om erfarenheter, ges stöd och försöker hitta vägar till att må bättre. I gruppen kan ventilerings av känslor ske som kanske inte kunnat komma fram annars. Att upptäcka att andra har samma problem kan vara lättande och stärka gemenskapen.

### **Intresse- och aktivitetsgruppen:**

Handlar om mängd olika hobbies t.ex. skriva, måla, laga mat eller hur man förbättrar tillvaron i samhället för de med psykisk ohälsa (intressepolitik).

Läs mer hos [RSMH](#).

## Tips om din ekonomi



Personer med funktionsnedsättning har bara 65 % av en normallön i ersättning eller lön. Olika bidrag utjämnar dock och skillnaden blir till slut bara 10-15 %. Många har dock problem med ekonomin.

### Här kommer några råd:

- Bostadstillägg kan du få om du har låg sjukersättning eller aktivitetsersättning. Kan ge upp till 93 % av hyran och max 4650 kr per månad. Om du har mindre än 5012 kr när hyran är betald kan du få Särskilt bostadstillägg.
- Handikappersättning kan fås via Försäkringskassan vid hjälpbehov minst 2 timmar per dag, hjälp för studier eller arbete samt om man har merkostnader för sin funktionsnedsättning på minst 12654 kr per år. Läs mer [här](#).
- Intyg för pensionärsrabatt kan fås av Försäkringskassan och ger pensionärsrabatt där sådan ges t.ex frisörer, bio mm.
- Försök att sluta röka! Du kan spara upp till 2000 kr/månad. Att snusa kan kosta bara 250 kr/månad. Portionssnus blir billigare än lössnus.
- Studielåninbetalning kan man få uppskov med vid låg inkomst och efter ansökan till CSN. Studielånet kan avskrivas vid lägre sjukersättning efter ansökan.
- Tandläkarbesöken kostar bara som ett läkarbesök eller blir

gratis vid frikort om du skaffar [grönt kort](#) eller tandvårdsintyg.

- [Särskilt tandvårdsbidrag](#) på 600 kr per halvår kan du få via din psykiater om du använder antipsykotika som minskar saliven.
- Vid stora utgifter för t.ex. läkemedel, tandläkare, glasögon brukar det ofta gå att dela upp inbetalningarna på flera månader.
- Skaffa personligt ombud eller kuratorshjälp för att få hjälp att ordna bidrag och din ekonomi.
- Sök pengar från fonder med ev. hjälp av kurator. I Stora Fondboken på biblioteket finns fonder att söka ur. En på Viska har fått 30000 kr per år från olika fonder.
- Berätta för dina släktingar med god ekonomi hur mycket du får ut i månaden. Kanske kan du då få ekonomisk hjälp från dem.
- Försök handla det mesta på secondhand typ Kupan eller köp begagnat på annons. Folk gör sig av med nästan oanvända saker och det är hur billigt som helst. Ett par jeans kostar 40 kr där. En tjockTV 100 kr.
- Bästa antipsykotikan är Zyprexa/Olanzapin och Risperdal/Risperidon, som är billiga. Abilify är bra också och särskilt för nyinsjuknade och blir billigt 2015 troligen. Har du bara ett läkemedel kan du säkert spara 1000 kr per år att byta till dem.
- Att laga maten själv blir billigare än färdigrätter och du har tid att laga mat.
- Att börja jobba kan ge ökad inkomst. Alla med schizofreni kan få chans till ett jobb via IPS-modellen.
- Gym och motionsaktiviteter kan de med aktivitetsersättning få via Försäkringskassan. Har man ont om pengar till gym kan man ansöka [om bidrag från kommunen](#).

- Har du gjort ett dyrt och onödigt inköp? Det kan gå att häva med hänvisning till din sjukdom. Läs mer [här](#).
- Vid svår ekonomisk kris kan Kyrkan eller Frälsningsarmén hjälpa – tala med en diakon i församlingen.
- Promenera istället för att åka buss – billigt och nyttigt.
- Har du hel sjukersättning kan du arbeta och få lön 44000 kr per år utan att sjukersättningen minskas. Men du måste ansöka hos Försäkringskassan först. Har du 25 - 75 % sjukersättning är beloppet högre.
- Om du köper en hårklyppningsapparat och någon hjälper dig med klippningen kan du spara 1000 kr per år.

## Efter återhämtningen av Isa-Alise



När man har återhämtat sig så inträder en ny tid i livet då man varken platsar riktigt i brukargruppen eller i den grupp människor som saknar psykoserfarenhet, s.k. friska gruppen. Man är varken sjuk eller helt frisk. Från brukare får man höra "men du är ju frisk" och från s.k. friska får man höra "var rädd om dig så du inte insjuknar igen". Ingendera tror riktigt på ens förmåga att klara vardagen eller på ens förmåga att förstå andra utifrån sin erfarenhet. Om man vill hjälpa så kan det av s.k. friska ses som ett överengagemang och av brukare som att man inte längre kan förstå eftersom man är "frisk".

Det är en svår period i och med att den leder till en större ensamhet än tidigare då man i alla fall var accepterad bland andra brukare. S.k. friska bjuder inte gärna in i sin gemenskap och man tappas en del av de vänner man haft i brukargruppen.

Här gäller det att våga öppna sig för nya sammanhang där folk inte har en förutfattad bild av en, så att man kan skapa nya vänskapskontakter.

För mig blev det bra att byta arbete eftersom jag på det nya bjöds in i gemenskapen, afterwork och liknande precis som alla andra. Det är skönt med ny gemenskap även om den inte är djup och förtrolig ännu.

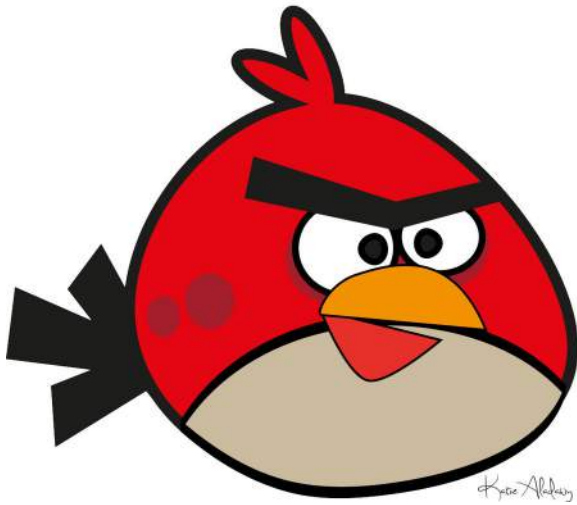
Att behålla de nära vänner som man har kvar från tidigare faser i livet är också viktigt och hitta nya former för den gemenskapen.

Förut kanske man kunde träffas dagtid, men med arbete så kanske det är omöjligt. Kan man träna tillsammans? Vika en kväll i veckan för en gemensam middag? Hitta ett intresse som kyrka eller en studiecirkel som båda går till så att man träffas regelbundet? Träffas på helgen då och då?

På jobbet kan kafferumsgemenskapen vara svår i början. Man kanske är van vid djupgående samtal med brukarvänner, men nu handlar det om senaste tv serien eller matrecept, det är ofta ytligt småprat. Det får man lära sig att delta i eller vara tyst - alla behöver inte prata i kafferummet. Det som inte funkar är att ta upp ett djupgående ämne - sådant är tabu på många arbetsplatser.

Sen får man vara rädd om sig även om det kanske inte gäller arbetsuppgifterna i första hand utan annat som medicin, sömn, mat och motion. Så att man bevarar ett gott mående. Ge dig själv tillräckligt utrymme för vila. Det kan behövas!

## Missnöjd med vården?

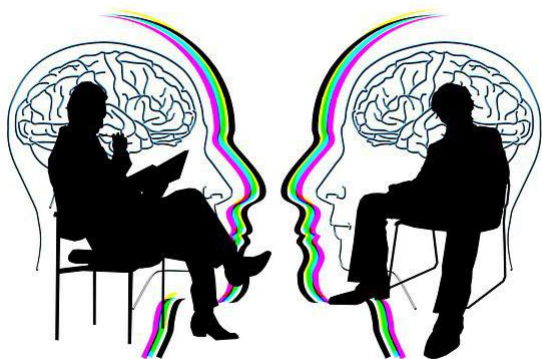


Ibland händer det att man blir missnöjd med vården.

- Det bästa är att först försöka diskutera det med den läkare, sjuksköterska eller vårdare det berör för att få en lösning på problemet.
- Hjälper inte det vänd dig till klinikchefen.
- Om inte heller det ger något resultat, kontakta Landstingets patientnämnd, patientombud eller patientombudsman (olika namn i olika landsting). De kan hjälpa dig vidare på olika sätt. Adress eller e-postadress till patientnämnd/patientombud finns hos [Inspektionen för vård och omsorg](#).

Socialstyrelsen har info om [dina rättigheter som patient](#).

## Psyket och att överleva där inne av tryskey



Jag har diagnosen Paranoid Schizofreni sedan ungefär år 1999. Har den underliga erfarenheten att ha legat på psyket fr.o.m det jag var 17 år tills jag fyllt 25. Jag fyller 27 under år 2005.

Jag ser mig själv som en överlevare, en överlevare av diagnosen Schizofreni. Jag blev ombedd att ge råd kring hur man klarar sig inne på psyket, något som andra schizofrena kan utnyttja. Och det tänkte jag försöka nu.

### 1. Ge dig!

Är mitt första ganska underliga råd. Du måste hela tiden vara medveten om att personalen har den yttersta makten att göra vad DE tycker är bäst för dig.

Ödsla alltså inte kraften för mycket på att protestera. Offra **en del** av dina behov, vänj dig vid att inte alltid få som du vill. Förmodligen behöver du inte ligga inne i 8 år som jag och fram tills du får bestämma själv igen orkar du nog tulla lite på ditt jag och vad det vill. Under en tid kanske du kan tänka dig att inte få helt som du är van hela tiden. Dessutom, ju mer du bråkar desto mer impopulär blir du hos personalen. Och desto mindre undantag kommer de göra åt dig i gränslandet för vad man får göra och inte göra som patient.

Det sorgliga är att detta spelar roll, även då det inte ska det, är du populär hos personalen klarar du det mesta. Vi fick t.ex. inte sitta i köket. Dumt och töntigt eftersom det var det centrala rummet på

avdelningen där alla var och där alla umgicks, men skit samma. Personalen är Gud inne på psyket.

