

Psykiatrireformen var nödvändig!

Tiotusentals personer har fått normaliserade levnadsvillkor

Psykiatriprofessorerna Sven Jonas Dencker och Jan Wålinder vill återinföra en sjukhusbaserad psykiatrisk vårdkedja. Men psykiatriska insatser utanför sjukhuset måste vara en del av normaliserade levnadsvillkor. Tiotusentals personer har fått sådana tack vare Psykiatrireformen. Mycket återstår dock att göra för kommunerna, inte minst uppsökande verksamhet, ökad tillgänglighet till arbete, och förbättrad samverkan med psykiaterkåren.

KARL GRUNEWALD
professor h c, Stockholm
karl.grunewald@swipnet.se

LARS JACOBSSON
professor/överläkare, psykiatriska kliniken och institutionen för klinisk vetenskap, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

MIKAEL SANDLUND
docent, överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, och Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten
mikael.sandlund@vll.se

URBAN MARKSTRÖM
fil dr, lektor, institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, och Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten
urban.markstrom@umea.se

II Sven Jonas Dencker och Jan Wålinder pläderar i Läkartidningen 47/2003 (sidorna 3883-4) för en »modern offensiv psykiatri«, och vill gärna att både den akademiska och kliniska psykiatrin ska engageras djupare än tidigare. Vi vill också gärna ha en »modern offensiv psykiatri« med engagerade psykiatrer, men frågan är om vi menar samma sak.

Historierevisionism

Denckers–Wålinders vision tycks grundad på närmast historierevisionistiska utgångspunkter: institutionssyndromet hos långvariga mentalsjukhuspatienter [1] i den psykiatri som dominerade under större delen av 1900-talet förringar författarna till en »eventuell artefakt« som »förmodligen vägde lätt i jämförelse med vinsterna i form av stressfri miljö och ett gott omhändertagande«. Nej, så är det förstås inte! Mentalsjukhusen var inte någon stressfri miljö; omhändertagande, bemötande, individens frihet och delaktighet lämnade mycket i

övrigt att önska. Mentalsjukhusen kan inte och ska inte återupprättas!

Medvetenheten om mentalsjukhusens otidsenlighet uppfattar vi som allmän, bland annat inom psykiaterkåren. Den bidrog till den stora minskningen av vårdplatser som skedde redan före 1995 års psykiatrireform. Kommunernas beredskap och vilja att erbjuda service till dem som skrevs ut brast dock i många stycken. Stängningen av Sundby sjukhus i Strängnäs, som skedde utan tillräcklig kommunal samverkan, är ett exempel.

Bristerna i samverkan och kommunalt engagemang var några av skälen till Psykiatrireformen, som avsåg att tillföra människor med allvarliga konsekvenser av sin psykiska sjukdom bättre levnadsvillkor, samma rättigheter och ett avpassat stöd i likhet med andra grupper i samhället med funktionshinder. Dessa intentioner delar vi, men tydligen inte Dencker och Wålinder, som tycker att »beslutet var djupt olyckligt«.

Psykiatrer medverkade

Dencker och Wålinder »misstänker på goda grunder« att majoriteten av landets psykiatrer ogillade Psykiatrireformens intention att »göra den sjukvårdsanslutne patienten till ett socialfall«. För dessa patienter är ju »i grund och botten alltför sjuka för att lämnas över ...«. De gör en poäng av att det i föregångaren till Psykiatriutredningen, som under sin korta verksamhetstid kallade sig Mentalservicekommittén, inte ingick några psykiatrer, ett förhållande av mindre vikt, eftersom denna kommitté ombildades innan den hann skriva någonting. Till Psykiatriutredningen fanns det däremot representanter för psykiaterskrået knutna, bl a deltog en av oss, LJ, som parlamentariker.

Socialpsykiatriska insatser glöms bort

Vi befarar att Denckers och Wålinders »moderna offensiva psykiatri« skulle

medföra en undervärdering av socialpsykiatriska insatser. Den skulle inte lösa de problem som finns: resurs-, kunskaps- och samverkansbrister, tillgänglighetsproblem och brist på rehabiliteringsperspektiv inom vård, stöd och servicesystemet för människor med psykiska funktionshinder. Det är svårt som Psykiatrireformens förverkligande hittills inte löst, men heller inte skapade.

Vad som behövs nu

Det som behövs nu är offensiva satsningar på samordnad vård, stöd och rehabilitering för psykiskt funktionshindrade personer, där Psykiatrireformens intentioner om normalisering, samhällsbaserad, handikapperspektiv och »ett liv som andra« står i förgrunden. Inte minst måste tillgängligheten till arbete förbättras för målgruppen.

Psykiatrer behöver vara med på taget, bland annat för att utveckla och tillämpa evidensbaserade behandlingsmetoder. Det är olyckligt om psykiatrer ger uttryck för bristande respekt för samverkanspartnerns kompetens och arbetsvillkor och även olyckligt om utfallet av Psykiatrireformen beskrivs på ett onyanserat och svepande sätt. Socialstyrelsens uppföljningar [2] visar att tiotusentals personer i målgruppen fått normaliserade levnadsvillkor.

