

Psykiatireformen vetenskapligt granskad

Urban Markström. **Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater.** 352 sidor. Umeå: Boréa; 2003. ISBN 91-89140-26-5.

Recensent: Karl Grunewald, professor, f d medicinalråd, Saltsjö-Duvnäs.

II Praktiskt taget alla våra mentalsjukhus med 20–30 000 patienter och med nästan lika många anställda stängdes under loppet av några decennier. Vad var kraften i denna omvärdering? Vem drev på, och vem höll igen? Det är utgångspunkten för en avhandling på institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet skriven av Urban Markström. Han är socionom och chef för Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten.

Sociala insatser som vid funktionshinder

Redan några år efter det att Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH, bildades 1967 höjde man rösten för brukarnas medbestämmande och mot tvånget inom mentalsjukvården. Inom psykiatrin var det den ökade motsättningen mellan »biologi och psykologi» som blev drivkraften. Sektorisering kunde visserligen förena de två synsätten, men först i slutet av 1980-talet var sektoriseringen någorlunda genomförd.

Markström beskriver hur Socialstyrelsen drev på med den ena skriften efter den andra, men de var alla skrivna »ifrån» psykiatrin. Ingenstans tar man upp det som var kärnan i problematiken, att de »kroniskt psykiskt sjuka» först och främst borde ges sociala insatser i det öppna samhället som andra personer med funktionshinder.

Socialtjänstlagen stadgade ansvaret

Redan 1982 stadgade Socialtjänstlagen att kommunerna skall ge bostad och samsättning åt funktionshindrade som »möter betydande svårigheter i sin livsföring». På detta reagerade de, som Markström uttrycker det, passivt. Det fanns inga ekonomiska incitament, och man kände en osäkerhet inför ett problemområde som man inte behärskade.

För övrigt accepterade varken psykiatrin eller socialtjänsten begreppet psykiskt funktionshindrad – man såg dem alltför som kroniskt psykiskt sjuka. Därmed kunde psykiatrin bevara sin domän och kommunerna frikänna sig sitt ansvar.

Många av dem som skrevs ut från sjukhusen under dessa år kom att leva

under ovärdiga förhållanden. Varken de professionella eller allmänheten engagerade sig.

Reformen formulerades

Situationen blev ohållbar för regeringen. I slutet av 1980-talet tillsatte den Psykiatriutredningen. I direktiven beskrevs inriktningen, och utvalda politiker och experter fick stå för innehåll och utformning. Slutbetänkandet kom 1992.

Markström beklagar att utredningen använder sig av »psykiskt störda» som en övergripande term. Det skapade förvirring. Och än värre: själva målgruppen blev odefinierad både till antal och art, och därmed blev även gränsdragningen mellan olika lagar oklar.

Det var den borgerliga regeringen som lade fram propositionen till Psykiatireformen, och 1995 trädde den ikraft. Utredningens förslag till styrning genom regler tonades ner, och allmänt hållna normer och värderingar fick dominera. Det märks främst i den suddiga beskrivningen av dem som fick rätt till insatser med stöd av handikapplagen LSS, men inte till meningsfull daglig verksamhet, som utvecklingsstörda personer haft i nära trettio år.

Staten anslag 1,2 miljarder till projekt som blev en huvudstrategi för att genomföra reformen, utan att ange en långsiktig strategi. Något rehabiliteringsbidrag infördes inte. Det enda tydliga i propositionen var kommunernas ansvar för de medicinskt färdigbehandlade och skatteväxlingen mellan landsting och kommuner. I Socialtjänstlagen förtydligades ansvaret för dem med psykiska funktionshinder.

Ändrat synsätt från sjuk till handikappad

Den ideologiska kärnan i reformen låg i perspektivbytet från sjuk till handikappad. Den enskilde skulle nu ges möjlighet att trots sina funktionshinder leva så normalt och så lite handikappad som möjligt. Det var detta som kommunen hade både erfarenheter och kunskaper om. Men det ändrade synsättet hade enligt Markström svårt att slå igenom. Här är några av orsakerna: Det ändrade synsättet hade inget fotfäste vare sig hos professionella eller allmänheten före reformen, en stor del av den personal som anställdes av kommunerna kom från mentalvården. Det var ytterligare en orsak till att tillämpningen av handikapplagen LSS på målgruppen misslyckades.

Till detta kan man lägga det olyckliga i att många kommuner skapade enheter för »kommunal psykiatri» i stället för att inordna de nya verksamheterna under befintlig handikappomsorg, och att många av »de drabbade» föredrog identiteten sjuk framför handikappad.

Att skapa ett nytt synsätt är svårt,

särskilt om det kränker ens genom utbildning och upplevelser tillägnade identitet, menar Markström. Lösningen ligger i tiden och den utbildning som kommer att ges till framtida aktörer. Dessutom tillkommer tillämpningen av den nya internationella klassifikationen av personer med funktionshinder, ICF, som håller på att spridas.

Reformens stötestenar

Många av de uppsatta målen nåddes inte under de tre första åren. Den treåriga utvärderingsplanen var för kort. Här är några av de faktorer som Markström anser försvårade genomförandet: Det var inte lätt att integrera personer i samhällslivet som isolerat sig av egen vilja eller institutionaliserats av psykiatrin, reformen krävde koordinerade förändringar inom två stora organisationer, genomförandet sammanföll med en lågkonjunktur, och reformen kom efter flera andra stora kommunaliseringsreformer.

