

Om professionalitet i psykiatrisk rehabilitering

Wolfgang Rutz

Sektoriseringen inom psykiatri har lett till ökad tillgänglighet och närhet. Den har då också haft negativa följder i form av bristfälliga möjligheter till specialisering och differentiering. Specialiserad rehabiliteringsprofessionalism behövs och rehabiliteringsenheter bör återskapas inom den sektoriserade psykiatri. Hävdar chefläkare Wolfgang Rutz i följande inlägg.

Varför behövs den?

På Gotland återfaller cirka en femtedel av patienterna i rehabiliteringseftervården inom ett år till ett slutenvårdsbehov. Så gott som alla saknar primärfamilj. Återfallen är sällan en följd av bristfällig rehabilitering och ofta en följd av patienternas sociala tomrum. Även många som klarar sig har dålig livskvalité. Ett flertal söker sig till sjukhusområdet för att känna sig hemma och träffa bekanta. Balansen mellan "kropp och själ", miljö, sjukdom och medicineringsbehov är uppenbar. Medicin kan minskas när man mår socialt bra och behöver ökas i kris.

Även om massmediadebatten kring neuroleptika-medicinering är vinklad så bör långtidsbehandlingens risker tas på allvar. Vi står dagligdags inför farmakologiskt komplicerade och etiskt svåra cost-benefitavvägningar som patienterna och deras anhöriga bör bli delaktiga i. Medicineringen bör minimaliseras.

Klart står att patienternas utskrivning från institutionen enbart har kunnat genomföras med hjälp av effektiv och professionell medicinering. Lika klart är att medicinkonsumtionen avsevärt kunde förminskas om våra patienter bättre fann sig till rätta socialt och existentiellt.

Olika resurser är outnyttjade. Familjerna kvarstår i distans till sjukvårdsapparaten, skuldtyngda, försvarsinställda, ensamma och ofta samarbetsviliga – rädda att bli stämplade som patogena och kritiskt granskade av oss.

Socialtjänsten känns verbalt vid sitt rehabiliteringsansvar, men säger sig sakna resurser och stöd. Dess hjälp består ofta av bostad, socialbidrag och hemtjänst och brukar bära de torftiga materiella drag vi har renodlat i vårt samhälle.

Patienternas existentiella problem förblir obesvarade. Kontakten med ofta regressionsbefrämjande religiösa rörelser leder ibland till ett socialt samband, ofta till ett direkt återinsjuknande.

Personalen demoraliseras av enstaka patienters onödiga återfall. Patienternas sociala deprivation leder till kronicitet och "hospitalisering" utanför institution. Familjerna är vanmäktiga, saknar vårt stöd i sina kriser och hamnar i samband med återinsjuknande i omöjliga valsituationer och lojalitetskonflikter.

Omöjligheten att placera våra patienter på arbetsmarknaden tar vi nästan som given. Självklara initiativ som den att inrätta produktiva patientkooperativ motarbetas av facket och arbetslagarnas snårskog. Det som fungerar bäst på Gotland tex är ett paradoxalt nog lika översubventionerat som underbetalt skogsarbetslag med alltför få platser, där patienterna mot ynklig betalning uträttar storartat arbete. Fler lag – sägs det – "har vi inte råd med".

Arbets- och socioterapi erbjuder utbildning, trä-

.....

Omöjligheten att placera våra patienter på arbetsmarknaden tar vi nästan som given

.....

ning, struktur för dagen och stimulans, men ej den kick som väntande verkligt arbete innebär.

Enstaka självmord har förekommit bland förut betryggande inlåsta schizofrena patienter. Missbrukstendenser finns beroende på ensamheten efter utskrivningen, när man lättast får kontakt med socialt utslag.

Många patienter saknar "signifikanta andra" och vårdpersonalen får ersätta släkt och vänner, även i eftervården.

För tio år sedan innebar schizofrenidiagnosen domen till institutionsvård. Idag är läget ojämförligt mer positivt. Nya problem har dock uppstått.

Hur ser den ut?