Ganska snart märktes det dock att var jag bara tyst och snäll, fick jag sitta med i köket hur mycket jag ville. Och det hjälpte mig, jag som inte gillar att sitta ensam. Däremot kunde de köra ut andra mer bråkiga patienter, och då plötsligt gillades inte-köket-regeln, bara för att patienten var känd för att orsaka problem.

Det är bara att acceptera att man måste vara populär hos personalen. Vara lite av en fjäskare med att hålla permissionstider och ta mediciner de ber dig ta. Man får ut så oerhört mycket av det i andra änden. Bevara dock en kärna i dig som någonstans tittar ner ovanifrån och skrattar åt eländet, men i övrigt: gör som personalen säger. Det är onödigt krångligt att springa omkring med ett LPT, märker du att det bär av åt att personalen kommer tvinga dig, ge med dig omedelbart. Du spar på det både mentalt och får ofta i gengäld vänlighet och tillit från personalen.

## **2- Det gäller att med många små medel bygga upp en grund där personalen vet att de kan lita på dig.**

Litet töntigt råd, men ändå. Alltså: har du fått något underligt privilegium, som att ha fått en frukt när det inte är fikatid eller fått vara uppe längre än alla andra, berätta inte om det för de andra patienterna. Även då man oftast har ett litet behov av att skryta om det, så gör inte det. De andra patienterna kommer börja vilja göra detsamma då, och ange att hon minsann fått vara uppe, då vill jag med osv. Du kommer då förlora dina privilegier.

## **3. Håll avstånd mellan dig och de andra patienterna.**

De är inte ditt ansvar, så ta det inte. Visst kan man hålla sig bekant med de andra på avdelningen, prata osv, men gå aldrig emellan som budbärare mellan en patient och personal. Om någon patient önskar detta av dig eller försöker anförtro något stort och svårt, säg omedelbart att denne måste gå till personalen. Säg som ursäkt att du inte vet eller att du inte kan det patienten ber om. Så slipper du vara ohövlig och säga att du inte vill.

Det **DU** ska göra inne på psyket är att vila upp dig, komma igen

lite. Det kommer du inte att lyckas med om du engagerar dig för mycket i andras problem. Ser du något hända som personalen bör veta, säg detta till dem. Men blanda dig inte i, hjälp inte en annan patient själv. Risken är att ni börjar anförtro varandra massa saker som blir för jobbiga och för farliga att bära för er.

Gå inte heller in på varandras rum. Av samma anledning. Dessutom har jag blivit antastad och en gång faktiskt misshandlad av en patient när jag följt med in på dennes rum. Så det är ett absolut: även om patienten är jättetrevlig,

**FÖLJ INTE MED IN PÅ DENNES RUM.**

#### **4. Ljug aldrig för en personal.**

Om du mår så dåligt så du inte kan berätta sanningen om saker, så säg att du inte kan/vill säga något om saken, eller undvik att tala om ämnet. Du kan också inte svara alls. Men ljug aldrig. Du förlorar på det i längden, för de kommer få reda på det. De kommer bli arga, och de kommer inte lita på dig nästa gång, gången då du kanske talar sanning.

Och de gånger då du vill göra något speciellt och halv-otillåtet, t.ex. en extra lång permission eller liknande, så blir det svårare om du ljugit förr. De litar helt enkelt inte på dig. Bygg upp förtroenden i det lilla, så kommer de lita på dig i det stora.

Hoppas detta är till hjälp. Som ni märker har jag taktiken att låtsas att personalen alltid har rätt, men ändå sätta mig över dem i tanken. Inte för att de har rätt, utan för att det är de som bestämmer i längden iallafall. Kom alltid ihåg det.

Spendera därför din kraft på att bli bättre istället för att få rätt mot personalen. Säger de att du nyss rökt och du vet att du inte gjort det, svälj det och vänta på nästa rök tid istället.

Vissa av er kanske finner det stötande att ge upp så där bara, men jag kan bara redovisa den metod som fått mig att överleva därinne i 8 år. Välkommen att försöka det som du finner passar dig bättre, men kom ihåg att du har liten kraft när du mår psykiskt dåligt. Spendera den på att bli bättre och inte på att tjafsa med personalen.

## En typisk dag i Geta:s liv



De flesta dagar ser ungefär likadana ut. Varje dag njuter jag av att kunna sova så länge jag vill. Går upp vid 9.00 cirka. Äter frukost vid TV:n, där jag kollar nyheterna på Text-TV.

Sedan läser jag lokaltidningen. Slår på datorn, där jag söker på Viska om någon fyller år.

Betar av senaste inläggen på Viska.

Lagar lunch vid 12.00 cirka.

Därefter brukar jag cykla till biblioteket, där jag läser ett flertal tidningar. Handlar på ICA.

Varannan dag talar jag med min syster i telefon. Det är väldigt sällan som jag träffar någon person IRL. Det kan gå flera veckor mellan gångerna. Känner mig ändå inte ensam.

En eller ett par gånger per vecka går jag på något nöje som bio, konsert eller teater.

Jag löser korsord och sudoku för att hålla igång hjärnan. Det är inte ofta som jag har tråkigt. Är nyfiken och "forskar" mest hela tiden.



Geta

## En typisk dag i mopa:s liv



Jag vaknar klockan 9 då mobilen ringer. Sätter på bryggaren. Tar på mig kläder, o går ut med hunden.

När vi är tillbaks dricker jag kaffe o tar mina mediciner. Efter kaffet käkar jag rågfras.

Sen sätter jag på tv:n o tittar på den tills klockan 1, då det är dags att gå ut med hunden. Efter det är det dags att gå till affären, för att handla sånt som behövs. När jag kommer hem är det dags för middag.

Fram till klockan 5 är det städning, tvätt, blommor o sånt. Går ut med hunden.

Kvällen fylls med surf på dator, tittar in på Viska bla. Brukar även ha tv:n på.

Vid halv 10 är det dags för sista rundan med hunden.

resten av kvällen sitter jag framför tv:n.

Vid 11 tar jag min medicin o går o sover.

Träffar inte så mycket folk, kanske nån förutom min gubbe. Visst hejar man på folk i affären o ute, men inget mer.

Detta är en helt vanlig dag i mopas liv.



mopa

## En typisk dag i krokus liv



Eftersom jag tränar på gymmet tre dagar i veckan, väljer jag att beskriva en sådan dag. Dagen börjar med att jag går upp ur sängen vid 8-tiden på morgonen, äter frukost och sedan går jag ut med hunden. Oftast blir det en lite längre promenad på morgonen. Efter hundpromenaden borstar jag tänderna och beger mig sedan till gymmet.

Väl på gymmet tränar jag antingen ben, rygg eller bröst, mage och axlar. Jag brukar vara på gymmet i en timme ungefär, fast det tar ju en liten stund att duscha och klä på sig och allt sådant där, så säg att jag är där i sammanlagt 1½ - 2h.

Efter träningen på gymmet går jag hem och äter lunch. Sedan går jag ut med hunden igen. Ibland (ofta) får jag en ordentlig matkoma och måste sova en stund (2 - 3h) på eftermiddagen. När jag vaknar är jag oftast hungrig och äter lite mellanmål.

Oftast kommer jag på vid 17-tiden att jag borde laga middag. Ibland har jag mat i frysen som har blivit över sedan tidigare måltider. Men ibland måste jag gå och handla och då är jag mycket trött och på dåligt humör. Dessutom brukar hunden vilja gå ut då. Jag blir irriterad på mig själv som inte har handlat tidigare under dagen.

Vid 19-tiden burkar jag komma igång med matlagningen. Då lagar en extra portion som jag har som lunch dagen därpå. Jag orkar inte laga mat två gånger om dagen.

Efter middagen brukar jag sitta vid datorn, det blir mest Viska och

lite Facebook, men ibland leker jag med Photoshop som är ett bildredigeringsprogram.

En vanlig dag som denna träffar jag inte många människor. På gymmet ser jag andra människor, men jag pratar bara med dem om det är dem som tar initiativet, vilket inte sker särskilt ofta.

En gång i veckan har jag boendestöd på 3 timmar. Då går vi antingen och handlar, eller så städar vi. Ibland, kanske en gång i veckan, träffar jag någon kompis. Dessutom rider jag en kväll i veckan, och då träffar jag ju samma personer varje gång, eftersom vi rider i samma ridgrupp. Jag brukar även hjälpa till lite i stallet, bara för att det är roligt och mysigt att träffa hästarna.

Sådant som stressar mig och kan ge mig ångest är om jag ska göra någonting utöver det vanliga. Till exempel om jag ska någonstans dit jag inte hittar. Försäkringskassan stressar mig mycket. I dagsläget har jag 75% aktivitetsersättning och har ansökt om 100%. Att inte veta hur framtiden kommer att se ut gör mig orolig.

Jag vill gärna planera mitt liv, och ett annat exempel på när jag blir orolig är om jag har bestämt möte med någon och denne ringer och säger att mötet ska tidigareläggas eller senareläggas. Då spricker min planering! Sammanfattningsvis så blir jag orolig när det inte går som planerat och jag snabbt måste komma på en ny plan. Tänka snabbt under stress är inte min grej.

Panikångest är värre, och det kan uppstå lite när som helst. Behöver inte, utåt sett, finnas någon anledning. Oftast är det jag som tänker "för mycket" och får för mig att exempelvis en person som jag håller kär, tycker illa om mig för att jag mår dåligt. Då blir det en nedåtgående spiral. Det är svårt att släppa tanken samtidigt som ångesten bara trissar upp det hela. Oftast tar jag Stesolid när jag får panikångest.



krokus

## En typisk dag i boe:s liv



Min tillvaro präglas av en balans mellan att stanna hemma och gå ut. Stannar jag hemma för mycket blir jag sensibiliserad och överkänslig för intryck. Har jag för många aktiviteter kommer det prepsykotiska varningstecken direkt.

En vanlig "hemmadag" går jag upp klockan 5. Brygger en kopp kaffe. Startar TV-programmet och en Webb-läsare i datorn. Sedan sätter jag mig tillrätta i arbetsstolen.

Den första anhalten är att skumma igenom ett tiotal internettidningar. När det är klart ser jag på morgonens första nyhetssändningar på TV. Därefter läser jag tidningarna mer noggrant fram till klockan 10, då "Malou-efter tio" börjar. Vid 12 blir det lunch, sedan fortsätter jag med att läsa affärstidningarna. Så börjar jag om igen fram tills det är läggdags klockan 18.00. Har jag mycket ångest när jag lägger mig brukar jag göra ett nytt försök att sova vid 20.

Flera gånger om dan måste jag ligga och vila på sängen. Lite nu och då vänder jag på dygnet. Det är ganska jobbigt när det pågår.

