

Schizofreni förr och nu – synen på långtidsprognos har varierat

Sedan sjukdomen schizofreni först definierades för cirka 100 år sedan har åsikterna kring prognosen för tillfrisknande varierat. Forskningen under 2000-talet talar dock för en dålig långtidsprognos.

LENNART LUNDIN, leg psykolog, Psykiatri psykos, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
lennart.lundin@vgregion.se
LENA FLYCKT, överläkare, do-

cent, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; Centrum för psykiatrforskning, Norra Stockholms psykiatri

Schizofreni hör till de svåraste sjukdomarna av alla kategorier. WHO har klassat den som en bland de tio mest handikappande sjukdomarna då den drabbar unga personer, är livslång och gör det svårt att leva ett normalt liv i samhället. Bara cirka 17 procent av männen och 19 procent av kvinnorna har arbete på den öppna marknaden fem år efter att ha fått diagnosen och få har en partner [1].

Tidiga inrättningar med inhuman behandling

Personer som betett sig på ett irrationellt och besatt sätt har beskrivits i alla tider. Redan tidigt inrättades speciella institutioner för att härbärgera psykiskt sjuka. I London inrättades redan i slutet av 1200-talet en klosterinrättning som sedermera, i mitten av 1500-talet, kom att kallas »Bedlam-sjukhuset«. Det har ansetts vara världens första större mentalsjukhus. Termen »bedlam« har kommit att få betydelsen »kaos« eller »galenskap« i engelskt språkbruk. Under 1700-talets senare hälft användes sjukhuset som turistattraktion under de så kallade »unrestricted visiting hours«. Beskrivningar finns bevarade av hur besökare betalade en avgift för att titta på de »galna«. Detta var en inkomstkälla som möjliggjorde vården, men samtidigt behandlades människor inhumant med tortyrliknande metoder, de kedjades ofta fast och utsattes ibland för våld (Fakta 1).

Det första mentalsjukhuset i Sverige var Mårten Skinnarens hospital med platser för »tolv usle, svagsinte och rasande«. Det uppfördes under 1500-talet i Vadstena som en ideell stiftelse. År 1757 byggdes »Stora dårhuset« i Vadstena av den stiftelse som Mårten Skinnare grundade. Det innebar starten för den tradition av mentalsjukvård som därefter funnits i Vadstena. Svenska motsvarigheter till de större institutionerna jämförbara med Bedlam var Danviken, Konradsberg och Beckomberga mentalsjukhus. År 1788 byggdes Danvikens hospital i Nacka – en byggnad som fungerat som saltsjuderi (man framställde salt ur Saltsjön genom att koka bort vattnet) gjordes om för att vårda sinnessjuka och veneriskt smittade. Anläggningen blev snart överbelagd, vilket jämte nya vårdideal ledde till att den på 1850-talet dömdes ut. År 1861 flyttades de intagna över till det nybyggda Konradsbergs sjukhus på Kungsholmen. Beckomberga mentalsjukhus var betydligt nyare – det stod färdigt 1932 och blev i mitten av 1900-talet Sveriges och Europas största mentalsjukhus. Fram till 1929 skiljde man i sinnessjuklagstiftningen mellan två typer av sådana



Foto: Lennart Nilsson/Nyhetsbyrå TT

»Beskrivningar finns bevarade av hur besökare betalade en avgift för att titta på de 'galna'.«

sjukhus – hospital för botbara patienter och asyler för dem som inte ansågs botbara.

Många patienter vårdades hela sitt vuxna liv på mentalsjukhusen på oklara grunder – en patient som av sin lärare betecknades som osedvanligt envis vårdades från 11 års ålder tills han avled 70 år gammal på St. Lars mentalsjukhus i Lund. Behandlingarna kunde bestå i dygnslånga bad, kräkinducerande »snurrstolar«, inspärning i burar eller dårkistor och svältkurer. När patienterna avled fick de inte begravas på vanliga kyrkogårdar då det ansågs ovärdigt att blanda sinnessjuka med respektabla personer. Det inrättades särskilda begravningsplatser där graven markerades av ett enkelt järnkors med journalnumret inristat (Fakta 2).

Från 1960-talets storhetstid till få vårdplatser

Under 1960-talet hade mentalsjukhusen sin storhetstid med

SAMMANFATTAT

Schizofreni är ett sjukdomstillstånd förknippat med hög risk för förkortad livslängd, svårbehandlade symtom och bestående kognitiva funktionsnedsättningar.

