

Samhällets krav på psykiatrin

Bertil Göransson

Douglas Skalin

Samhällets krav på psykiatrin kan formuleras som ett antal frågor. Är psykiatrins företrädare beredda att verka aktivt förebyggande och inte bara ge stöd och hjälp åt enskilda patienter? Öppna för att i vården möta mer av hela människan och hennes livssituation? Villiga att dela på jobbet efter reell och inte formell kompetens? Beredda att fungera som samhällets spjutspetsar när det gäller att definiera orsakerna till psykisk ohälsa?

Om svaret på dessa och liknande frågor är positiva har psykiatrin goda möjligheter att anta den utmaning som samhällets förändring utgör.

Bertil Göransson är landstingsråd i Malmöhus län och Douglas Skalin utredare på SPRI.

Inledning

Genom Jersilds bok har Babels torn fått symbolisera främst det stora akutsjukhusets problem. Enligt den bibliska legenden, straffades babylonierne för sitt övermod att försöka nå himlen med den totala språkförbistringen. Kanske kan den legenden hjälpa till att understryka att en god psykiatri i hög grad handlar om att förstå och bli förstådd i det samhälle där vi gemensamt formar våra livsbetingelser.

Redan en sådan infallsvinkel kan te sig kontroversiell. Våra utgångspunkter i bedömningen av psykiatrin och dess framtid är olika och "bäddar" därför också för att konklusionerna blir olika och att synteserna ofta är besvärliga att formulera.

Vi är alla överens om att psykiatrin historiskt sett är en gren av medicinen. Den klassiska sjukdomsläran i psykiatri bygger som bekant på att varje sjukdomstillstånd har en biologisk förklaring. Det är

ett synsätt som vi idag i våra diskussioner kallar medicinskt eller biologiskt.

Under de senaste decennierna har ett annat synsätt blivit utbrett. Det ser de psykiska sjukdomarna i stor utsträckning som känslomässiga störningar. Detta synsätt motsvarar kanske mer patientens perspektiv. Inte minst har Socialstyrelsens ambitiösa diskussioner kring psykoterapi haft som utgångspunkt att terapeuten ska kunna uppfatta patientens egen upplevelse på nära håll och därmed i större utsträckning än tidigare kunna förstå det psykiska lidandet inifrån. Det är ett synsätt som vi i våra debatter oftast har kallat psykodynamiskt. I ett tredje perspektiv har vi sett de psykiska sjukdomarna i debatten som ett uttryck för störningar/mellannänskliga relationer. Det är ett synsätt där utgångspunkten har varit att patienten visar beteende och upplevelser av sin egen situation och de svårigheter han eller hon haft i förhållande till människorna omkring sig och det sätt på vilket man försökt att lösa sina problem. Med ett socialpsykiatriskt synsätt vidgas perspektivet till att inte "bara" avse den enskilda människan, hennes personliga upplevelser och närmiljö utan även olika förhållanden i samhällsutvecklingen.

Att fånga in alla variabler med dessa tre utgångspunkter under rubriken "Samhällets krav på psykiatrin" torde vara näst intill omöjligt. Det måste därför vara acceptabelt att vi väljer vissa fasta utgångspunkter för vårt resonemang.

.....
Mötesplatsen – organisationen – avgör om mötet skall bli av, vilka som skall mötas och på vems villkor.
.....

Den väsentliga frågan gäller hur vi skall kunna förbättra vården i en samhällsutveckling som i många avseenden ter sig hotande och skrämmande.

Om vi har som utgångspunkt att vi ser på psykiatrin som ett möte mellan människor där utbytet beror på viljan och förmågan att förstå varandra blir mötesplatsen – organisationen – mycket viktig. Den avgör i hög grad om mötet ska bli av, vilka som ska mötas och på vems villkor. Den bestämmer också i betydande utsträckning vilka kunskaper som utvecklas, sprids och ställs till patienternas förfogande. I alla dessa avseenden har samhället krav på psykiatrins innehåll och utveckling.

Med en sådan utgångspunkt som vi tillåtit oss att välja är det självfallet mycket lätt att kritisera dagens psykiatri. Genom att växla mellan olika perspektiv och värderingar är det inte svårt att vara kritisk mot den avvägning av olika intressen som psykiatrin måste utgöra. Det är desto svårare att komma med konstruktiva lösningar som tillgodoser såväl patienters och anhörigas intresse som personalens och samhällets krav. Vid denna avvägning är det nödvändigt att särskilt beakta patienternas behov därför att de har dåliga möjligheter att göra sina röster hörda. Det måste därför vara rimligt att vi i ett vårdpolitiskt perspektiv särskilt uppehåller oss vid patientens ställning.