Människor träffar jag på kommunens sysselsättning på måndagar och torsdagar samt min mamma varannan fredag. Är det storhelg eller födelsedagar träffas släkten hos min syster.



Boe

## Intervjuer med 4 medlemmar



Stort tack till Geta som föreslagit detta.

### **Hade du några varningssymptom innan insjuknandet eller någon i släkten med psykiska besvär?**

Isa-Alise: Jag isolerade mig och drog mig undan social kontakt. Jag har rösthörare i släkten men ingen med psykosdiagnos.

MsTibbs: Ingen psykisk sjukdom, däremot har många i familjen NPF-diagnoser eller drag av det. Jag var deprimerad, panikångest och reaktiv psykos.

AnnKatarin: Ja, på båda delarna. Ja, jag har haft händelser där t.ex. paranoia och överklighetskänslor har kommit fram innan insjuknandet. Jag har släkt på ena sidan som är drabbad av psykisk ohälsa.

wasp: Tidiga tecken, ja! Svårt att somna in, fick sömntabletter.

### **När insjuknade du (diagnos)?**

Isa-Alise: 17 år gammal fick jag min första psykos + inläggning på sjukhus.

MsTibbs: Jag fick mina första diagnoser Asperger och ADHD 2007. Sen har jag haft olika diagnoser som landat i schizoaffektivt syndrom för ett par år sedan.

AnnKatarin: Hösten 2005. (Svår depression - schizoaffektiv-schizofreni. I den ordningen. Nu har jag schizofreni i resttillstånd.)

**Hur många inläggningar har du haft?**

Isa-Alise: Ca 12 inläggningar genom åren.

MsTibbs: Sju.

AnnKatarin: C:a 8 - 10 st

wasp: Säkert 10 st

**Har du fått tvångsvård eller bältning och hur många gånger?**

Isa-Alise: Tvångsvård alla inläggningar på 1970-1980-talet. Jag blev bältad vid medicinvägran ca 10 ggr samt en lång fastspänning.

MsTibbs: Nej

AnnKatarin: Nej

wasp: Nej! Ingen tvångsvård, kom alltid självmant till kliniken

**Vad tycker du om inläggningar och tvångsvård?**

Isa-Alise: Jobbigt, tungt, svårt.

MsTibbs: Bra att det finns.

AnnKatarin: För mig har inläggningar varit ett nödvändigt "ont". Om man är en fara för sig själv och andra är det nog en bra idé med tvångsvård. Själv var jag så himla rädd för allt och alla många gånger jag var inlagd och vågade inte göra något....Men jag har sett folk bli bältade! Det var tumultartat, men personalen tog bra hand om oss patienter som råkat se. Vi samtalade en stund om det.

wasp: Tvångsvård kan nog vara befogat ibland, om någon inte riktigt vet vad de kan ställa till med.

**Hur har personalens bemötande varit?**

Isa-Alise: Olika allt från hemskt och maktlystet till empatiskt och vänligt (på senare år).

MsTibbs: Generellt mycket bra.

AnnKatarin: Det har varit olika. En sak som jag har märkt är dock att i personalgrupper där sämjan är god, där är också synen på

patienterna bra, trivsamt och man kan föra bra samtal.

På ställen där det gör en osämja i personalgruppen finns risk för att det går ut över patienterna. Det är fruktansvärt!

wasp: Tja! Alla gillar ju inte varandra.....

**Tycker du att det krävs fler vårdplatser?**

Isa-Alise: Nej, men mer öppenvård, mer terapi, mer valmöjligheter.

MsTibbs: JA!!!

AnnKatarin: I alla fall där jag bor.

wasp: Fler vårdplatser behövs.

**Det påstås att det stora felet är att samordning mellan kommuners och psykiatrins insatser saknas stämmer det?**

Isa-Alise: Det finns mer samordning än vad man tror, men det kan bli ännu bättre.

MsTibbs: Vet inte.

AnnKatarin: Jag är för dåligt insatt, men jag tror att det fungerar hyfsat hos mig.

wasp: Inte här i stan.

**Vilka antipsykotika har du provat och vilket var bäst resp sämst?**

Isa-Alise: Sämst: Hibernal. Bäst: **Abilify**.

MsTibbs: Cisordinol, Haldol, Abilify, Zyprexa, Risperdal. Cisordinol sämst jag blev helt avstängd och Parkinsonbiverkningar. **Zyprexa** bäst mot psykos även om jag gått upp i vikt av den.

AnnKatarin: Lättast är väl att fråga vilka jag inte provat! Skämt å sido, bäst är nog Zyprexan, även om jag gick upp 34 (!) kg på kuppen. Sämst var en medicin som heter Remeron (mirtazapin). Mina blodplättar minskade och jag blev sjuk (dunderförkyld och mitt immunförsvar var utsatt). Detta var visst en antidepressiv medicin...men vill ändå varna för den. Annars va Seroquel (snarare Zero-kul skulle jag säga!), jag blev "galet" energirik men på ett

dåligt sätt.

**Vad tycker du om antipsykotika?**

Isa-Alise: Nödvändigt, en livräddare.

MsTibbs: Bra.

AnnKatarin: För mig är den bra, men jag kan förstå att det kan vara lockande att låta bli att ta när man senare mår bättre. Jag slutade med en medicin (på läkarens inrådan) och blev sämre igen. Så jag vet att det hjälper mig.

wasp: Antipsykotika behövs! Finns allt för många som försöker sluta med medicinen och då går det illa.

**Tycker du att vi borde få utbildning om antipsykotika och andra mediciner?**

Isa-Alise: Ja det vore bra.

MsTibbs: Nej, det räcker med fråga läkaren.

AnnKatarin: Tycker att jag har fått det redan. Jag har fört väldigt bra samtal med mina läkare.

wasp: Är tveksam till det! Tycker att det är en läkares gebit.

**Har du fått någon psykoterapi och hur var den och vilken sort?**

Isa-Alise: Jag-stöjande/insiktsterapi under 1 år. Bra att få prata av sig.

Bildterapi under 1 år. Gav ny förståelse och skaparglädje.

Psykospsykoterapi på psykodynamisk grund under 6 år. Lärde känna mig själv.

KBT under 1 år. Lärde mig hantera rädslor.

DBT under 1 år. Lärde mig hantera ångest.

Självhjälpsgrupp/Rösthörargrupp. Lärt mig hantera röstupplevelser.

MsTibbs: Psykodynamisk, drömterapi, KBT och något som liknade DBT. Vanlig psykologsamtal utan inriktning två år var bäst.

AnnKatarin: KBT - Bra trots att jag inte var jättemotiverad. Jag och psykologen fick en bra kontakt i alla fall.

### **Skulle du vilja ha mer psykoterapi?**

Isa-Alise: Nej inte nu, det behövs inte.

MsTibbs: Nej, har en skötare jag pratar med nu det räcker.

AnnKatarin: Nej.

wasp: Nej!

### **Har du fått psykosociala behandlingar, som patientutbildning, familjeutbildning, kognitiv träning, ISP-modellen, stödsamtal mfl?**

Isa-Alise: patientutbildning - Ja i viss mån, men internet har varit den bästa patientinformationen bl.a. Viska.

familjeutbildning - Nej men det skulle ha behövts.

kognitiv träning - Nej, har inte behövts.

ISP-modellen - Nej, jag har hittat arbeten ändå.

stödsamtal – Ja.

MsTibbs: Nej.

AnnKatarin: Jag och mina föräldrar har gått en patient- och anhörigcirkel.

Jag läser böcker och återberättar och diskuterar dem med en person inom psykosvården. (Kognitiv övning , kallar vi det). Vi pratar om vad jag känner igen mig i, vad jag fastnade för i boken osv.

Bildterapi.

### **Märkte du någon förbättring och vilken var bäst?**

Isa-Alise: Viska så klart! ❤️

AnnKatarin: Jag märker att mina föräldrar förstår mig bättre nu. Mitt minne har blivit lite bättre.

Jag har ett bättre flyt när jag talar, inte så stolpigt. Personen som jag berättar och diskuterar med tycker också att h\*n kan se förbättringar. Kanske till och med bättre än jag kan se.

Har haft uppehåll med bildterapi, men lärt mig en hel del om mig själv.

Bäst är att läsa, prata och diskutera.

### **Skulle du vilja ha mer sådana utbildningar?**

Isa-Alise: Nej, det räcker.

AnnKatarin: Jag är nöjd med utbildningarna , men vill gärna fortsätta med bildterapi och boksamtal

### **Har du fått arbetsrehabilitering?**

Isa-Alise: Nej.

MsTibbs: Arbetsförmedlingen. Jobbar nu 50% bra.

AnnKatarin: Nej, inte i formell mening. Dock gick jag en praktik i mitt yrke och klarade det inte. Så FK och arbetsförmedlingen godtog det.

wasp: Ja! Under 80-talet

### **Vad är dina största problem nu?**

Isa-Alise: Jag har just inga psykiska problem mer än årstidsbunden depression av lättare slag när det är som mörkast.

MsTibbs: Depressionsattacker och att folk "ropar på mig" utan att de sagt nått.

wasp: Mitt största dilemma är att jag blivit en enstöring.

### **Hur tror du de kan lösas?**

Isa-Alise: Promenader, morötter, julmusik, och vänskap.

MsTibbs: Inte slarva med medicinerna.

### **Saknar du någon behandling?**

Isa-Alise: Ljusterapi.

MsTibbs: Nej.

AnnKatarin: Nej

wasp: Har inte tänkt på det.

### **Läser du självhjälpböcker och använder dessa råd?**

Isa-Alise: Ja.

MsTibbs: Ja de är jättebra många, men jag har svårare att läsa med medicinerna/sjukdom.

AnnKatarin: Nej, tycker mer om att prata med folk.

wasp: Kan nog vara bra.

### **Har psykiatrin givit dig råd hur du själv kan minska symptom?**

Isa-Alise: I viss mån.

MsTibbs: Ja.

AnnKatarin: Ja, speciellt KBT:n.

### **Tycker du att de borde finnas en självhjälpSRådgivning man kan ringa?**

Isa-Alise: Ja, vilken bra idé!

MsTibbs: JA!

AnnKatarin: Nja, Jag tycker det är svårt att prata i telefon med någon jag inte ser!

### **Känner du dig nöjd och lycklig med ditt liv?**

Isa-Alise: Ja för det mesta är jag lycklig.