Inskränkning i social och yrkesmässig funktion är vanlig bland patienter med schizofreni

och förstärks av den isolering och sysselsättningsbrist som drabbar många.

Långtidsprognosen är dålig, och aktuell forskning talar för att sjukvården, samhället och beslutsfattare bör ägna schizofreni mer uppmärksamhet.

38 000 vårdplatser [2]. Socialstyrelsen gav 1968 ut en rapport där målen var att skära ner på den slutna vården och i stället satsa på akutvård vid de psykiatriska klinikernas akutsjukhus [3]. Det möjliggjordes av de antipsykotiska läkemedlens införande under sent 50-tal, vilket innebar en revolution inom psykiatrisk behandling. Läkemedlen ersatte de tidigare ganska smärtsamma och farliga behandlingarna som lobotomi, insulinbehandling och långbad [4].

Nedläggningarna av de stora mentalsjukhusen inleddes på 80-talet. Den psykiatriska öppenvården byggdes ut, och sektoriseringen av den psykiatriska vården inleddes. Det innebar att patienter inom ett visst geografiskt område skulle få både öppen- och slutenvård inom den närmaste belägna psykiatriska kliniken. Tanken bakom sektoriseringen var att tillhandahålla en sammanhållen vårdkedja genom att både slutenvården och öppenvården tillhörde samma psykiatriska klinik. Personal skulle kunna följa sina patienter oavsett vårdnivå och underlätta in- och utslussning från slutenvård. Det visade sig dock att uppdelningen mellan vårdformerna kvarstod och inte motiverade den kostnadsökning som sektoriseringen innebar. Sektoriseringen har nu ersatts av en mer uppdelad slutenvård och öppenvårdsindelning då den inte gav önskvärt resultat i form av tillräckligt stöd i öppna vårdformer i samhället för patienterna.

Ytterligare en förändring var Psykiatrireformen som kom år 1995 och innebar en uppdelning av ansvaret för behandling och stöd mellan psykiatri och socialtjänsten med intentionen att förtydliga och utöka det samhälleliga stödet för patienterna [5]. Från 1960 till 2009 har även antalet vårdplatser i Sverige minskat från cirka 37 000 till 4 400 [6, 7]. Det pågår ännu ett fortsatt arbete med att tillgodose patienternas behov av adekvat stöd och behandling, som fortfarande är otillräckliga för ett dragligt liv i samhället.

Sättet att diagnostisera schizofreni genom tiderna

De psykiatriska diagnoserna har varierat långt in i modern tid. I mitten på 1700-talet benämndes de sjuka på Waldausjukhuset i Bern med två diagnoser; »halbtoll« eller »ganztoll« (halv- eller helgalen). I Sverige var den officiella benämningen »sinnessjukdom« fram till 1959. Den ersattes då av benämningen »mentalsjukdom« vilken från 1966 kom att kallas »psykiatrisk sjukdom« och kom att ingå i läkarstudierna. Psykiatri är därmed den yngsta av de medicinska disciplinerna.

Under senare delen av 1800-talet startade ett mer systematiskt arbete med de specifika psykiatriska diagnoserna, vilket efter några decennier mynnade ut i det som vi i dag känner igen som schizofreni. Den engelske neurologen John Hughlings Jackson formulerade under 1880-talet begreppen »positiva« och »negativa« symtom för det som han kallade »insanity« [8]. Denna uppdelning i galenskapens aktiva och passiva sidor har sedan kommit att styra vårt tänkande. Han postulerade också en underliggande biologisk patologi. Ett exempel på sentida teorier som direkt alluderar på Hughlings Jacksons uppdelning är Tim Crows typ I och typ II-modell för schizofreni [9]. Typ I kännetecknas av manifesta positiva symtom och typ II av negativa, bortfallsymtom. Crow föreslog att dessa två typer skulle utgöra två distinkt olika sjukdomar.

En tysk psykiater, Emil Kraepelin, formulerade på 1890-talet det första klassifikationssystemet där han skiljde ut två huvudtyper av allvarlig psykisk sjukdom. En kallade han ma-

»Så pessimistiska var hans åsikter att han ansåg att om patienten tillfrisknade, var detta ett tecken på att ursprungsdiagnosen var fel.«

FAKTA 1. James Tilly Matthews – Bedlams mest kände patient.