Låt oss inledningsvis betona att dagens psykiatri i sig inrymmer en rad olika lösningar och att utvecklingen inom vissa delar gått mycket snabbt. Den väsentliga frågan gäller nu hur vi skall kunna gå vidare och steg för steg ytterligare förbättra vården i en samhällsutveckling som i många avseenden ter sig hotande och skrämmande. Det är då utomordentligt viktigt att vi kan diskutera mål och färdriktning utan att på nytt hamna i den babyloniska språkförbistringen på en aldrig så hög men obegriplig nivå.

Trots att man i bistra stunder i takt med vårt lands ekonomiska problem också ser mörka moln av ökad egoism torna upp sig och antisociala strömningar gå genom vårt folk finns det kanske också i ett längre

perspektiv ljusglimtar som gör det något hoppfullare att diskutera psykiatri i framtiden. Det var inte så länge sedan som alla handikappade isolerades från samhället i övrigt. Den trend som trots allt varit förhärskande under de senaste decennierna, att de handikappade ska kunna leva vid sidan av icke handikappade, bör vara en så kraftfull våg i ett längre skeende att de dystra tecken vi anat i skyn inte kommer att ha någon större genomslagskraft.

På något sätt har det gått upp för hela vårt folk att de flesta människor någon gång under sin livscykel berörs av något handikapp. Inräknar vi då även de anhöriga så är förvisso inte handikappfrågorna totalt sett något minoritetsproblem längre i vårt land. På frågan om den svenska allmänheten idag är beredd att se på den psykiatriska vårdens utformning och de psykiskt sjuka människornas betingelser som en del av den totala handikappsituationen i landet är nu vår förhoppning att vi kan svara "ja". Intill dess vi blir bevisade om motsatsen utgår vi åtminstone ifrån detta.

Förebyggande vård

En ny hälso- och sjukvårdslag ska förhoppningsvis träda i kraft från 1983. I den anges som ett huvudmål att hälso- och sjukvården ska främja en god hälsa hos hela befolkningen. Landstingen får därmed ett lagstadgat ansvar inte bara för sjukvården utan också för hälsovården. Med detta upphör formellt den konstlade skiljelinjen mellan förebyggande och botande insatser liksom mellan individ- och miljöinriktat arbete.

Målet – och vi vill understryka att det handlar om ett mål – gäller naturligtvis i allra högsta grad psykiatrin. En viktig förutsättning för att vi ska kunna närma oss målet är en utvecklad psykiatrisk vårdorganisation. En organisation som är medveten om och nyfiken på det samhälle som i så hög grad bestämmer vår psykiska hälsa och kraven på vårdinsatser. Det handlar då om en i många dimensioner öppen och lättillgänglig vård som kan ge stöd och hjälp tidigt i sjukdomsförloppet. För att detta ska vara möjligt måste vi tex komma bort från "svängdörrsvården" på akutmottagningarna genom en bättre planerad och organiserad öppenvård. Det måste också bli naturligt att tillsammans med so-

cialtjänsten spåra riskgrupper och riskmiljöer för att ingripa både med individ- och samhällsinriktade insatser.

En förebyggande psykiatrisk vård måste också vara beredd att bidra till en bättre barn- och äldreomsorg genom olika konsultinsatser till primärvård och socialtjänst. Det är också nödvändigt att en gång för alla slå fast att den information och de kunskaper som psykiatrins företrädare i framtiden kommer att inhämta i sitt förebyggande arbete måste nå fram till beslutsinstanserna. Det är alltför ofta inom olika medicinska specialiteter man i efterhand kan konstatera att de professionella utövarna förde kunskap vidare i internationella och nationella professionella publikationer utan möjligheter för beslutsfattarna att tillgodogöra sig informationen. Bittra erfarenheter på tex yrkesmedicinens område har givit oss lärdomar som psykiatrin måste initialt ta med i bagaget när man börjar arbeta efter den nya lagstiftningen. De som ska sända signalerna måste se till att de når fram till de adekvata mottagarna. Och det behöver inte alltid vara fel på mottagarna om inte signalerna kommer fram.