Professionalism behövs och bör helst skilja sig från sjuttioalets expertvälde, som ofta var framsprungen ur modebetonade frälsningsläror och opportunistiska opinionstrender, saknade ödmjukhet och kompenserade brist på djupare analys och kunskap om livets komplexitet med tvärsäkerhet och enkla lösningar.

Professionalism behövs för att lära ut kunskap om schizofreni till patienter och anhöriga för att så ersätta ångest med vetande och lägga grund för mandat och förtroende. Den behövs för att vara realistisk med rehabiliteringsmålen när det gäller sjukdomens påverkan på varseblivning, omdöme, viljekraft och sjukdomsinsikt. Rätt behandling krävs i rätt tid under sjukdomens olika faser. Patienter med olika schizofrenityper kan skilja sig avsevärt när det gäller symptom, prognos och behandling. Patienter på väg från schizofren psykos blir i takt med tillfrisknandet ofta mer neurotiska och har helt andra terapibehov då än under det akuta skedet. Professionellt rehabiliteringsarbete bör ta hänsyn till detta. Vårdtiden bör dimensioneras professionellt och rätt. Utskrivning kan ske för snabbt, men även för sent, i båda fall med deletära följder.

Professionalism får inte stå i vägen för engagemang från lekmän, släkt eller socialvården utan är dess förutsättning. Den tar inte bara hänsyn till sjukdom och defekt utan tillvarar även utvecklingsmöjligheterna efter lång tids sjukdom.

Den behövs som förutsättning för rejält medinflytande såväl från patienternas som familjernas sida

Professionalism kan ej ersättas med medmänsklighet och värme

för att förklara de komplicerade samband mellan miljö och sjukdom, farmaka och psykoterapi, behandlingsmöjligheter och behandlingsrisker, tvång, frivillighet och motivation.

Den behövs för att avkrångla begrepp som handledning, psykoterapi, familjeterapi och för att utnyttja empatisk naturbegåvning bland personal, kärlek i familjerna, vännernas vänskap och medborgarnas intresse.

Professionalism kan ej heller ersättas med medmänsklighet och värme, vilket italienska erfarenheter med avpsykiatriserad eftervård visar. Humanism är professionalismens förutsättning, aldrig dess ersättning.

Behovet av denna psykiatrins professionalism förminsas inte heller av att den i massmediadebatt, socialberedningens lagförslag och politisk planering ifrågasätts. Tvärtom. Oavsett om kritiken är befogad så kan den luttra och förstärka vår professionalism.

Forskningen idag visar:

- att psykoterapi, familjeterapi och socioterapi på inget sätt står i motsats till farmakologisk behandling utan kräver den som sin förutsättning
- att såväl för hög som för låg grad av känslomässigt engagemang mellan anhöriga och schizofrena försämrar långtidsprognosen
- att schizofrenas familjer kan utgöra en social buffertfunktion mot återinsjuknande

och

- att patienter på underhållsmedicinering återfaller 5 – 10 gånger mindre när behandlingen kombineras med familjeterapeutisk intervention.

Daglig och konkret erfarenhet visar hur avgörande en socialt och existentiellt tillfredsställande vardagssituation är för våra patienters möjligheter att överleva utanför institutionen.

Vad kan den användas till?

Vad kan vi konkret göra?

Vi behöver sakkunniga rehabiliteringsteam, vil-

ket kräver att vi slutar med att nedrusta fungerande rehabiliteringsverksamheter. Det krävs också förmågan att i redan sektoriserade områden nyetablera differentiering och en professionell rehabilitering, som håller såväl i rehabiliteringsslutenvård som eftervård. Den bör även omfatta en farmakologiskt nyanserad och kunnig dispensärverksamhet.

Det är min bestämda mening att uppföljningen efter schizofren sjukdom ej kan lämnas över till odifferentierade öppenvårdsteam eller distriktsvården.

Resurserna bör följa dit, där idag den faktiska vårdtyngden ligger, nämligen till öppenvården. Vi bör engagera oss i mer offentlighetsarbete och öppna psykiatrin för allmänheten. Attitydförändringar krävs om våra utskrivna patienter och deras kontaktcentra skall vara välkomna i samhällets bostads- och aktivitetsområden.