James Tilly Matthews, en före detta fredsaktivist som deltog i Napoleonkrigen, togs in på Bedlam, Londons ökända asyl, år 1797. Hans paranoidea vanföreställningsvärld beskrevs av hans läkare John Haslam i boken »Illustrations of madness«.

Matthews trodde att hans sinne kontrollerades av »Air Loom« – en skrämmande maskin vars strålar och mystiska gaser hjärntvättade både honom och andra, även politiker, för att tvinga fram revolution, terror och krig. Air Loom arbetade genom att väva »airs«, eller gaser, till en »varp av magnetisk vätska« som sedan riktades mot sitt offer. Ett gäng skurkar kontrollerade och plågade honom och andra

med denna »mesmeristiska« maskin.

Matthews berättelse var välformulerad och illustrerad med ingenjörslänkande teckningar vilket ledde till att han delvis blev trodd, åtminstone av sin egen familj. Han togs därför på allvar när han beskrev den vård av patienter som skedde på Bedlam.

En utredning företogs och Haslam blev avskedad som ansvarig för de grymheter som patienterna utsattes för.

Den utförliga beskrivningen av paranoid schizofreni citeras ännu i dag. Den illustrerar en av psykiatrins svårigheter, att klarlägga symtom tydande på sjukdom när patienterna i sin tur beskyller psykiatri för att sjukförklara dem.

FAKTA 2. Konradsberg och Beckomberga – en fallbeskrivning.

Erik var 34 år när han kom till Konradsberg 1919. Så här beskrev han sina intryck:

»Patienterna var klädda i långa vita nattskjortor. De som inte fick gå uppe var fastbundna i sina sängar. De som behövde lugnas fick sprutor eller behandling med timmeslånga 37-gradiga långbad. Min döde

pappa hemsökte mig och strök sin hand över min. Han talade genom min mun och gav befallningar till andra patienter.«

Erik vistades i omgångar på Beckomberga från sent 30-tal till 70-talet och tillhörde det tusentals patienter som blev kvar i brist på alternativ.

nisk-depressiv psykos och den andra dementia praecox. Dementia praecox indelade han vidare i tre olika manifestationer: (1) desorganiserat och inkongruent beteende – hebefreni, (2) rörelseinskränkningar (eller dess motsats) – katatoni, samt (3) förföljelsetankar – paranoia [10]. Kraepelin observerade yttringarna av de psykiska tillstånden och gav sig inte in i förklaringar om bakomliggande orsaker då han saknade sådan information och undvek att spekulera. Kraepelin hade under hela sin långa läkargärning en mycket pessimistisk syn på prognosen vid dementia praecox. Så pessimistiska var hans åsikter att han ansåg att om patienten tillfrisknade, var detta ett tecken på att ursprungsdiagnosen var fel.

Intressant är att det som vi i dag kallar kognitiva funktionsnedsättningar var centrala inslag i symtombilden redan i Kraepelins tänkande. De har alltså varit kärnkomponenter i schizofrenibegreppet från första början, och är så än i dag. Den schweiziska läkaren Eugen Bleuler myntade termen schizofreni (eller snarare gruppen schizofrenier) cirka år 1900 [11]. Hans schizofrenibegrepp var mer inkluderande än Kraepelins, och tanken på att schizofreni egentligen är ett samlingsnamn för flera tillstånd härstammar från honom. Bleuler kom att dominera tänkandet i den anglosachsiska världen medan Kraepelin hade motsvarande position i Tyskland och Skandinavien under första hälften av 1900-talet.

Schizofrenibegreppets framväxt i modern tid

Under mitten av 1900-talet kom schizofrenibegreppet att avsevärt glida isär mellan USA och Europa: en amerikansk användning där förekomsten av positiva symtom dominerade

och en europeisk som även betonade funktionsförlusten. Skillnader mellan studier av schizofrenins långtidsförlopp kan delvis förklaras med skiftande diagnostaditioner. Om exempelvis patienter med schizoaftaktiv sjukdom inkluderas i studiegruppen schizofreni blir prognosen bättre eftersom patienter med schizoaftaktiv sjukdom har gynnsammare prognos.