Att förebygga psykisk ohälsa hos befolkningen kan te sig övermäktigt svårt. Samtidigt är det uppenbart att mycket av den vård vi ger idag sammanhänger med brister i samhället och i själva vårdssystemet. En ökad öppen och dold arbetslöshet, en växande omflyttning i samhället, en ökad segregation i boende och stegrad brist på bostäder är exempel från samhällsutvecklingen som direkt påverkar behovet av insatser från psykiatrins sida. I Skåne har man kunnat se en rad konkreta exempel på detta, tex vid varvet i Landskrona. I en situation då den helt dominerande arbetsplatsen på något år försvinner från en medelstor kommun har trycket på de psykiatriska mottagningarna kraftigt ökat.

Det finns också anledning att registrera det förhållandet att de svenska läkarna skriver ut recept på 700–750 miljoner tabletter psykofarmaka per år.

Det finns anledning att registrera det förhållandet att de svenska läkarna skriver ut recept på 700–750 miljoner tabletter psykofarmaka.

Antalet i arbetarklassen med sömnbesvär, depression, nervösa problem skulle halveras om denna grupp levde som socialgrupp I.

Detta ger onekligen anledning till en rad frågor om psykiatrins avgränsning och konsulttroll till hälso- och sjukvården i övrigt. En satsning på mer förebyggande insatser gör att vi ständigt måste hålla avgränsningsfrågorna aktuella för att inte psykiatrisera och medikalisera normala livsproblem.

Lika rätt till vård

Det andra huvudmålet i förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag gäller människors rätt till en vård på lika villkor. Oavsett vilket kön vi har; hur gamla vi är; om vi är svenskar eller invandrare; om vi är kort- eller långtidsutbildade; om vi har god eller dålig ekonomi ska vi ges likvärdiga möjligheter. Detta gäller tex i fråga om att förstå en diagnos eller sätta oss in i vad en behandling innebär och kräver av oss som patienter. Vi ska alltså inte eftersträva samma behandling åt alla utan en vård på den enskilda människans villkor och förutsättningar. Målet gäller naturligtvis i allra högsta grad den psykiatriska vården där svårigheterna av naturliga skäl är särskilt stora att få en rättvis och likvärdig vård. Vi ska inte för ett ögonblick inbilla oss att detta nya inslag i lagstiftningen blir lätt att genomföra. Vill vi rannsaka hjärtan och njurar kommer vi att snabbt konstatera att vår sjukvård hittills inte varit uppbyggd efter en sådan modell även om vi vid högtidliga tillfällen gärna ger uttryck för att så skulle varit fallet.

En undersökning visar att antalet i arbetarklassen med sömnbesvär, depressioner och nervösa problem skulle halveras om denna grupp levde som socialgrupp I. Av denna och andra liknande undersökningar måste vi dra slutsatsen att det leder till en ojämlig vård om vi dimensionerar psykiatiresurserna enbart efter befolkningens storlek vilket vi faktiskt gör i dagens läge. Målet om lika rätt till vård ställer också krav på en uppföljning av hur olika grupper vårdas och vad resultatet blir. Detta gäller såväl slutna som öppna vård och icke minst olika

slag i behandlingen som psykofarmakaförskrivning och psykoterapi. Vi tror att detta förutsätter att vi söker nya behandlingsformer som är anpassade till olika människors behov och förutsättningar. Vi måste också acceptera att det inte alltid är läkaren som har den bästa förutsättningen att förstå och hjälpa en patient. Andra personalgrupper har särskilda förutsättningar som vi bättre kan ta tillvara och utveckla i en teamorganisation. På denna senare punkt har mycket hänt inom psykiatrin under det senaste decenniet. Men mycket återstår förvisso.

Patientens ställning

Den nya hälso- och sjukvårdslagen anger att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att den ska främja goda kontakter mellan patienten och personalen inom hälso- och sjukvården. Vården och behandlingen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som har rätt till information om sitt hälsotillstånd och tillgängliga behandlingsmetoder. Detta gäller även psykiatrin med de särskilda undantag som finns i en annan lag och som vi inte närmare går in på här.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen redovisar en delvis ny grundsyn på relationen mellan patient och vårdpersonal. Ytterst är det patienten som avgör om han vill undersökas och behandlas. Som grund för sitt beslut har patienten rätt till en fullständig och begriplig information. Däremot har patienten av naturliga skäl ingen oavvislig rätt att begära en viss typ av undersökning eller behandling.