MsTibbs: Hyfsat 😊

AnnKatarin: Ja, väldigt! Ska bli skönt nästa år då jag ev. har ett projekt på gång.

wasp: Är ganska nöjd med mitt enkla lilla liv.

### **Vad oroar du dig mest över?**

Isa-Alise: Krig med Ryssland. Världsläget.

MsTibbs: Hur jag ska kunna bekosta min nästa inläggning...

AnnKatarin: Vad andra tycker/tänker om mig.

**Har skambeläggningen stigmat påverkat dig negativt?**

Isa-Alise: Nej, jag har tagit det som en utmaning att bryta detta.

MsTibbs: Ja.

wasp: Ja!

**Hur ser du på dig själv. Tycker du att du är sjuk eller tänker du inte på det utan det rullar på normalt?**

Isa-Alise: Jag är återhämtad, men inte 100% frisk - jag behöver min medicin.

MsTibbs: Just nu funkar jag rätt bra, men i våras var jag inlagd och sjukskriven massa jämt.

AnnKatarin: Jag mår bra just nu, det är huvudsaken. Utan mediciner är jag inte frisk. Även om jag tar mediciner så har jag kvar en del problem. Livet rullar på, men det blir bakslag ibland. Jag får hjälp hemma, så helt självgående är jag ju inte.

wasp: Tänker inte på det.

## **Intervjuer om att bo på gruppboende**

### **När insjuknade du?**

notwoodstock: för ca 30 år sedan, beroende på hur man räknar

innebandy: Hade problem med depression i tonåren. Men sökte inte för det. Blev kristen och gifte mig strax efter. Efter några år började jag höra röster. Sökte psyk. Gick hos kurator i några år. Men berätta inte om rösterna. Flyttade till Australien bodde där i 1.5 år med min man samt min son. Gick till en psykiater i terapi. Sedan åter Sverige, där jag gick till psykolog . Fick remiss till psykosmottagningen och fick diagnosen schizoaffektiv. Sedan Kanada efter 8 mån, där gick jag till en bildterapeut. Bodde där i 2 år. Sedan Sverige igen.

### **Vilka antipsykotika använde du i början?**

notwoodstock: Hibernal och Haldol

### **Fick du byta preparat sedan?**

notwoodstock: Jo, tillfrisknade när det fungerade att byta

### **Har du fått psykoterapi eller andra psykosociala behandlingar, som patientutbildning, familjeutbildning, kognitiv träning mfl?**

Notwoodstock: Stödsamtal med terapeutisk touch, ESL, mamma i IFS, KBT modell myska.

innebandy: kuratorsamtal, psykoterapi av psykiater, psykologsamtal och bildterapi.

### **Hur mår du de första 5 åren som brukar vara värst vad gäller symptom?**

notwoodstock: Pyton, men superbra när jag bett till Gud, fast det var länge.

### **Hade du många psykoser?**

notwoodstock: En längre plus påfrestande inre röster, ca 3 ggr kom dom.

### **Hade du eget boende då?**

notwoodstock: Ja

**När började du få större problem att klara vardagen själv?**

notwoodstock: C:a 2006

**Fick du hjälp av boendestöd eller liknande?**

notwoodstock: Ja, fast inte med lägenhet m.m

**Innan gruppboende diskuterades var du inlagd ofta då?**

notwoodstock: Nej, bara en då lång period

**Fick du prova Clozapine/leponex innan gruppboendet?**

notwoodstock: Nej

**Kändes det som du fick bättre vård innan för att slippa gruppboende?**

notwoodstock: Hmm

**När hamnade du på gruppboendet?**

notwoodstock: För 8 år sedan.

innebandy: För 7 år sedan, men bodde där bara i 1-2 år och har nu eget boende, men står i kö för gruppboende igen.

**Hur kändes det att flytta dit?**

notwoodstock: Kaotiskt (omställning).

**Hur var standarden där (privat eller kommunalt)?**

notwoodstock: Bra!, (vet ej).

innebandy: Det var bra, men man kommer ju inte överens med alla. Det blev bråk ibland.

**Vad var hyran?**

notwoodstock: Över 6000:-/mån.

**Hur var personalen?**

notwoodstock: Bra, men krasch då nya kom.

**Tycker du att personalen har tillräckliga kunskaper?**

notwoodstock: Dom var mest sällskap och boendestödjare.

**Tror du att om man har schizofreni själv så kan man jobba som personal där?**

notwoodstock: Vansinne.

**Hur var maten?**

notwoodstock: Inte gemensam.

**Anordnades aktiviteter för er där?**

notwoodstock: Ja.

**Hur var de andra boende?**

notwoodstock: Roliga.

**Påverkas man negativt när andra boende mår dåligt?**

notwoodstock: Jo, en del

**Vad var bäst?**

notwoodstock: Att jag orkade, för det mesta.

**Vad var sämst?**

notwoodstock: Påkörd ibland, av inre upplevelser.

**Tycker du att vården där är bättre än eget boende?**

notwoodstock: Behövde vård.

**Vad består vårdinsatserna av där?**

notwoodstock: Besök (ej heldygnsvård), boendestöd.

innebandy: En sköterska tillhörde boendet.

**Mår du bättre på gruppboende?**

notwoodstock: Idag, på annat gruppboende, är det lite för underligt, men nödvändigt (Nya boendet).

**Är det skillnad mellan vara inlagd och bo på gruppboende?**

notwoodstock: Stor skillnad (Nya).

**Tycker du att något fattas där vad gäller vårdinsatser?**

notwoodstock: Ja, LSS innebär inte vård, men Vården däremot ställer upp jättebra (Nya).

**Kommer någon från kommunen och frågar vad ni tycker om gruppboendet?**

notwoodstock: Fick hjälp, vi hade ett möte med Biståndshandläggare här (Nya).

**Hur reagerar folk när man säger att man bor på gruppboende?**

notwoodstock: Känner ingen, nästan som märkts (Nya).

**Har man rätt att byta gruppboende om man är missnöjd?**

notwoodstock: Måste ju finnas, men är nöjd just nu (Nya).

**Tycker du att RSMH driver de gruppboendes problem?**

notwoodstock: Är medlem, men dom har ju mer verksamhet där lokalen är (Nya).

**Har de gruppboende någon person som driver era frågor?**

notwoodstock: Nej (Nya).

**Finns det någon sajt för de som bor på gruppboende?**

notwoodstock: Osäker (Nej).

**Har du något råd för de som vill in på gruppboende?**

notwoodstock: Ev. fråga någon som redan bor där, men dom är ju helt andra personer.

## Om brukarinflytande av Isa-Alise



Brukarinflytande handlar både om makt över den egna vardagen och vården, och om möjlighet att påverka vårdens utformning och utveckling. För detta är kommunikation och bemötande viktigt. Man behöver bli sedd och bekräftad, trodd på, och lyssnad på. Detta för att man inte ska bli stigmatiserad av vården, utan få en grund för delaktighet i behandlingen.

**Den första delen** av brukarinflytandet handlar om:

### **Delaktighet i behandlingen.**

Man kan begära att få vara med och skriva sin egen **vårdplan**. Då blir den möjlig att arbeta med. Om målen är egna som brukaren själv varit delaktig i att välja, så finns goda chanser att brukaren vill jobba med dem. Men om personalen skrivit upp mål på sin kammare, så är det inte troligt att de kommer att genomföras.

### **Valet av behandling:**

Bör man också vara delaktig i .Om det finns flera likvärdiga behandlingsmöjligheter bör man få information om detta och ges möjlighet att välja det som passar en själv bäst. Naturligtvis kan kostnadsaspekter begränsa valet en del, men i så stor utsträckning som möjligt bör brukaren få delta i val av mediciner och annan terapeutisk behandling.

Brukaren bör också få information om biverkningar och eventuella utsättningsbesvär vid medicinering. Det ger möjlighet att välja en

annan medicin med en annan biverkningsprofil som man lättare kan stå ut med

### **En lista på vad man vill ta upp i läkarsamtal:**

Kan vara bra att ha med, så att man inte glömmer något viktigt. Eftersträva en bra samarbetsrelation med läkaren. Kom ihåg att du är experten på dig själv och dina reaktioner på mediciner, och att läkaren är experten på vad som finns att erbjuda. Möts som två experter som ska lösa ett gemensamt problem.

### **Den andra delen av brukarinflytandet:**

Handlar om de roller man kan ha om man vill vara med och påverka vårdens utformning, innehåll och utveckling. Man kan som brukare arbeta inom vården ideellt eller med lön/arvode på många olika sätt.



### **I självhjälsgrupper:**

Kan man få inflytande över sin egen återhämtningsprocess.

### **Återhämtningsgrupper, rösthörargrupper, och självhjälsgrupper:**

För olika problematik är ett sätt att lära sig nya strategier att hantera sin vardag på, och att få träffa andra som verkligen förstår hur det är. Det ger steg mot återhämtning samt ny gemenskap. En återhämtad brukare kan leda självhjälsgrupperna. Då handlar det

inte så mycket om att vara expert som att se till att alla i gruppen får komma till tals, att atmosfären i gruppen är stödjande, och att det finns lokaler och fika för träffarna. Sen lär man av varandra i gruppen.

## **Intressepolitiskt engagemang är viktigt för att skapa förändring i vården:**

### **Brukarföreningar:**

T.ex. RSMH ger möjlighet att uttrycka åsikter, engagera sig intressepolitiskt, demonstrera, protestera mot nedskärningar, bilda opinion, synas i media och motverka fördomar. Det ger impulser till vården att förändras i rätt riktning.

### **Brukarråd:**

Kan man göra sin röst hörd. Representanter för brukare och anhöriga träffar ledningen för verksamheten. De framför synpunkter på verksamheten och medverkar i förändringsarbete. Råden kan finnas på olika nivåer i organisationen, på ledningsnivå, verksamhetsnivå, och enhetsnivå, t.ex. på en öppenvårdsmottagning.

### **Brukarrepresentant:**

Kan sitta med i ledningsgrupper. Representanter för brukare och anhöriga kan ingå med full beslutanderätt eller som rådgivare i ledningsgrupper och andra beslutande organ.

### **Coach eller mentor:**

Kan man stödja andra brukare. Erfarenheten av att ha gått igenom sjukdomsperioder och återhämtning ger kunskaper som är värdefulla. En återhämtad brukare kan vägleda en nyinsjuknad i återhämtningsprocessen.

### **Utbildare eller konsult:**

Kan man utbilda personal, anhöriga, andra brukare, och allmänheten. Den personliga berättelsen om sjukdomsperioder, upplevelser av vårdperioder och återhämtning är värdefull att få ta

del av. Andra ämnen är t.ex. vardagsmakt och brukarinflytande, strategier att hantera röster, nätverkskontrakt och psykiatriskt vårdtestamente.