Många av de klassiska uppföljningsstudierna använder vaga och sinsemellan svårjämförbara diagnostaditioner. En stor skiljelinje går mellan att å ena sidan enbart använda symtom som anses speciellt utmärkande för sjukdomen (amerikansk tradition) och å andra sidan att därtill ta med uppgifter om sjukdomsförlopp (europeisk tradition).

Dessa skillnader i diagnostaditioner illustrerades i en multicenterstudie som publicerades 1972 av WHO [12]. Här visades att cirka 25 procent fler patienter fick en schizofrenidiagnos i USA jämfört med i Europa. Utbredningen av sjukdomen var annars tämligen lika över världen när man använde strikta och likartade kriterier. Från denna multicenterstudie uppstod det en myt om en bättre prognos i utvecklingsländer [12]. Detta har dock sedan inte kunnat verifieras i andra studier, och resultaten i WHO:s studie beror sannolikt på design- och metodbrister. Exempelvis kan nämnas att i en indisk studie med uppföljning av förstaepisodspatienter framgår att 47 procent av männen med dålig tvåårsprognos hade avlidit 15 år senare, och de positiva slutsatserna dras från överlevarna [13].

Problemen med de olika traditionerna, liksom kraven på striktare diagnostik för att kunna genomföra bättre läkemedelsstudier, ledde fram till olika försök med manual- och kriteriebaserade diagnossystem. Detta ledde till utvecklingen av två klassifikationssystem, ett amerikanskt och ett europeiskt: Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders (DSM) [14] respektive International Classification of Diseases (ICD) [15]. Senare upplagor av DSM och ICD har en tämligen likartad definition av sjukdomen. Dock finns fortfarande skillnader som får viss betydelse för studier av prognosen. Ett exempel på olikhet är att ICD-systemet kräver en symptomvaraktighet av enbart en månad medan det i DSM-systemet krävs sex månader för att fylla kriterierna för en schizofrenidiagnos.

DSM-5 är den senaste i raden av diagnossystem, som lanserades av American Psychiatric Association i maj 2013 och utgavs i svensk översättning i oktober 2014. En ambition när arbetet inleddes var att finna grund för en subgruppering inom schizofrenispektrumet utifrån en kombination av symtom och genetik och/eller biologiska markörer. Denna ambition har dock inte kunnat infrias då det ännu saknas biologiska markörer och genkombinationer som är specifika för sjukdomen eller en undergrupp av den. Än så länge får vi alltså fortsätta med diagnosen schizofreni trots att den sannolikt inte är en enhetlig sjukdom, då vi saknar valida alternativ. I DSM-5 har undergrupperna paranoid, hebefren, kataton och residu-alschizofreni tagits bort. Dock kvarstår samma kriterier som i DSM-IV för att ställa en schizofrenidiagnos.

Hur många får diagnosen?

Schizofreni uppskattas drabba 15 personer per 100 000 invånare och år [16]. Denna incidens (antalet nyinsjuknade) är låg, men prevalensen blir ändå relativt hög då de flesta patienter aggregeras och finns kvar inom specialiserad psykiatri under överskådlig tid. Prevalensen (antalet personer med diagnosen vid ett givet tillfälle) är i medeltal 0,45 procent av befolkningen men varierar stort mellan hög- och låginkomstområden. Det innebär att cirka 35 000 personer har psykossjukdom i vårt land [17].

I Stockholm varierar prevalensen mellan 0,3 och 1 procent mellan hög- och lågstatusområden vilket i ett internationellt perspektiv ändå tyder på viss jämlikhet [18]. I London kan

»Denna incidens är låg, men prevalensen blir ändå relativt hög då de flesta patienter aggregeras och finns kvar inom specialiserad psykiatri under överskådlig tid.«

motsvarande variation innebära en tiofaldig skillnad mellan hög- och lågstatusområden, och man har även kunnat belägga att sjukdomen till viss del orsakas av den kroniska stress det innebär att tillhöra en marginaliserad etnisk minoritet karakteriserad av sociala problem och utsatthet. Forskning om personer med afrokaribiskt ursprung i London belägger detta [19].

Trots att patienter med schizofreni bara utgör cirka 10 procent av det totala antalet patienter inom specialiserad psykiatri utgör de cirka 35 procent av dem som slutenvårdas och en ännu högre andel av dem som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård [18].

Vad kostar schizofreni?