I en nyligen publicerad nationell

Det som behövs nu är offensiva satsningar på samordnad vård, stöd och rehabilitering för psykiskt funktionshindrade personer, där Psykiatrireformens intentioner om normalisering, samhällsbaserad, handikapperspektiv och 'ett liv som andra' står i förgrunden.

granskning av kommunernas insatser för målgruppen [3] framkommer att det finns en mängd verksamheter för stöd i boende och sysselsättning/rehabilitering i landets kommuner. Bristerna ligger främst i en klen förankring på ledningsnivån i kommunerna, otillräckliga system för samverkan med bland annat psykiatrin, bristande information till målgruppen och kännedom om behoven i befolkningen.

De svåra fallen

Beträffande den akademiska psykiatris engagemang kan sägas att det hittills lagts fram ett tiotal avhandlingar som berör reformarbetet. Psykiatern behövs mer än någonsin i den samhällsbaserade psykiatrin, och hon/han finns nog redan där i många fall.

Men visst – det finns svårt psykiskt sjuka personer med stora funktionshinder som, till skillnad från vad som vanligen gäller, själva inte medverkar i vård och stöd, och där psykiatrin och socialtjänsten har svårt att i samverkan hitta fram till fungerande vårdmodeller. Den gruppen patienter måste nu ägnas mycket större intresse från alla parter.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia. London: Cambridge University Press; 1970.
2. Socialstyrelsen. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. SoS följer upp och utvärderar 1999:1.
3. Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser. Rapport framtagen i samverkan mellan Socialstyrelsen och Länsstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Oklart ansvar för assistentinsatser hos multihandikappade

Tolkningsutrymme ger risk för regionala olikheter

Människor med långvariga svåra sjukdomar och handikapp vårdas idag i stor utsträckning hemma, vilket ställer krav på många hjälpinsatser. Vad som är hälso- och sjukvård och vad som är »egenvård«, avgörs i det enskilda fallet av patientansvarig läkare. Då området är relativt nytt och utan egentlig praxis uppstår oklarheter, vilka bäddar för dålig organisation och risker för vårdtagare och vårdare. Det behövs ett erfarenhetsutbyte och en öppen diskussion för att komma till rätta med problemen.

ARNE LINDER
överläkare, öron-, näs- och halskliniken
arne.linder@akademiska.se

EVA LINDBERG
överläkare, lung- och allergikliniken;
båda Akademiska sjukhuset, Uppsala

GUNN-HENNY DAHL
medicinskt ansvarig sjuksköterska,
Uppsala kommun

■ Idag vårdas människor med svåra handikapp och sjukdomar ofta hemma. För att genomföra detta krävs som regel insatser från många instanser inom kommun, försäkringskassa och landsting. Eftersom vårdtagarna inte själva klarar sina behov i hemmet får de hjälp av personliga assistenter. Den personliga assistentens arbete har från början utformats för att klara vårdtagarens grundläggande personliga behov, men hos den svårt handikappade vårdtagaren får assistenterna också uppgifter som dikteras av yttringarna av grundsjukdomen eller funktionsnedsättningen.

Suddig roll i gränzonen

Det är i denna gränzonen mellan sociala och hälsorelaterade behov som rollen blir suddig. Vårt intryck är att lösningarna i de svåra fallen dessutom kommit till som ett lappverk, där helheten kan vara svår att överblicka. Det bäddar för oklarheter i fråga om ansvaret för vad som görs, hur det görs och vilken budget som ska betala.

Vår utgångspunkt är gruppen av patienter med neuromuskulära sjukdomar som gjort dem beroende av andningshjälpmedel som trakeostomi och hem-

ventilator och som satt ned deras förmåga att själva handha skötsel av dessa. Har patienten hemventilator kan assistenterna behöva hjälpa till med att koppla in och starta ventilatorn respektive stänga av och koppla ur den, efter det schema vårdtagaren ska följa. Skötsel av en trakeostomi innefattar bland annat slem sugning i luftvägen.

Är de här åtgärderna hälso- och sjukvård som borde göras i sjukvårdshuvudmannens regi? Eller är de egenvård eftersom vårdtagaren skulle ha klarat detta själv om inte hans/hennes funktionsinskränkning lagt hinder i vägen?

Avgörandet ligger hos patientens läkare

Den som myndigheterna utsett till att avgöra vilka vårdmoment som är hälso- och sjukvård respektive egenvård är patientens ansvariga läkare. Vi uppfattar här att den läkare som tex ansvarar för utprovning och kontroll av patientens hemventilator är den som ska avgöra om assistenternas arbetsuppgifter kring ventilatorn hör till den ena eller andra kategorin. Viss ledning får den ansvariga läkaren från bestämmelserna i Tabell I. Valsituationen kan illustreras som i Figur 1.

Ordet egenvård för tanken till att behandla enklare krämpor med receptfria läkemedel, men författningen inkluderar också klart mer avancerade uppgifter av sjukvårdskaraktär. Författningstexten definierar att uppgifter som ansvarig läkare normalt lämnar till patient eller anhöriga att sköta om ska betraktas som egenvård. För en öron-, näs- och halsläkare är det rutin att instruera patienter och anhöriga i trakeostomivård. På lik-