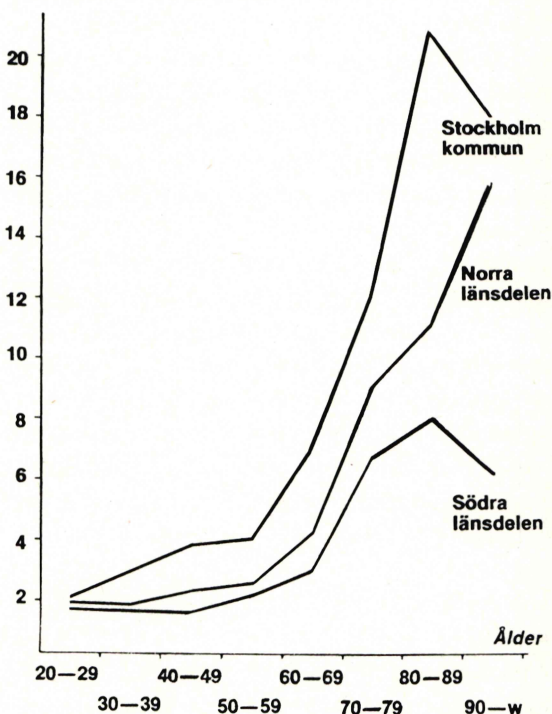
I särskilt den slutna vården finns av tradition inbyggt ett totalt omhändertagande som inte har stöd i den nya lagen. Med denna lag blir inte frågan om vad man ska göra *med* patienterna utan *för* patienterna. Utvecklingen har sedan länge gått åt det hållet men kraven på förändring skärps med den nya lagen. "Reservdelsmänniskan" får en laglig rätt att i första hand förbli människa även som patient.

.....
"Reservdelsmänniskan" får en laglig rätt att i första hand förbli människa även som patient.

Särskilt inom psykiatrin finns naturligtvis skäl att söka vårdformer som så lite som möjligt ingriper i den normala tillvaron och beaktar de biverkningar som är förbundna med slutna psykiatrisk vård. Särskilt gäller det kanske äldre människor som i dagens läge på vissa håll för lätt får diagnosen "senildepement" och hänvisas till en allt för passiv vård. Diagnosstatistiken visar här på stora skillnader mellan olika delar av vårt land, där stora resurser ingalunda är liktydiga med bra vård.

Figur 1 bygger på siffror från Stockholms län och visar för olika åldersgrupper konsumtion av slutna psykiatrisk vård per tusen invånare. Vi kan bl a se hur invånare i Stockholms kommun utnyttjar 2-3 gånger så mycket slutna vård som befolkningen i den södra länsdelen. Dessa och liknande förhållanden i andra län reser en rad frågor som vi måste analysera och söka bättre svar på när det gäller avvägningen mellan slutna och öppna vård. Man kan tex fråga sig varför befolkningen i Blekinge jämfört med Västmanland för några år sedan hade

Figur 1. Patienter (22/4-1980) inom psykiatrisk vård i Stockholms län per 1 000 inv



dubbelt så många vård dagar för psykiska sjukdomar och varför tvångsintagningarna var fem gånger så vanliga. Medicinalrådet Olle Östman har i detta sammanhang konstaterat att: Ett rimligt antagande kan vara att det inte i första hand är existerande vårdbehov hos befolkningen som styr dimensioneringen av slutenvården utan i stället tillgången på vårdplatser som styrt omfattningen av vårdutnyttjandet. (tabell 1)

Tabell 1. Vårdplatser och intagningar till psykiatrisk tvångsvård (LSPV-intagning) i Blekinge respektive Västmanlands län.

	Vpl per 1 000 inv	LSPV-intagning per 100 000 inv
Blekinge	5,4	470
Västmanland	2,5	ca 100

En liknande fråga är varför försäljningen av lugnande medel var 2,5 gånger så hög i Malmöhus län som i Norrbotten. Man kan ha sina funderingar över sambandet mellan psykiatri och privatpraktiserande läkare men detta är så viktiga frågor att den gamla sentensen "tro och tycka är detsamma som ingenting veta" gäller.