Sjukdomen kostar samhället drygt en halv miljon kronor per år per patient varav cirka 60 procent är indirekta kostnader [20]. Då sannolikt inte alla indirekta kostnader är inräknade, exempelvis de som inbegriper närståendes informella vårdböroda, är kostnaden troligen en underskattning. I en svensk studie framkom att anhöriga bistår, vårdar och hjälper sina närstående motsvarande ett halvtidsarbete trots att de samtidigt arbetar; dessa kostnader är inte medräknade [21].

Långtidsprognosen vid schizofreni

Prognosen vid schizofreni har varit en fråga där åsikterna varierat sedan sjukdomen först definierades för cirka 100 år sedan. I de första studierna dominerade en pessimistisk syn på möjligheten till förbättring och tillfrisknande [22].

Under 1980-talet publicerades några studier som gav en mycket mer optimistisk syn på långtidsprognosen. Dessa studier fick ett stort genomslag och citeras fortfarande som bevis för en god långtidsprognos vid schizofreni. I en litteraturgenomgång från 1980 konkluderas att mer än hälften av patienter med schizofreni får en gynnsam långtidsprognos [23]. Ytterligare en amerikansk översiktsartikel från 1987 pekade i samma riktning [24].

Nyare utfallsstudier med bättre kvalitet

Sedan år 2000 har det publicerats ett flertal uppföljningsstudier som uppfyller rimliga krav på tydligt angivet diagnostiseringsförfarande, tydliga och redovisade utfallsmått och redovisade bortfall med väl definierade populationer som följs över tid.

Som ett led i SBU:s arbete med rapporten »Schizofreni – Läkemedelsbehandling, patientens deltagande och vårdens organisation« gjordes en forskningsgenomgång av långtidsuppföljningar av patienter med schizofreni [25]. Ett av inklusionskraven var att samtliga individer från ursprungspopulationen ska följas under hela uppföljningstiden och vara med i slutredovisningen, även de som avlidit. Litteraturgenomgången visade därmed att medellivslängden för personer med schizofreni är cirka 20 år kortare än för befolkningen i övrigt, vilket inte framgick av de tidigare 80-talsstudierna.

De studier som håller högsta kvalitet (och är mest sällsynta) är födelsekohortstudier där alla barn som fötts i ett bestämt område följs fram till vuxen ålder och de som insjuknat i schizofreni redovisas, liksom utfallet för dessa. Notabelt är att dessa studier redovisar de mest pessimistiska utfallssiffrorna.

Tidigare sammanställningar av forskningsresultat har fört fram att diagnos liksom grad av symtom är determinanter för social funktion. Nyare sammanställningar visar att kognitiva funktioner, speciellt processhastighet och uppmärksamhet, är de starkaste negativa prediktorerna för förmåga till framtida arbete, och därnäst kommer negativa symtom. I en studie av Milev et al förklarade de kognitiva funktionsbortfallen sju procent och de negativa symtomen ytterligare tre procent av variansen i utfallet »har inte arbete«, vilket tyder på att de bara delvis är överlappande prediktorer för oförmåga till framtida arbete [26].

Kognition mäts med standardiserade neuropsykologiska test med kända psykometriska egenskaper. Detta gör att resultaten från kognitionsstudier från olika länder och från olika decennier är rimligt jämförbara.

I Tabell I redovisas kortfattat långtidsutfallen för patienter med schizofreni hämtat från SBU-rapporten 2012. I sällsynta fall återhämtade sig personer med schizofrenisjukdom helt; cirka 10–15 procent av nyinsjuknade, och i varierande grad från 0 till 10 procent av patienter som varit sjuka längre. Det kan dock inte bedömas hur varaktig denna återhämtning är [25].

De kognitiva funktionsnedsättningarna finns vid sjukdomsdebuten, förbättras marginellt vid remission och är sedan stabila under lång tid. Ingen forskning tyder på återhämtning av kognition vare sig på kort eller lång sikt.

En majoritet (ca 60–70 procent) av personer med schizofreni har symtom i sådan utsträckning att det stör deras beteende och välbefinnande. Män har i genomsnitt något större svårigheter.

En mycket stor majoritet av personer med schizofreni visar bestående funktionsnedsättningar. Stora olikheter mellan länder beträffande den sociala livssituationen förklaras bäst med att olika länder skapat olika förutsättningar för gruppens inkludering i samhället. Graden av annat socialt stöd varierar mycket med kultur och sammanhang. Anhöriga står för en mycket stor stödinsats [21].