### **Brukarinflytandesamordnare:**

Kan en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning arbetar inom kommunen eller landstinget med att samordna och stödja brukarinflytandet, starta brukarråd, initiera brukarrevison, mm.

### **I en referensgrupp för utvecklingsprojekt eller forskningsstudie:**

Kan man bidra med sin erfarenhet. Brukare med erfarenhet av den sjukdom eller livsaspekt som ska undersökas i en studie kan förbättra och verklighetsförankra forskningen. Brukare och anhöriga kan följa forskningen från studie design till genomförande, analys, och tolkning av resultat.

### **En brukarrevison:**

Kan genomföras i verksamheten. Brukare utvärderar och granskar en verksamhet och kommer med förslag för att förbättra kvalitén. Brukarna bör först få utbildning i hur en brukarrevison går till. Man kan t.ex. göra en brukarrevison av en vårdavdelnings verksamhet, ett gruppboende, eller en utbildning för vårdpersonal.

Medverkan i kvalitetsutveckling kan ske genom att brukare och anhöriga medverkar i kvalitetsgrupper och utvärdering av verksamhet. Då kan man få inblick i hur verksamheten arbetar och ge ett brukarperspektiv på förändringsprocessen.

## Statistik om schizofreni i Sverige



### Fakta om schizofreni i Sverige hämtade från säkra källor

|                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Antal med schizofreni <sup>5</sup>                     | 35000                                     |
| Livstidsförekomst (prevalens) <sup>5</sup> :           | 0,75 %                                    |
| Ant. årligt insjuknade <sup>4</sup> :                  | 1000                                      |
| Prognos för de nyinsjuknade <sup>1</sup> :             | God 30 %    Mindre god 50 %    Dålig 20 % |
| Andel som ej får effekt av neuroleptika <sup>1</sup> : | 20 %                                      |
| Antal i hela Sverige som får LSS-stöd <sup>3</sup> :   | 2700                                      |
| Ensamstående <sup>5</sup> :                            | 70-75 %                                   |
| Enbart vård i öppenvård <sup>5</sup> :                 | 25 %                                      |
| Andel som använder neuroleptika <sup>5</sup> :         | 81-86 %                                   |

### Samhällskostnader för schizofreni per patient och år (2000)<sup>4</sup>

| Kostnadsslag                      | Kr/patient och år | Procent |
|-----------------------------------|-------------------|---------|
| Kommunala insatser                | 70000             | 59      |
| Öppenvård                         | 22000             | 19      |
| Slutenvård                        | 4000              | 3       |
| Läkemedel                         | 10000             | 9       |
| Anhöriginsatser                   | 11000             | 10      |
| Summa direkta kostnader           | 117000            | 26      |
| Förtidspensionering/sjukskrivning | 337000            | 74      |
| Summa indirekta kostnader:        | 337000            | 74      |
| Summa totala kostnader:           | 454000            | 100     |

Totala kostnader i hela Sverige: 13,6-18,2 miljarder  
 varav indirekta kostnader :10,1-13,4 miljarder

### **Hur stor vårdkonsumtion vid psykotisk sjukdom i Sverige 2007<sup>6</sup>**

199 personer med schizofreni, schizoaffektiv eller vanföreställningssyndrom.  
 Direkta samt indirekta kostnader för samhället beräknades.

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Inlagda                 | 6,4 dagar |
| Läkarbesök              | 1,4       |
| Sköterskebesök          | 18,6      |
| Kuratorbesök            | 1,2       |
| Annan personal          | 6,3       |
| Medelkostnad per person | 578000 kr |

### **Samhällskostnader för schizofreni per patient och år (2008)<sup>7</sup>**

|                                                        |              |
|--------------------------------------------------------|--------------|
| Kostnadsslag                                           | Procent      |
| Kommunala insatser                                     | 23 %         |
| Öppenvård                                              | 7 %          |
| Slutenvård                                             | 8 %          |
| Läkemedel                                              | 2 %          |
| Sjukersättning, aktivitetsersättning,<br>sjukskrivning | 60 %         |
| Total kostnad                                          | 509000<br>kr |

Totala kostnaden i hela Sverige: 25 miljarder kronor.

### **Hur har de som insjuknade 1991 5 år senare?**

|                                                | <b>Schizofreni</b> | <b>Övriga psykoser</b> | <b>Totalt</b> |
|------------------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------|
| <b>Konsumtion av neuroleptika<sup>2</sup>:</b> |                    |                        |               |
| Ingen neuroleptika                             | 9%                 | 4%                     | 7%            |
| Neuroleptika                                   | 79%                | 50%                    | 68%           |
| varav Depåneuroleptika är                      | 24 %               | 14 %                   | 21 %          |
| Medeldos Haldolekvivalenter                    | 4,8 mg             | 4,5 mg                 | 4,7 mg        |
| Bristande följsamhet                           | 42%                | 9%                     | 33%           |
| <b>Funktionsförmåga<sup>2</sup>:</b>           |                    |                        |               |
| Enbart öppenvård                               | 12%                | 28%                    | 18%           |
| Vård dagar under 5 år                          | 146                | 54                     | 110           |
| Tvångsvård                                     | 67%                | 40%                    | 56%           |
| GAF-värden <sup>a</sup>                        | 50                 | 61                     | 55            |
| Återhämtade                                    | 9%                 | 39%                    | 21%           |
| Försörjda av samhället                         | 72%                | 46%                    | 62%           |

|                  |    |    |    |
|------------------|----|----|----|
| Antal patienter: | 43 | 28 | 71 |
|------------------|----|----|----|

<sup>a</sup>.Global skattning av funktionsförmågan - 50 = sjuk 70 = frisk

Eftersom väldigt olika statistiska uppgifter förekommer om schizofreni har jag valt ut de mest rättvisande och riktiga här. Uppgifterna kommer att revideras i takt med att nya fakta kommer.

När mentalsjukhusen avvecklades på 80-talet, så hamnade bara 10 % i eget boende. Resten hamnade på vårdhem och gruppboenden<sup>3</sup>.

### **Källa:**

1. Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF)  
Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. SPRI, Stockholm (1996)
2. Svedberg B., Mesterton A. och Cullberg J.  
First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A five-year follow-up.  
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36, 332-337 (2001)
3. [Barmhärtighets Sveriges sista handikappgrupp]  
Rapport från Schizofreniförbundet, (2003).
4. Vård och stöd till patienter med schizofreni - en kunskapsöversikt  
Socialstyrelsen (2003)
5. Schizofreni - kliniska riktlinjer för utredning och behandling.  
Svenska Psykiatriska Föreningen (2010)
6. Hjortsberg C, Helldin L, Hjärthag F & Löthgren M.  
Från IHE 2010 och finns [här](#).
7. Ekman M, Granström O, Omérov S, Jakob J och Landén M.  
Läkartidningen 2014.  
Läs artikeln [här](#)

## Likvärdiga doser för olika antipsykotika

Många undrar hur mycket 4 mg Haldol motsvaras av i mg Zyprexa. Med hjälp av dessa tabeller går det att räkna ut det.

Värdena är inte 100 % exakta, eftersom effekten av antipsykotika kan variera från person till person. De får ses som värden för genomsnittsanvändaren och som gäller för de flesta.

### Tabell 1 från 2009 -2011

Ekvivalenta (likvärdiga) doser för neuroleptika vid behandling av psykoser

| Läkemedel (ej injektion) | Dos ekvivalent med 50 mg klorpromazin |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Nozinan                  | 50 mg                                 |
| Perfenazin (Peratsin)    | 4 mg                                  |
| Cisordinol               | 12,5 mg                               |
| Fluanxol                 | 1 mg                                  |
| Haldol                   | 1,5 mg                                |
| Amisulprid (Solian)      | 50 mg                                 |
| Abilify                  | 3,75 mg                               |
| Clozapine/Leponex        | 50 mg                                 |
| Olanzapin (Zyprexa)      | 2,5 mg                                |
| Quetiapin (Seroquel)     | 37,5 mg                               |
| Risperidon (Risperdal)   | 0,75 mg                               |
| Serdolect                | 2,7 mg                                |
| Ziprasidon (Zeldox)      | 30 mg                                 |
| Invega <sup>2</sup>      | 0,75 mg                               |
| Latuda <sup>2</sup>      | 10 mg                                 |

Siffrorna kommer från [Kroken et al. BMC Psychiatry 2009 9:24](#)  
2/ Hämtad från [www.scottwilliamwoods.com](http://www.scottwilliamwoods.com) (doc-fil) år 2011

---

Tabell 2 från 2003

| Läkemedel                       | Dos ekvivalent med<br>1 mg haloperidol |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| Dixyrazin (Esucos)              | 30 mg                                  |
| Flufenazin (Pacinol, Siqualone) | 2 mg                                   |
| Flupentixol (Fluanxol)          | 1 mg                                   |
| Haloperidol (Haldol)            | 1 mg                                   |
| Klorpromazin (Hibernal)         | 50 mg                                  |
| Klorprotixen (Truxal)           | 50 mg                                  |
| Klozapin (Leponex)              | 50 mg                                  |
| Levomepromazin (Nozinan)        | 50 mg                                  |
| Melperon (Buronil)              | 40 mg                                  |
| Olanzapin (Zyprexa)             | 3 mg                                   |
| Perfenazin (Trilafon)           | 4 mg                                   |
| Proklorperazin (Stemetil)       | 9 mg                                   |
| Risperidon (Risperdal)          | 1 mg                                   |
| Tioridazin (Mallorol)           | 50 mg                                  |
| Ziprasidon (Zeldox)             | 40 mg                                  |
| Zuklopentixol (Cisordinol)      | 5 mg                                   |
| Quetiapin (Seroquel)            | 150 mg                                 |

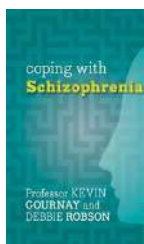
Källa:

[Kapitlet: Psykoser i Läkemedelsboken 2003/2004](#)

Kapitlet med tabellen finns som pdf-fil om du klickar på länken ovan.

## Litteratur:

### Självhjälpsböcker:

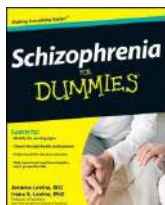


Kevin Gournay och Debbie Robson (2014)

#### **Coping with Schizophrenia**

Sheldon Press

Finns hos [www.adlibris.se](http://www.adlibris.se) för 69 kr. Bästa och billigaste valet av självhjälpsbok idag. Läs recension [här](#).