Samhällsekonomin och psykiatri

Pär Lagerkvist har i "Hissen som gick ner i helvetet" låtit djävulen trösta den gamla damen med orden "Nej, då skulle frun sett förr i världen, det var annat. Nu är ju helvetet inget att klaga på ... Här har moderniserats, lagts om helt och hållet. Det är bara själslidanden nu för tiden". En kanske oöverträffad kritik av den ensidiga materialistiska inriktningen finner vi också hos Chaplin i filmen "Moderna tider" där det inte är svårt att byta kugg-hjulen mot dagens industrirobotar som övertagit de monotona handgreppen.

Vi tror att det är viktigt att hålla den här samhällskritiken levande när den aktuella samhällsekonomiska krisen tillåts reducera alla problem till ekonomiska frågor. Ingenting annat räknas idag än det som kan mätas i kronor och ören. Materialismen firar triumfer och egoism framstår som en förnäm livsfilosofi. Som vi ser det är huvudproblemet idag

inte att vi måste göra avkall på vår levnadsstandard i vissa avseenden utan att omställningen hotar den grundläggande solidariteten människor emellan och att vi håller på att få ett samhälle med växande klyftor och motsättningar. Både ett historiskt och internationellt perspektiv talar för att den ekonomiska krisen ger ökad utslagning av människor som inte anses eller icke anser sig själv duga i det ena eller i det andra avseendet. Samtidigt urholkas de gemensamma insatserna för stöd och hjälp. Medan utslagningen tidigare många gånger grundades på fysiska brister och handikapp hos enskilda människor riskerar vi idag en sortering som väsentligen gäller intellektuell och psykisk kapacitet.

Med detta perspektiv kan inte psykiatri, och inte heller primärvården och socialvården, ägna sig åt att bara passivt vårda de som förmår att ta sig till vården. Ska vi lyckas vända utvecklingen måste vården hjälpa till att göra problemen tydligare och för sina patienters räkning aktualisera förändringar i samhället. Enligt min uppfattning innebär detta att psykiatrins företrädare liksom primärvården och den kommunala socialtjänsten i sitt förebyggande arbete har skyldighet att definiera problemen. Men inte bara detta utan också ett ansvar för att sända signaler till sina uppdragsgivare och, vilket inte är det minst väsentliga, ha skyldighet att se till att signalerna når fram och mottas med god lyssnarkvalitet. Detta innebär också krav på politikerna att de inte gör som forna tiders furstar; nämligen låter avrätta de budbärare som kommer med de dåliga budskapen.

Utbildning och forskning

För att kunna förändra psykiatri är personalens medverkan nödvändig. Utbildning och fortbildning är en viktig förutsättning för en förändring av det psykiatriska områdets innehåll och organisation. Ett väsentligt led i detta gäller förmedling av erfarenheter och kunskaper från forsknings- och ut-

.....

Vården måste hjälpa till att göra problemen tydligare och för sina patienters räkning aktualisera förändringar i samhället.

.....

Vi har den största respekt för den psykofarmakologiska forskning som ägt rum till glädje för psykiatrin.

vecklingsarbete på detta område. Låt oss först markera, att vi har den största respekt för den medicinska och biologiska forskningen och inte minst för den psykofarmakologiska forskning som idag äger rum till glädje för psykiatrin. Detta är ett viktigt inslag även i morgondagens psykiatri. När det gäller vissa diagnoser kan vi förvänta oss att denna forskning ger anledning till förhoppningar om avsevärt högre livskvalitet för vissa medmänniskor inom en ganska nära framtid. Det är alltså utan att värdera dagens psykiatriska forskning i och för sig som vi konstaterar att den idag har en klar inriktning på medicinskt/biologiska frågeställningar och att den är koncentrerad till universitetssjukhusen och dess läkare. Det är också ett konstaterande utan värderingar när vi säger att forskningen i hög grad har präglat utbildningen av inte bara läkarna utan också faktiskt av övriga personalkategorier som arbetar inom den psykiatriska sjukvården.