Slutsats

Tolkning av forskningsresultat har lett till diametralt olika

TABELL I. Långtidsutfall för patienter med schizofreni (SBU 2012).

Utfall	Antal studier	Antal patienter	Andel förbättrade
Återhämtning	9	11 621	10–15 %
Kognition	8	759	Marginell förbättring initialt, därefter stabil nedsättning
Arbete och studier	23	18 816	10 % arbetar, 10 % studerar
Symtomremission	18	16 186	Ca 30 % uppnår remission
Beroende av vård och stöd	6	1 161	10–20 % kan avskrivas från specialiserad vård

uppfattningar om långtidsprognosen vid schizofreni, från en pessimistisk bild vid sekelskiftet och under tidigt 1900-tal till en optimistisk bild under 1980-talet och nu åter mot en mer negativ bild. Det kliniska intrycket i kombination med sammanställningen av den metodologiskt mer stringenta forskningen under 2000-talet talar för att långtidsprognosen är mycket dålig. Patienter med schizofreni har mycket stor risk för förtidig död, en stor symtombelastning i negativa, positiva och desorganisationsymtom samt betydande och bestående kognitiva funktionsnedsättningar, vilket också drabbar den sociala och yrkesmässiga funktionen. Dessa svårigheter består under mycket lång tid och borde innebära hög prioritet för hälso- och sjukvård, kommuner och för politiska beslut.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-6-27.
- Sjöström B. Den galna vården. Svensk psykiatri 1960–2000. Stockholm: Bokbox förlag; 2001. p. 203.
- Steinholtz-Ekecrantz L. Patienternas psykiatri: en studie av institutionella erfarenheter [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
- Lehmann HE, Ban TA. The history of the psychopharmacology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42:152-62.
- Välfärd och valfrihet. Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. Artikelnr 1999-15-1.
- Tillgång på vårdplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-5-24.
- Magnusson A. Home care of persons with long-term mental illness. Nurses and mental health care workers' experiences of how changes in the organisation of psychiatric services have changed their work [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2003.
- Berrios GE. The factors of insanities: J. Hughlings Jackson. *Classic Text No. 47. Hist Psychiatry*. 2001;12:353-73.
- Shricqui C, Nasrallah H. Contemporary issues in the treatment of schizophrenia. Washington: American Psychiatric Press, Inc.; 1995. p. 113.
- Emil Kraepelin (1856-1926). *Psychiatric nosographer*. JAMA. 1968;203:978-9.
- Bleuler M, Bleuler R. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen Bleuler. *Br J Psychiatry*. 1986;149:661-2.
- Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, et al. WHO international pilot study of schizophrenia. *Psychol Med*. 1972;2:422-5.
- Jablensky A, Sartorius N. What did the WHO studies really find? *Schizophr Bull*. 2008;34:253-5.
- Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, et al. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:25-51.
- Escorpizo R, Kostanjsek N, Kennedy C, et al. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health*. 2013;13:742.
- McGrath J, Saha S, Welham J, et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004;2:13.
- Svenska psykiatriska föreningen. Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia förlag; 2009.
- Jørgensen L. Incidens och prevalens av icke-afektiva psykoser i Stockholms län: en registerstudie [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2014.
- Sugarman PA, Craufurd D. Schizophrenia in the afro-caribbean community. *Br J Psych*. 1994;164:474-80.
- Ekman M, Granström O, Omerov S, et al. The societal cost of schizophrenia in Sweden. *J Ment Health Policy Econ*. 2013;16:13-25.
- Flyckt L, Löthman A, Jørgensen L, et al. Burden of informal care giving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59:137-46.
- Stephens JH. Long-term prognosis and followup in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1978;4:25-47.
- Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry*. 1980;136:413-20.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38:477-86.
- Schizofreni – läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012. SBU-rapport nr 213.
- Milev P, Ho BC, Arndt S, et al. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2005;162:495-506.

SUMMARY

Schizophrenia is a disorder that causes the individual a very high risk of premature death, a high occurrence of positive and negative symptoms and disorganized thoughts and behavior rendering a normal life in society difficult. The substantial and enduring cognitive symptom are not alleviated by medication and causes difficulties in everyday life activities. The social dysfunction is further aggravated by the isolation and lack of work that patients with schizophrenia most often endure. The long-term prognosis is very poor according to more recent research and should be given appropriate attention in health-care, communities and political priorities.