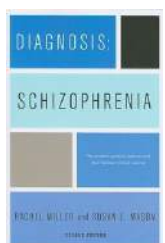


Levine, J. och Levine, I.S. (2009)

#### **Schizophrenia for Dummies**

Wiley

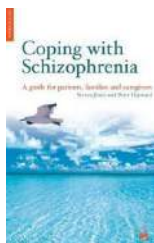
(finns hos [adlibris.se](http://adlibris.se)) Bra köp vid självhjälpsråd för schizofreni, men egentligen riktad till anhöriga. Läs recension [här](#).



Miller, R. och Mason, S.E. (2011)

#### **Diagnosis Schizophrenia**

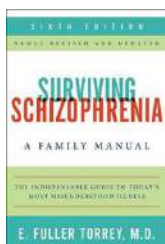
Columbia University Press (finns hos [adlibris.se](http://adlibris.se)) En renodlad självhjälpsbok, som är ganska tunn. Läs recension [här](#).



Jones, S. och Hayward, P. (2004)

#### **Coping with schizophrenia**

Oneworld, Oxford (finns hos [adlibris.se](http://adlibris.se)) En psykologiskt inriktad självhjälpsbok skriven av två psykologer. Läs recension [här](#).



Torrey, E.F. (2013)

#### **Surviving schizophrenia**

Collins (finns på [adlibris.se](http://adlibris.se)). Inte så mycket självhjälp egentligen utan mer en ganska tjock, men billig faktabok om schizofreni. Bra att använda som uppslagsbok. En sammanfattning om de viktigaste nyheterna i denna bok finns i denna [forumpostning](#). Läs recension [här](#).



Alphonse, E. (2004)

#### **Ta tillbaka makten över ditt liv - en väg till återhämtning efter kriser och psykisk sjukdom**

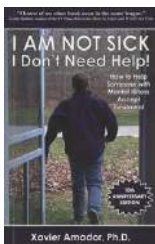
RSMH (beställes från [RSMH](http://RSMH)) Väldigt bra och prisvärdast med bara 50 kr + porto. Läs recension [här](#).



Alphonse, E. (2014)

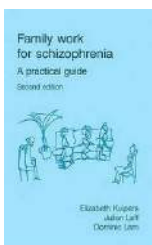
**Självhjälpgrupp för rösthörare - Ett studiematerial**  
RSMH (beställes från [RSMH](#)) Bara 50 kr + porto. Kan användas för dig med röster också.

## Anhöriga:



Amador, X.F (2012)

**I Am Not Sick, I Don't Need Help!: How to Help Someone with Mental Illness Accept Treatment**  
Vida Press

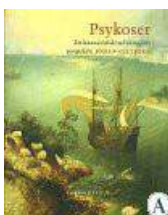


Kuipers, L., Leff, J.p. och Lam, D. (2002)

**Family Work for Schizophrenia**

Royal Collage of Psychiatrists

## Läroböcker:



Cullberg, J. (2005)

**Psykoser: ett integrerat perspektiv**

Stockholm: Natur och Kultur (finns på bibliotek). En väldigt bra och läsvärd bok, men ger inga självhjälpstips. Läs recension [här](#).

## Riktlinjer:



**Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.**

Socialstyrelsen, 2013. Finns som pdf-fil på 56 sidor [här](#).

**Läkemedelsbehandling vid schizofreni - behandlingsrekommendation**  
Läkemedelsverket, 2013. Finns som pdf-fil på 13-sidor [här](#).



Broschyr om **Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd**. Den riktar sig till dig med schizofreni eller en liknande psykos. Finns som [pdf-fil här](#).

## **Schizofreni – Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation.**

En systematisk litteraturöversikt.

SBU 2012

Kan läsas som [pdf-fil](#) samt finns som bok att köpa.



**Schizofreni - kliniska riktlinjer för utredning och behandling.** Svenska Psykiatriska Föreningen (2009). Kan läsas som [pdf-fil här](#) men finns också tryckt.

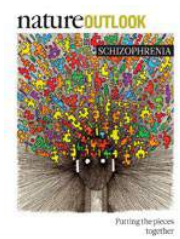


Läkemedelsverket  
**Läkemedelsboken 2014.** (2014)  
Kapitlet [Psykosor](#) kan läsas som PDF



Mueser, K.T och Jeste, D.V. (2008)  
**Clinical Handbook of Schizophrenia**  
The Guilford Press (finns hos [Adlibris.se](#)) En bok din psykiater kanske läser i när han blir osäker.

## **Forskningsläget:**



### **Schizophrenia Outlook**

Nature 3 april 2014

11 artiklar som kan läsas gratis på [nätet](#) fram till 3 oktober 2014. Mycket läsvärda.

## Om schizofreni



Hjärnan är kroppens mest komplexa organ och mycket om hur hjärnan fungerar är okänt och det gäller också de sjukdomar som drabbar hjärnan, som schizofreni.

### Vårdbehov

Det är svårt att beskriva schizofreni, eftersom besvären varierar väldigt mycket från individ till individ och dessutom så förekommer många olika symptom och problem. Bäst är att först beskriva vårdbehovet.

I Sverige besöker en med schizofreni per år ungefär:

psykiater 1,4 gånger,

sjuksköterska 19 gånger bl.a för depåinjektioner

inlagd 6,4 dagar per år.

1,6 % av sin tid tillbringas inom psykiatrin. 10 % arbetar, 10 % studerar, 15 % får hjälp i hemmet av boendestöd, 15 % bor i gruppboende och 70-75 % är ensamstående. Läs mer statistik [här](#).

**Slutsats: Inte särskilt vårdbehövande, men 90 % klarar inte av att arbeta.**

## **Det största problemet - handikappet**

Nedsättning av arbetsförmåga och socialförmåga är det mest typiska symptomet orsakad av kognitiva och negativa symptom, som kan komma redan år innan den första psykosen. Dessa nedsättningar brukar vara konstanta över tiden. Viktigast för arbete verkar socialkognition vara som är förmågan att interagera med andra. Andra kognitiva brister finns också som nedsatt närminne, koncentrationsförmåga, problemlösning, förmåga att omsätta tanke i handling och händelseminne. Dessutom jobbar hjärnan långsammare. Ungefär 75 % har kognitiv nedsättning som kan vara från måttlig till svår. Se en video om [kognitiva problem](#).

Negativa symptom liknar ganska mycket en depression, men är långvarigare och går inte över som en depression gör. Besvären kan bestå av oförmåga att känna glädje, motivationsbrist, uttryckslöshet, stumhet, ouppmärksamhet och ointresse av andra. Särskilt schizofreni är handikappande medan andra psykossjukdomar är oskadligare och ger betydligt lindrigare handikapp tex bipolär, schizoaffektiv och paranoid psykos (vanföreställningssyndrom). Dessa problem verkar sitta i främre delen av hjärnan. Det är dessa symptom som gör att man inte kan arbeta, behöver hjälp i hemmet eller måste bo på gruppböende.

Handikappen som schizofreni framkallar kan först lösas om bättre behandlingar och medicinering mot kognitiva och negativa symptom kommer.

### **Behandling:**

Idag finns bara kognitiv rehabilitering (minnesträning med dator), som minskar kognitiva symptom med 30 % och minskar även negativa symptom. Antipsykotika ger ungefär 30-40 % minskning av negativa symptom, men har bara liten effekt på kognitiva symptom. Kognitiva hjälpmedel finns som man kan få för att motverka handikappet. En ny typ av arbetsrehabilitering IPS-modellen kan öka chansen till arbete så att 30 % kan arbeta.

Mediciner som enbart verkar mot negativa och kognitiva symptom kan komma om 5 år, men inga uppgifter finns hur effektiva de är. De ger nikotinlik effekt mot kognitiva symptom. Än så länge verkar de inte ha några allvarliga biverkningar. Eftersom läkemedelsbehandlingen mot negativa symptom inte lyckats så bra

ännu har andra behandlingar testats som KBT, socialfärdighetsträning, bildterapi och loving-kindness meditation.

Ytterligare mediciner kan komma senare och även nya typer av antipsykotika som också kan ha effekt mot kognitiva symptom. [Magnetsfältbehandling](#) har givit lovande resultat och kan kanske bli en framtida behandling mot kognitiva symptom.

## Psykos

Psykosor är det som främst förknippas med schizofreni, men 20 % har aldrig haft en psykos. 25 % får bara en psykos i livet.

Psykosen innebär alltid **vanföreställningar**, men många får också hallucinationer och tankestörningar. Vanföreställningar är samma sak som paranoia och de är ofta bisarrare än vid andra psykosor. Ofta består vanföreställningarna av att man är förföljd eller spionerad på. Problemet med vanföreställningar är det är svårt att få personen att förstå att de är felaktiga under själva psykosen.

**Hallucinationer** är oftast röster, men kan omfatta ibland syn, lukt, smärta och känsel också. Vid schizofreni finns nästan unika hörselhallucinationer, som röster som ständigt kommenterar vad man gör och röster som samtalar med varandra. Röster som kommenderar till handlingar anses vara den farligaste rösthallucinationen eftersom man kan göra farliga saker som att hoppa från en bro. Läs mer om [psykotiska röster](#) och [röster hos psykiskt friska](#).

**Tankestörningar** varierar mycket, men vanligast är tankerusningar och tankestopp. Läs mer [här](#).

Psykosor förekommer inte ständigt utan attackvis och kanske vartannat eller vart fjärde år. I samband med psykos kan man bli arg och aggressiv. Men efter några år kan psykoserna avta och bli mindre vanliga. Psykossymptom kan dock dyka upp tillfälligt t.ex vid stress. Mellan psykoserna kan man vara ganska normal. En psykos kan vara en skräckupplevelse och en del får PTSD eller posttraumatisk stress efteråt. Egentligen är det fel att kalla schizofreni för en psykossjukdom, eftersom alla inte har psykosor.

## Andra symptom

**Katatoni** förekommer inte så ofta längre, men kan innebära att man ligger som en död och varken äter eller dricker, vilket kan vara livshotande. Men man kan också utföra upprepade kroppsrörelser.

**Stört tal eller stört beteende** kan förekomma. Stört tal innebär att tänkandet också är stört. Orsakas främst av svårigheter att uppdatera hjärnans lagrade information under talet, sedan kan kognitiva problem som dåligt närminne, ordminne och svårigheter att se sammanhang störa dessutom. Ordsallad innebär att talet blir obegripligt liksom skrift. Personerna brukar bli väldigt arga och frustrerade när folk inte förstår vad de säger. Kallas för disorganiserade symptom.