Med de problem vi försökt beskriva måste vi i ett framtidsperspektiv emellertid ställa vidgade krav på forskning och utbildning till att också omfatta andra kunskapsområden än det biologiska och andra personalgrupper än läkare vid universitetssjukhus. I själva verket vill vi påstå att den intensiva förändring som nu pågår inom psykiatrin till stora delar baserar sig på ett utvecklingsarbete som har legat utanför de traditionella forskningsklinikerna. En uppenbar risk med detta är att förändring av utbildning och vård kommer i otakt . . . En annan risk är att forsknings- och utvecklingsresurser inte kommer att avsättas för att successivt följa och utvärdera förändringen. Vi riskerar då att komma i en orimlig situation. Nämligen denna, att den forskningsmässiga kvaliteten blir så mycket högre vid tex den medicinsk/biologiska forskningen vid våra universitetssjukhus än utvecklingsarbetet ute på fältet på våra psykiatriska kliniker och sjukhus att den enbart av forskningstekniska skäl utväljes med högre prioritet. Det blir alltså mer den tekniska delen som

blir avgörande och mindre vad som i ett längre perspektiv gagnar de psykiskt sjuka. På sikt tror vi därför att det är nödvändigt att försöka få en något annorlunda inriktning av universitetssjukhusens verksamhet och där få ett aktivt stöd för de praktiska förändringarna av vården, dess innehåll och organisation. Det finns enligt vår uppfattning inte skäl för att gå till kamp om universitetssjukhusens ställning som utgör basen i vår forskning genom att tex bygga upp sina forsknings- och utvecklingsenheter fristående från universiteten ute i landstingsvärlden. Tvärtom, bör vi istället med sakliga argument få förändringen till stånd inom våra nuvarande forskningsenheters ram. Vi tror också att vi från landstingssidan måste bättre understödja olika försök och utvärderingar i samverkan mellan personer med olika kunskapsbakgrund. Med basen knuten till forskningsinstitutionerna bör ett kvalificerat utvecklingsarbete kunna fungera ute i vården utan att sambandet brytes med tex den teoretiska forskningen. Det är också nödvändigt att i vården bygga in en successiv fortbildning av all personal för att kunna erbjuda patienterna en god vård och inte minst, personalen en stimulerande arbetsmiljö.

Med hänsyn till den viktiga roll personalen spelar när det gäller möjligheten att få en reell förändring till stånd av den psykiatriska vården är det speciellt viktigt att så tidigt som möjligt kartlägga och tillgoda de krav på information och kompletterande utbildning som kommer att erfordras för att personalen ska kunna fullgöra de nya arbetsuppgifter som en omorganisation medför.

Sammanfattning

Om vi skall försöka sammanfatta samhällets krav på psykiatrin väljer vi att göra det genom att ställa ett antal frågor. Vi förväntar oss av naturliga skäl inte

Det är nödvändigt att försöka få en något annorlunda inriktning av universitetssjukhusens verksamhet och där få ett aktivt stöd för praktiska förändringar av vården, dess innehåll och organisation.

något entydigt och omedelbart svar men vi tror att frågorna kommer att kräva ett svar och att de svar som olika företrädare för psykiatri ger i praktiken kommer att bli avgörande för vilken utveckling vi kommer att gå till mötes.

- Är ni beredda att verka aktivt förebyggande och inte "bara" ge stöd och hjälp åt de enskilda patienter som lyckas nå er?
- Är ni öppna för att i vården möta mer av hela människan/patienten och hennes livssituation?
- Ställer ni upp för en fortsatt förändring av vården med större inslag av närhet, öppenhet och samarbete med bl a socialtjänsten?
- Är ni villiga att dela på jobbet efter reell och inte formell kompetens samt att samarbeta på lika villkor inom vårdteam?

- Är ni redo att slåss för ett mer decentraliserat och allsidigt utvecklingsarbete och en utbildning på vårdens och inte dess egna villkor?
- Är ni beredda att fungera som samhällets spjutspetsar när det gäller att definiera orsakerna till psykisk ohälsa och att föra vidare er information i sådana konkreta former att beslutsfattarna inte kan tveka om budskapet?

Om svaren på frågorna är positiva: ja, då tror vi att psykiatri har goda möjligheter att anta den utmaning som samhällets förändring utgör. En sådan utveckling av psykiatri är nödvändig för att påverka samhällsförändringen och att länka den in i banor som är förenliga med människors psykiska hälsa och välbefinnande.

Vi är tillverkare av inredningar till sjukhus och laboratorier

Specialinredningar
Husvagnar



Delagare i
Sv Arbetsgivareföreningen

SÄVAR SNICKERIFABRIK AB

910 36 SÄVAR

Tel. 090-502 70 vx. - Postgiro 6 37 17-3 - Bankgiro 759-8782

