

Psykiatrireformen behöver reformeras

Ansvar för Psykiatrireformen måste läggas på politikerkåren, som vid genomförandet var enig. Just därför blir ansvaret desto tydligare för beslutsfattarna vad gäller korrigeringar av dåliga beslut och verkställande av de löften som gavs 1995. De goda modellerna finns redan i Sverige. Pengarna finns – om det finns en politisk vilja och ett politiskt intresse för saken. Vi är övertygade om att företrädare för den akademiska och kliniska psykiatrin är beredda att ta sin andel av ansvaret för att rekonstruera en modern, offensiv psykiatri.

SVEN JONAS DENCKER

professor h c, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
031-163230@comhem.se

JAN WÅLINDER

professor em, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

■ Två saker motiverar oss till debatt. Den första gäller debatten i riksdagen den 6 oktober 2003. Ett tidigare enat politikeretablissemang kastade den dagen skulden på varandra för misslyckandet med Psykiatrireformen. Den andra saken avser kolleger från andra discipliner, som frågar oss hur vi kunde låta det hända.

Bakgrund

Psykiatrin som helhet lider av ekonomisk svält. Var tredje människa drabbas under sin levnad av psykiska besvär som kräver professionell handläggning. Denna stora grupp lider bl a av ångest och depressiva symtom. Det är inte dessa patienter vi avser utan de för vilka mentalsjukhusen en gång byggdes. Den gruppen dominerades av schizofreni, en sällsynt sjukdom men vanligtvis kronisk och svårbehandlad. Byggandet av mentalsjukhusen är den hittills största satsningen, inte minst ekonomiskt, inom psykiatriområdet.

Mångårig vistelse på ett mentalsjukhus kom att prägla åtskilliga patienters beteende. Den eventuella artefakten vägde förmodligen lätt i jämförelse med vinsterna i form av stressfri miljö och ett gott omhändertagande.

De antipsykotiska läkemedlen med definierade neurobiologiska mekanismer i centrala nervsystemet under mitten av 1960-talet förändrade bilden dramatiskt. Den svårskötta blev vanligtvis en lättskött patient. Sjukdomssymtomen hölls nämligen under kontroll, men sjukdomen var ej botad. Därför skapades

inom svensk psykiatri särskilda rehabiliteringsresurser med individuellt utformade psykosociala program för att patienten skulle kunna klara tillvaron ute i samhället. Detta ställde speciella krav på uppföljningen. På så sätt skapades en särskild vårdkedja, där patienten, om han sviktade, kunde få omedelbar hjälp, också i form av sjukhusinläggning, därför att vårdkedjan var sjukhusbaserad [1]. Resultatet blev vanligtvis en patient som fungerade utan återfall i svårare psykos, vilket flera, bl a svenska, studier visat [2, 3].

Vad hände sedan?

Avinstitutionaliseringen började i USA med den s k Kennedy-lagen [4]. Framgången med de antipsykotiska läkemedlen gjorde att man där planerade nedläggning av mentalsjukhusen för att låta patienterna skötas av speciella välutrustade öppenvårdskliniker. De schizofrena patienterna kom emellertid inte dit utan hamnade vanligtvis hos icke specialiserade öppenvårdsläkare.

Dessa läkare kunde vanligtvis inte stå för den nödvändiga specialisationskompetensen och hade många gånger också ideologiska reservationer beträffande de terapeutiskt nödvändiga läkemedlen. Resultatet blev misslyckanden av den typ vi möter i dagens Sverige. De starka patientorganisationerna i USA grep då in och krävde reorganisation. Myndigheterna lyckades dock vrida sig ur greppet.

Ett begynnande missnöje

Händelserna i USA innebar en revolt, egentligen mest riktad mot den icke specialiserade läkargruppen. Ett gryende missnöje började förmärkas också i Sverige. De antipsykotiska läkemedlen gav biverkningar, rehabiliteringsresurser utvecklades inte i nödvändig takt och bostäder ordnades inte för till synes »färdigbehandlade« patienter, som alltså blev kvar på mentalsjukhuset. Den psykosociala situationen för patienter utan-

för sjukhuset var otillfredsställande. Alltså måste något göras, ansåg politikererna. Resultatet blev Psykiatrireformen, som trädde i kraft den 1 januari 1995.

Vad utlovades?

Det övergripande syftet med reformen var att »förbättra livsvillkoren för de långvarigt psykiskt störda ute i samhället«. Med reformen skulle de psykiskt störda bli mer delaktiga i den sociala välfärden, sades det vidare. Försöksverksamheter för missbrukare med svår psykisk störning samt inrättandet av personligt ombud, eller s k case management, och anhörig-/kamratstöd skulle stimuleras. En med patienten gemensam vårdplan skulle utvecklas. Den skulle innehålla såväl medicinska som sociala delar. Samverkansformer mellan social/hemtjänst och psykiatri skulle skapas. Utbyggnaden av öppenvården och en aktiv socialtjänst betonades.

Ett statligt bidrag på 1,2 miljarder kr under tre år tillfördes projektet. Cirka 10 procent av beloppet anförtröddes lekmanorganisationer. Regeringen uppdrog åt Socialstyrelsen att följa upp och utvärdera effekterna av reformen. Sådana årliga rapporter har presenterats. Uppdraget slutrappporterades 1998. Socialstyrelsen har emellertid fortsatt att rapportera, senast 2003, om den otillfredsställande situationen för personer med »psykiska funktionshinder«.

Vad fick patienterna?