**Bristande sjukdomsinsikt (anosognosi)** kan förekomma och innebär att man inte anser sig vara sjuk. De flesta förlorar sjukdomsinsikten under psykos, men sedan när psykosen upphör så kommer den tillbaka. Ungefär 50 % har medel eller svårt nedsatt sjukdomsinsikt och de drabbas oftare av tvångsvård och anses sjukare än andra, trots att de anser sig friska själva. Ofta är de arga på psykiatrien för att de fått onödig vård och felaktig diagnos. De har dock färre depressioner och därför kanske lägre självmordsrisk.

**Ångest, depression och sömnstörningar** är vanliga vid schizofreni. Ångest och depression räknas som de besvärligaste symptomen och värre än psykossymptom. Förutom vanlig ångest kan ångestsjukdomar förekomma som tvångssyndrom, socialfobi, panikångest, PTSD mm. Depression framkallar oftast självmorden som drabbar 10 %, men kan också påverka rösterna så att de bli deppiga. Depression kan komma efter en psykos.

**Dissociativa** besvär kan förekomma hos [25-40 %](#). Dessa visar sig oftast som överklighetskänslor eller att vara avskiljd från kroppen eller omgivningen.

Andra problem finns som **lässvårigheter, andra språket dvs engelskan blir svårt att förstå, problem med tidsuppfattningen, svårt att förstå ordspråk, minskad smärtkänslighet, kan inte se vanliga filmer/TV-program, felidentifiering av lukter, överdrivet drickande, avvikande rörelser, felaktig kroppstemperaturreglering och maten kan hamna i fel strupe.**

**Kroppsliga sjukdomar** kan tillstöta och diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och infektioner är vanligare än normalt. Livslängden är 12 - 20 år kortare vid schizofreni, vilket orsakas mest av kroppsliga sjukdomar. Idag talar man mest om livstil och läkemedelsframkallad viktökning som orsak, men överätning kan förekomma som inte orsakas av läkemedel. Missbruk kan framkalla kroppsliga sjukdomar. Schizofrenigenerna kan kanske också ge ökad risk för kroppsliga sjukdomar. Men annat kan troligen också påverka livslängden för det verkar som schizofrenin gör att man åldras snabbare och därför dör tidigare.

**Missbruk** förekommer eller har förekommit hos 50 %, vilket kan öka våldsriskerna och risken för självmord, men också förvärra grundsjukdomen. Våldet som förknippas med schizofreni beror oftast på missbruk eller att man var våldsinriktad även innan insjuknandet. Spelmissbruk är också vanligare vid schizofreni. Rökning och snusning är vanligare än normalt och tros vara en slags självmedicinering för att förbättra negativa symptom. Övervikt är vanligt vid schizofreni, men associeras konstigt nog aldrig till matmissbruk trots att överätning kan förekomma.

## **Behandling**

Viktigast för behandling av psykos är **antipsykotika**, som har effekt mot vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar, aggressivitet och katatoni. Effekt mot neurologiska förändringar kan också finnas.

Dessutom kan nyare antipsykotika ha effekt mot negativa symptom, depression och ångest också.

De har två effekter dämpning av psykossymptom och dessutom förebygger de psykos. Antipsykotika minskar också dödligheten jämfört med ingen medicinering. Bäst på att minska dödligheten är

Clozapine, trots att preparatet kan ge viktökning. Clozapine kan kanske också minska missbruk.

Antipsykotika ger bäst effekt hos nyinsjuknade och 90 % får effekt, men sedan tyvärr avbryter många medicineringen får psykoser och efter några år får bara 70 % effekt av antipsykotika. Under första året är psykosrisken bara 3 % om medicinen tas regelbundet. En annan nackdel är att bara 30 % blir helt symptomfria. Medan resten har kvar vissa symptom så dagens effekt är ofta otillräcklig.

En nackdel med antipsykotika är att om behandlingen avbryts tvärt, så blir psykosrisken högre än den var innan. I princip alla som avbryter medicineringen själv får psykos efter en tid och ofta tvångsvård. Detta är ett stort problem och därför får 30 % antipsykotikainjektioner så att de inte själv kan avbryta medicineringen. Bland biverkningarna är viktökning, darrningar och rastlöshet besvärligast.

Nya antipsykotika är under utveckling. Tidigare har antipsykotika verkat enbart via dopamin eller serotonin, men nu finns antipsykotika under utprovning, som verkar på andra sätt. Mest lovande verkar antipsykotika som verkar via glutamat och som kanske kan ge effekt när dagens antipsykotika inte fungerar så bra. Läkemedel som ökar acetylkolin kan hjälpa hjärnan att filtrera ljud och minska hörselhallucinationer och kan komma som läkemedel.

Läkemedel som redan finns, som antiinflammatoriska värktabletter, som Magnecyl och Celebra, kan ha viss effekt, liksom östrogen och läkemedlet Evista kan ha viss effekt hos kvinnor. Här finns [en hemsida](#) med nya schizofrenimediciner under utveckling.

Förutom antipsykotika, så är sömnmediciner vanliga, liksom ångestdämpande och antidepressiva mediciner. Eftersom många har minnesstörningar, så kan medicinerna vara dosförpackade (ApoDos) så att det är lättare att komma ihåg att ta medicinen.

**Psykosociala behandlingar** är enormt viktiga och nödvändiga. Antagligen därför att psykoser triggas av miljöfaktorer oftast. De kan minska symptom och också risken för återfall i psykos. **Om psykosociala behandlingar läggs till antipsykotika kan psykosrisken minska från 40 % per år till bara 5 %.**

**Patientutbildning** är viktigast med utbildning om sjukdomen och

hur man hanterar den på bästa sätt.

**Familjeutbildning** ges nära anhöriga, eftersom de kan genom kritik, skäll och överengagemang öka psykosrisken. Denna kan halvera psykosrisken.

**Metakognitiv träning** anses ge bättre effekt mot vanföreställningar än antipsykotika och denna behandling [börjar finnas](#) i Sverige nu.

**ACT-team** erbjuder "intensiv" vård i bostaden för de med stora problem, som missbruk och mycket inläggningar. I teamet kan ingå psykiater, psyksjuksköterska, skötare, missbruksspecialist och arbetsterapeut.

**Kognitiv beteendeterapi (KBT)** har rekommenderats mot kvarvarande psykosymptom och ansågs minska dessa med 30-50 %. Tyvärr har en ny [granskning](#) funnit att denna KBT har ingen effekt. En ny starkare KBT med effekt även på återfall i psykos befinner sig underutveckling.

Sedan finns **många andra behandlingar**, men som idag inte är lika viktiga och effektiva: Socialfärdighetsträning, missbruksbehandling, social kognitionsträning, stresshantering, arbete (via IPS-modellen), sysselsättning, personligt ombud, adherensterapi (att ta sin medicin), psykodynamisk psykoterapi.m.m. Antagligen kan de psykosociala behandlingarna bli effektivare om behandlingen av kognitiva och negativa symptom förbättras.

Behandlingarna mot schizofreni är inte färdigutvecklade och man vet ännu inte hur den optimala behandlingen skall vara. Även vad gäller antipsykotika är det ännu inte klarlagt hur den bästa behandlingen ser ut, men med tiden kommer det säkert att klarna.

### **Vad orsakar schizofreni?**

80 % av de som insjuknar i schizofreni har en släkting med schizofreni eller bipolär, så det finns genetiska faktorer som verkar öka risken att få sjukdomen. Det finns även de utan ärftlighet, men även här kan genetiska förändringar hos individen öka risken för schizofreni. Schizofreni innebär kommunikationssvårigheter med omgivningen och samma problem verkar finnas i hjärnan, där kommunikationen mellan nervceller och hjärnans olika delar verkar vara störd.

Tvillingstudier tyder på att 80 % av risken för att få schizofreni kommer från gener. Det finns ungefär 700 schizofrenigener idag, men de tros öka till tusentals. Sällsynta varianter av genförändringar förekommer hos 20 % av schizofrenifallen. Dessa förändringar ger tydliga symptom och effekter på proteiner.

Resten av schizofrenin orsakas av mildare genetiska förändringar, som inte ger tydliga symptom utan som är mer droppen som får bägaren att svämma över. Generna tros samspela med miljöfaktorer som utlöser sjukdomen.

Utlösande miljöfaktorer anses kunna vara droganvändning, migration, trauma, nutrition under graviditet, miljögifter och immunsystemet, men mycket är okänt här.

Idag verkar autism, ADHD, schizofreni, bipolär och depression vara genetisk besläktade, vilket pekar på likheter, men som sagt genetiska faktorer för schizofreni står bara för 5 % ungefär av sjukdomsrisk, så det kan ändå finnas stora skillnader i de andra 95 %. Bipolär har största genetiska likheten med schizofreni och sedan kommer depression. Likheter med autism är minst. Nyligen har upptäckts att de med ångestsjukdomen OCD (tvångssyndrom) har 6 gånger högre risk att få schizofreni.

### **När och hur många får sjukdomen?**

Schizofreni hos barn är sällsynt och står för 2 % av schizofrenifallen. Schizofreni drabbar vanligen unga personer i övre tonåren eller tidig vuxen ålder. Det är ovanligt med ett första insjuknande före 16 års ålder eller efter 45 års ålder. 0,75 % av befolkningen insjuknar i schizofreni och det finns 35000 drabbade i Sverige. Ungefär 20 % av psykoserna övergår i schizofreni. Kvinnor får oftast en mildare form av sjukdomen. Läs mer om [Fakta om schizofreni](#).

### **Att förhindra att schizofreni utbryter**

Att försöka upptäcka riskfaktorer och varningstecken som signalerar psykos kan kanske minst halvera schizofrenifallen. I framtiden kan kanske kognitivt test på dator, salivprov och blodprov användas för att förutse vilka som får psykos. Mätningar av kognitiv förmåga kan med 90 % säkerhet förutse, vilka som kommer att få psykos. Tidigare fick bara 30 % av de med tidiga tecken på psykos verkligen psykos, vilket gjorde det dyrt med

förebyggande behandling eftersom de flesta aldrig insjuknade.

För att förebygga att psykosen utbryter kan KBT samt omega-3 (4 kapslar per dag) användas samt kanske andra behandlingar också. Här saknas stora kliniska studier, som gjort att denna typ av behandling ännu inte fått genomslag inom vården.