En professionell uppgift måste därför vara att verka för samhällspluralism och intresse för det som är annorlunda, vilket skulle gagna våra patienter. Det är varken staten, facket, administratörerna, politikerna eller vi själva som definierar våra patienters rehabiliteringsmål utan allenast deras behov och möjligheter.

En outnyttjad resurs idag är terapeutiskt kunniga präster som förstår sig på patienternas existentiella situation och kan hjälpa till med en social reintegrations i församlingen.

Dagens arbetsmarknadsläge gör det nödvändigt att starta med enkla medel, meningsfulla och helst lönsamma verksamheter för att motverka den förödande sysslolösheten våra patienter lider av. Kunighet, kreativitet och motivaton finns hur mycket som helst bland dem.

Utomlands är sådana verksamheter en självklarhet. Dock även i svenska Kalmar finns patientkooperativ, som tar emot legoarbeten i egen regi och till egen förtjänst med vad jag kan förstå fackens goda minne. En facklig attitydförändring är kanske på väg och bör uppmuntras.

En outnyttjad resurs idag är terapeutiskt kunniga präster

.....
Dagens arbetsmarknadsläge gör det nödvändigt att starta med enkla medel
.....

Gruppverksamheter bör få sin renässans. För patienterna som hjälp till realitetsförankring och kommunikationsförmåga, för föräldrarna, för att lära sig om schizofrenin och få stöd i de kriser som en anhörigs sjukdom alltid leder till. Ett studiematerial bör utarbetas som kan vara underlag för regelbundna möten.

Utbildning i familjeterapeutisk hållning behövs som fokuserar på separationsproblemen och skuld-känslorna i familjen och hjälper att hitta den rätta nivån av känslomässigt engagemang som ej skadar. Här finns problem idag, inte bara i familjerna utan även i våra rehabiliteringsteam, där vi gör oss skyldiga till förenklande fokuseringar, förklenande utdömanden och destruktiva partitaganden.

Alla, och särskilt våra patienter utan familj, behöver hjälp med integreringen i samhället. Socialvårdens ansvar enligt socialtjänstlagen är orimligt. Skall det åtminstone delvis omsättas i praktik så behövs psykiatrins professionella hjälp med utbildning, handledning, kontinuerlig kontakt och även resursmässigt engagemang.

Samarbetsprojekt som EMMA-projektet i Stockholm är på sitt opretentiösa medmänskliga sätt ljuspunkter när det gäller samverkan med socialtjänsten.

Det behövs även fler kontaktcentra av Fountain House och annan typ, viket kan vara en utmaning för våra socioterapier att äntligen lämna institutionerna och erbjuda sina resurser där de hör hemma, nämligen ute i samhället.

Patientföreningarna är idag ofta överorganiserade, men utgör på sina håll en resurs. Deras slagkraft skulle öka om polariseringen mellan dem och en idag till stora delar moderniserad och humaniserad psykiatri kunde läggas åt sidan. Ingen gagnas av denna antagonism, allra minst patienterna.

Det vore bra om schizofrena skulle bilda förening. MS-föreningen eller epileptikerföreningen ger exempel på vad intresseorganisationer kan ut-

.....

I detta samband vill jag även föreslå bildandet av fler föräldraföreningar för schizofrena. Erfarenheter visar hur ofta föräldraföreträdare på kort tid hos för opinionsyttringar känsliga politiker kan få fram

Mina förslag är ofullständiga, rätt så självklara och delvis på sina håll realiserade. De skall stimulera till enkla problemlösningar, där varje rehabiliteringsverksamhet hittar sin modell.

Är verkligheten delvis dyster och motsägelsefull så är den dock långt ifrån hopplös. Stora framsteg har gjorts såväl i farmakologisk som psykoterapeutisk och socioterapeutisk rehabilitering av schizofrena. Nya forsknings- och behandlingsgenombrott är att vänta och det kommer att krävas professionalism för att tillämpa dem.