Trots alla förberedelser försenades projektet. Efter ett år hade endast cirka 15

Ett svårt fel var att man inte öronmärkte pengarna som skulle överföras till kommunal verksamhet. Ett anmärkningsvärt misstag var också att inte den svenska och/eller internationella psykiatrin användes för råd och konsultationer.

procent av psykiatrins resurser/verksamheter till följd av reformen förts över till kommunerna, och förseningen fortsatte. Vad värre var, det fanns i Socialstyrelsens uppföljning ingen redovisning av hur de statliga pengarna förankrats i psykiatriska verksamheter. Påpekanden till Socialstyrelsen hur nödvändigt detta var ledde ej till några åtgärder. Vi, som båda haft chefstjänster, såg hur statliga bidrag till psykiatrin ofta hamnade centralt i kommunens kassa!

Vi vet i dag att reformen, om än med försening, fungerat hyggligt på många håll. Den har fungerat skrämmande dåligt på andra. Var och en kan på sin ort kontrollera hur avgivna löften uppfyllts. Den politiska debatten vittnar dock med all tydlighet om hur illa förhoppningarna har realiserats. Några exempel utanför reformen kan nämnas. Vid stängningen av S:t Jörgens sjukhus i Göteborg fick endast 4 procent av sjukhuspatienterna det alternativa boende som hade utlovats [5]. Stängningen av mentalsjukhuset Sundby i Strängnäs gav skrämmande resultat [6].

Varför gick det snett?

Som vanligt, måste vi säga, var riksdagsmännen inte kunniga eller medvetna om hur det fungerade ute i kommunerna. Ett svårt fel var att man inte öronmärkte pengarna som skulle överföras till kommunal verksamhet. Ett anmärkningsvärt misstag var också att inte den svenska och/eller internationella psykiatrin användes för råd och konsultationer. Inte en enda psykiater ingick i den ursprungliga kommittén. Vid den tidpunkten fanns nämligen svenska rapporter om innehåll och resultat av rehabilitering av svårt psykiskt sjuka [7]. Det fanns också ett dokumenterat behov av att följa patienten från sjukhuset ut i samhället i en sk vårdkedja [8].

Säkert var en del svenska läkare pådrivande. I sin avhandling anger Markström särskilt Karl Grunewald [4]. I sin recension av Markströms avhandling skriver Grunewald att det rörde sig om »felbedömningar av regeringen« [9]. Vilken regering? Vi kan på goda grunder misstänka att majoriteten av psykiaterkåren redan från början var reserverad mot Psykiatireformens huvudlinjer, inte för att man ville behålla mentalsjukhusen utan mot andemeningen att göra den sjukvårdsanslutne patienten till ett socialfall. Vi ansåg helt enkelt att dessa patienter i grund och botten var alltför sjuka för att lämnas över till alternativa omhändertagandeformer.

Slutord

Psykiatireformen planerades och genomfördes som ett »lekmannaprojekt«.

Psykiatireformen behöver reformeras. Den har hittills krävt alltför många offer och skapat personliga tragedier för de många som behöver vår hjälp.

Psykiaterkåren sågs redan från början som en motståndargrupp, av skäl som vi inte tydligt kan identifiera. Fanns det grå läkareminenser som drev på bakom kulisserna, var det anhörigorganisationer som aningslöst trodde att de kunde ta över ansvaret, eller var det impulser, t ex från USA, som låg till grund för utvecklingen av Psykiatireformen? Vi kan i dag säga att beslutet var djupt olyckligt med svåra konsekvenser som följd. Ansvaret måste läggas på politikerkåren, som vid genomförandet var enig.

Just därför blir ansvaret desto tydligare för beslutsfattarna vad gäller korrigeringar av dåliga beslut och verkställande av de löften som gavs 1995. De goda modellerna finns redan i Sverige. Pengarna finns om det finns en politisk vilja och ett politiskt intresse för saken.

Vi är övertygade om att företrädare för den akademiska och kliniska psykiatrin är beredda att ta sin andel av ansvaret för att rekonstruera en modern, offensiv psykiatri [10]. Psykiatireformen behöver reformeras. Den har hittills krävt alltför många offer och skapat personliga tragedier för de många som behöver vår hjälp.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Dencker SJ. Hospital-based community support services for recovering chronic schizophrenics: The experience at Lillhagen hospital, Gothenburg, Sweden. World Rehabilitation Fund and the Rehabilitation Services Adm, US Dept of Health, Education and Welfare; 1980.
2. Dencker SJ, Malm U, Lepp M. Do schizophrenics well adapted in the community need neuroleptics? A depot withdrawal study. Acta Psychiatr Scand 1980;61(suppl 279):64-76.
3. Wistedt B. A depot neuroleptic withdrawal study. Acta Psychiatr Scand 1981;64:65-84.
4. Markström U. Den svenska psykiatireformen. Umeå: Boréa; 2003.
5. Dencker K. The closure of a mental hospital in Sweden [dissertation]. Department of Psychiatry and Neurochemistry, University

of Göteborg, Mölndal hospital, Sweden; 1992.

6. Belfrage H. »Sundby-rapporten«: en undersökning av kriminalitet och dödlighet hos före detta mentalpatienter. Huddinge: Sektionen för social- och rättspsykiatri, Karolinska institutet; 1995. Rapport 1995:1.
7. Malm U, Lundin L, Rutz W. Att bistå vid schizofreni. 2:a upplagan. Stockholm: Intresseförbundet för schizofreni; 1996.
8. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. Br J Psychiatry 1992;161:797-801.
9. Grunewald K. Psykiatireformen vetenskapligt granskad. Läkartidningen 2003; 100:2961-2.
10. Wälinder J. Sjösett en modern psykiatrisk sjöfarare. Läkartidningen 2003;100:2314.