Hätsk debatt

Den 3 januari 2000 sa socialminister Lars Engqvist i TV:s »Aktuellt» att reformen var ett stort socialpolitiskt misslyckande och en skam för Sverige. Det var ett slag i ansiktet på alla engagerade. Han tog visserligen tillbaka sitt yttrande senare, men det speglade vad folk trodde och vad många ville höra. Åtskilliga vinklade artiklar hade publicerats av dem som kände sig överkörda och som ville ha fler egna resurser.

Det är märkligt att notera att reformens betoning på valfrihet och autonomi för de berörda aldrig riktigt accepterades av allmänheten, konstaterar Markström. Man lyssnade mer på eländesbeskrivningar än på den överväldigande majoritet av de utskrivna, som inte ville tillbaka till mentalsjukhusen. Reformen betecknades på sina håll till och med som inhuman!

Misslyckad reform?

Vad anser Urban Markström efter sin vetenskapliga genomgång? Var Psykiatireformen misslyckad?

Nej, svarar han, även om implementeringen har varit svår kan den långt ifrån kallas för misslyckad. Därtill är de positiva erfarenheterna alltför många. Till dem hör att man idag kan se framväxten av nya samhällsbaserade arbetsätt, en mängd nya insatser inom kommunerna och framflyttade positioner för personer med psykiska funktionshinder och deras anhöriga.

Idag bor 8 000 personer med psykiska funktionshinder i av kommuner bekostade boenden, 15–20 000 deltar i daglig verksamhet och över 5 000 får stöd av mobila team. Dessutom tillkom-

mer 300 personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder.

En försenad reform

Det är djärvt att skriva en utvärdering av en så omfattande reform som Psykiatireformen med så kort perspektiv. Men genom att lägga stor tyngd på beskrivningen av psykiatrin och socialtjänsten decennierna innan reformen trädde i kraft förlängs perspektivet. Därigenom framstår klart reformens huvudproblem – den kom för sent och framtvängades i hast med en rad felbedömningar av regeringen.



Handbok i kirurgisk organsvikt lämplig i ST-utbildningen

Hans Renck. **Svikt av vitala funktioner**. 4:e upplagan. 487 sidor. Torekov: ANIVA förlag; 2003. ISBN 91-631-3341-5.

Recensent: Hans Sköld, överläkare, sektorchef, AnOplIVA, Centralsjukhuset, Karlstad.

■ Det är nu drygt tio år sedan den första upplagan av Hans Rencks »Svikt av vitala funktioner« kom ut. Namnet var då »Kirurgisk patofysiologi ur anesthesiologisk synvinkel«, en kanske mer svårsmält titel men dock bättre beskrivande dess innehåll, då boken uppdaterar och repeterar gemensamma frågeställningar inom anesthesi/intensivvård och kirurgi.

Sedan dess har ytterligare två upplagor kommit, och när den fjärde nu presenteras görs det efter en rejäl revidering och koppling till aktuell skandinavisk behandlingspraxis. Författaren har som tidigare tagit hjälp av namnkunniga kolleger med stor erfarenhet från akutsjukvård, vilket gör att man känner att textmassan och behandlingsrekommendationerna har vetenskaplig tyngd och aktualitet.

Patofysiologi i anestesiperspektiv

Boken börjar med en kondenserad version av ATLS-konceptet för att sedan gå

vidare med att beskriva kroppens reaktion på skada. Med fokus på den riktade preoperativa utredningens betydelse och de postoperativa fallgroparna tas den perioperativa anestesijukvården upp i ett kapitel, i ett annat diskuteras smärtfysiologi och smärtlindring som fysiologisk kaskadmodulerare. Rejält utrymme ges åt centrala begrepp som transport av syre och koldioxid, energi-, vätske- och elektrolytomsättning samt syrabasbalans, och man rekapitulerar patofysiologin inom cirkulation och andning med uppdateringar inom andningssvikts-, cirkulationssvikts- och chockbehandling. Avslutningsvis berörs orsaker till och konsekvenser av koma och intrakraniell tryckstegring med beskrivning av »Lundakonceptet«.

Föredömligt disponerad

Boken har en föredömlig kapitelindelning med indexering, vilket underlättar då man vill gå tillbaka och söka i texten. Likaså finns i början en förkortningsordlista till hjälp. Framställningen är avsiktligt översiktlig och med undvikande av detaljer. Därför har man stor hjälp av de referenser och vidareläsningsförslag som finns i anslutning till varje område.

Hans Renck har lyckats mycket väl i sin strävan att i handboksformat på ett enkelt och lättfattligt sätt beskriva den kirurgiska patofysiologin och betydelsen av ett fysiologiskt betraktelsesätt inom kirurgisk anesthesi och intensivvård.

Förutsätter breda grundkunskaper

Som basal kurslitteratur under läkarlinjen eller under sköterskevidareutbildningen inom anesthesi/intensivvård tror jag den är alltför komprimerat skriven då den förutsätter bred basal kunskap och erfarenhet inom patofysiologi, däremot lämpar den sig mycket väl som introduktions- och repetitionslitteratur – både för blivande och något ringrostiga kolleger inom anesthesi/intensivvård och kirurgi.

Då jag under genomläsningen vid flera tillfällen drabbades av såväl aha- som javisstja-tankar väcktes idén om att den skulle passa bra som baslitteratur för en specialitetsövergripande ST- eller PG-kurs inom området kirurgisk organsvikt, något som rentav skulle kunna vara en avstamp mot och plattform för den nu allt intensivare diskussionen runt »step-down«-enheter, lätt-IVA och mobila IVA-team.

Profylax mot intensivvård räddar liv

Under den sista tiden har det blivit allt mer uppenbart att det inte är med tung intensivvård vi räddar flest liv utan genom att med rätt behandling profylaktiskt undvika densamma. •