### **Hur många tillfrisknar eller återhämtar sig?**

För nyinsjuknade återhämtar sig 15 %, men för de som varit sjuka längre så är siffrorna sämre 0-10 %. 80-90 % av de med schizofreni står under behandling av psykiatrin. Tidigare har funnits uppgifter om att fler återhämtar sig, men de uppgifterna verkar inte tillförlitliga.

Positiva symptom är värst första åren och efter 6 år brukar dessa symptom minska med 75 % jämfört med hur de var i början. Så en viss förbättring av psykotiska symptom sker. Vid 40 års åldern sker förbättring ofta, men blir signifikant bättre i 50-60 års åldern och det finns de som kan sluta med antipsykotika då. De som saknar sjukdomsinsikt anses inte kunna återhämta sig trots att de själva anser sig friska. Nu krävs också minst ett av vanföreställningar, röster och stört tal. Det går inte länge att få diagnos med bara ett symptom - ovanliga röster eller helt otroliga vanföreställningar.

### **Hur ställs diagnosen?**

Schizofreni diagnosticeras efter symptom och det är ganska enkelt att ställa en diagnos, men en diagnosutredning tar ändå flera månader, eftersom kroppsliga sjukdomar som kan framkalla psykos skall uteslutas bl.a genom EEG och hjärnröntgen. Sedan skall missbrukspsykos uteslutas, liksom snarlika schizoaffektiv.

Det finns två diagnossystem – det amerikanska **DSM 5** och WHO systemet **ICD-10**. DSM 5 kräver nedsatt social- och arbetsförmåga för diagnos, vilket ICD 10 inte kräver, så fler får schizofrenidiagnos med ICD 10. DSM 5 har upphört med undergrupperingen t.ex paranoid schizofreni utan istället bedöms dimensioner av sjukdomen, som realitetsstörning, negativa symptom, disorganisation, kognition, depression, mani och psykomotoriska symptom. Nu krävs också minst ett av vanföreställningar, röster och stört tal. Det går inte länge att få diagnos med bara ett symptom - ovanliga röster eller helt otroliga vanföreställningar.

Diagnostik via blodprov och speciella apparater befinner sig under utveckling. Problemet hittills är att träffsäkerheten ligger på 70-80 % oftast, vilket är sämre än symptomdiagnostik. [En metod som mäter ögonrörelser](#) verkar lovande med 98 % träffsäkerhet, men metoden är ännu otillräckligt utprovad.

### **Vilka sköter vården?**

Idag är **de med schizofreni de som vårdar schizofreni mest** och står för 80 % av vårdinsatserna. I och med att mentalsjukhusen lagts ner så tar man hand om sig själv i sin egen lägenhet. Vissa stödinsatser från andra vårdgivare kan förekomma i hemmet (boendestöd), men många klarar nog sig själv helt utan hjälp.

För att klara vården av sig själv ges patientutbildning, som tyvärr inte alla fått. Tyvärr saknas medvetenhet om att de med schizofreni oftast vårdar sig själva, vilket gör att när man skall förbättra schizofrenivården, så blir de helt bortglömda som resurs trots att de utför de största vårdinsatserna och ger 40 gånger mer vård än psykiatrin. Avskaffandet av mentalsjukhusen har skapat en deprofessionalisering av schizofrenivården och de som tidigare förnekats friheten att lämna mentalsjukhuset har nu anförtratts den svåraste psykiatriska vården oftast utan någon som helst utbildning.

Denna vård kan säkert förbättras avsevärt med rätta insatser och är utan tvekan den svagaste länken i vårdkedjan. Viktigast att kunna för den enskilde brukaren är kunskaper om antipsykotika och mediciner, som är den viktigaste behandlingen men även psykosociala behandlingar. Viska är alltså center för den största schizofrenivården i Sverige. Eftersom nästan alla med schizofreni har sjukersättning, så kan man säga att Försäkringskassan finansierar denna vård.

**Kommunerna** ger dubbelt så stora insatser som psykiatrin. Kommunen har hand om gruppboendena, personliga ombud, sysselsättning, boendestöd, träfflokaler, gode män, kontaktpersoner och kontaktgrupper. Kommunernas filosofi är att hjälpa till med det man har problem med och de bryr sig inte om diagnoser på samma sätt som psykiatrin gör. Kommunerna har utbildad personal, men inte samma höga kunskapsnivå, som psykiatrin har.

Gruppboendena är viktigast, eftersom de har övertagit psykiatrins vårduppgift här. När mentalsjukhusen stängde hamnade 90 % av

patienterna i gruppboende. Men ett gruppboende är inget mentalsjukhus utan liknar mest eget boende med hög hyra fast med boendestöd i 24 timmar (Rättspsyk är det enda idag som liknar mentalsjukhus).

Kommunernas akilleshäl är att en del kommuner är väldigt små och kan därför ha resursbrist och svårt att rekrytera kompetent personal. Sedan har de inte lika lång erfarenhet som psykiatri har utan bara 20 år ungefär. På grund av detta är det inbyggt att kommunala verksamheten kan ibland bli väldigt dålig. Emellertid talas det aldrig om detta, så det kanske fungerar bra trots dåliga förutsättningar. Dåligt utbildad personal kan ibland göra goda insatser på grund av intresse och ambitioner att försöka överträffa sin kompetensnivå som de är själva medvetna om är skral. Privata gruppboenden är bättre än kommunala enligt Socialstyrelsen.

**Psykiatri** är ganska bra faktiskt även om det finns brister. Schizofrenivården i Nordeuropa anses bäst i världen. Personalen välutbildad och psykiater (11 års utbildning) är standard, men ibland finns även professorer. Psykiatri tar hand om vård av akuta psykoser, depressioner, självmordsförsök diagnoser, medicinering, tvångsvård, rättspsykiatri, psykoterapi, öppenvårdsteam, ACT-team och psykosociala behandlingar.

Psykiatri kan forska på större orter och kan även utprova nya läkemedel. De utprovar också nya behandlingar och försöker vidareutveckla verksamheten. Psykiatri har krympt i storlek på grund av kommunerna sköter gruppboendena, som ersatt mentalsjukhusen. Psykiatris problem är brist på psykiatrer och att det kan ta lång tid att införa nya behandlingar.

För stor fokus ligger på vårdplatser och för liten fokus på att förebygga psykoser, så att inläggningarna blir färre och vårdplatserna fler. Det normala är att de kräver fler vårdplatser. Tvångsvården borde separeras från vanliga frivilliga vården och slås ihop med rättspsykiatri och drivas av Staten, som har egentligen monopol på frihetsberövande. Sedan borde mindre landsting gå ihop eller samarbeta med andra landsting för att öka resurserna och frisätta mer resurser till vård. Samma problematik har mindre kommuner som borde slås ihop eller samarbeta.

**Anhöriga** bedriver en ganska omfattande vård-och omsorgsverksamhet i hemmet, som i tid utgör 40 % av psykiatris

tid. Till skillnad från kommunerna och landstingen som finansierar sin verksamhet med skattepengar, så får de anhöriga i regel ingen ersättning utan tvärtom så lägger de ofta ner egna pengar också och det kan bli ett par tusen per månad. Anhöriga har i regel ingen utbildning om nu de inte fått familjeutbildning av psykiatrin. Ett annat problem med anhöriga är att 40 % mår ganska dåligt och själva skulle behöva psykiatrisk hjälp, så familjeutbildningen kanske borde expandera till familjevård. De anhöriga behöver mer utbildning, information, mer stöd, ev vård och kanske också möjlighet till att söka ekonomiska bidrag för sina insatser. Mycket satsas på att forska på psykiatrisk vård, men väldigt lite på anhörigvården trots sin storlek och betydelse. En effektivare och bättre anhörigvård kan betyda enormt mycket, eftersom psykiatrin bara har kontakt med en person med schizofreni 1,6 % tiden och de anhöriga betydligt mer.

**Läkemedelsverket** godkänner och granskar läkemedlen inklusive antipsykotika som används i Sverige, men EU (EMA) godkännande av nya läkemedel är vanligare. De övervakar biverkningar och rapporterar till psykiatrikerna och allmänheten om allvarliga sådana. Läkarna och även patienter rapporterar biverkningar till dem. Läkemedelsverket godkänner även ansökningar om att få använda licenspreparat, som Solian. Psykiatrin bestämmer alltså inte själv vilka antipsykotika som får användas. Läkemedelspriserna sätts av en särskild myndighet TLV.

**Läkemedelskommittén** i Landstingen ger ut rekommendationer om vilka läkemedel som skall användas mot schizofreni, så psykiatrikerna bestämmer detta inte helt själva. De kan också granska vilka preparat som används i länet och kan komma med kritik eller ytterligare rekommendationer.

**Socialstyrelsen** kommer med rekommendationer hur schizofrenivården skall ske både inom psykiatrin och den kommunala verksamheten. De ger inte bara råd utan försöker också rätta till brister. Socialstyrelsen fungerar på sätt och vis som en slags statlig patientförening med jättelika resurser och är nog den som gör mest för patienterna i Sverige.

**Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)** har tagit över Socialstyrelsens granskningsverksamhet av vård och omsorg. Den vård som inte granskas av dem är anhörigvården och den vård som personer med schizofreni ger sig själva. Granskningarna har tidigare inte tillräckligt undersökt hur effektiv den vård är som patienterna faktiskt får utan berättar mer vilken vård de borde få.

**SBU** utvärderar medicinska behandlingar och brukar utreda antipsykotika och behandling mot schizofreni ungefär vart tionde år och komma med rekommendationer i bokform. Ger besked om vilka antipsykotika är bäst och har minst biverkningar, men informerar också om effekten av andra behandlingar.

**RSMH** är en patientförening, som inriktar sig på schizofreni, men också andra psykiska sjukdomar. Driver också träfflokaler och lokala verksamheter. Bedriver också påtryckarverksamhet och opinionsbildning för att förbättra psykiatrin. De färskas fynden att de flesta psykiska sjukdomar kan vara genetiskt besläktade gör att RSMH:s inriktning att inkludera alla psykiska sjukdomar kan kanske vara korrekt i framtiden.

**Schizofreniförbundet** är huvudsakligen en anhörigförening, men det finns också en liten andel patienter, och skiljer den sig från RSMH, som är en mer en renodlad patientstyrd förening. Bedriver påtryckarverksamhet och opinionsbildning. Livskraften i föreningen verkar otillräcklig och frågan är om det inte borde finnas en anhörigförening för personer med kognitiv nedsättning istället för att få fler medlemmar, mer engagemang och större slagkraft med bibehållen problematik.

På Viska finns denna text färsk och uppdaterad i menyn [Om schizofreni](#).

