

Samverkan med primärvård och andra vårdformer

Gustav Haglund

Sektorisering är ett steg mot bättre samarbetsmöjligheter men vi väntar fortfarande på när psykiatri tar steget ut i primärvården, i det samhälle där människorna lever och problemen finns. Psykiatri behövs som primärvårdsspecialitet, framhåller i nedanstående kritiska inlägg Gustav Haglund, tills nyligen primärvårdschef i Olofström, Blekinge och tidigare i många år ansvarig läkare för utvecklingen av allmänmedicinen vid vårdcentralen i Dalby.

Vi har världens bästa sjukvårdsorganisation – på papperet. Vi har också på enskilda områden den bästa sjukvård som kan erhållas. Vi anvisar årligen några 10-tal miljarder till denna organisation. Och ändå tycker vi inte att den fungerar bra. Orsaken till detta funderar vi över i nya utredningar och sjukvårdsplaner. Medan svaret egentligen ligger alldeles framför ögonen på oss: Det brister på alla punkter i vår samverkan i sjukvården och nästan mest i samverkan mellan psykiatri–primärvård–socialvård, och låt oss inte glömma långtidsvården. Det kan nu inte gärna bero på att vi, personal av alla kategorier inom dessa områden, är mer obstinata, sensitiva och självgoda än alla andra. Förhållandet är snarare att våra verksamhetsområden i så hög grad täcker varandra, att kontaktpunkterna mellan olika värderingar, olika kunskaper och olika beslutsprocesser blir så täta och ändå inte passar riktigt bra ihop.

Detta problem följer ofrånkomligt med tillämpningen av begreppet helhetssyn, som företrädare för alla tre verksamhetsområdena – psykiatri, allmänmedicin och socialvård – gör anspråk på att tillämpa.

Specialiteterna slår vakt om sin integritet

Det här problemet ser olösligt ut. Men vi kommer ändå inte förbi det. Utvägen ur dilemmat är vanligen att man var och en på sitt håll försöker avgöra var den tyngsta delen av problemet ligger och överlämnar åt lämpligaste vårdform att försöka lösa det. Oftast går det ganska bra, men metoden erbjuder likväl bara en dellösning, och den är fylld av konfliktmöjligheter.

I detta sammanhang bör beröras en omständighet som sällan framhålls. Primärvården delar med socialvården uppgiften att finna någon slags lösning på problem, som inte kunnat lösas eller bara kunnat lösas ofullständigt i andra och mer specialiserade vårdformer, också psykiatri. Det behöver väl knappast understrykas, att det sk sjukdomspanoramat tenderar att innehålla alltför ofullständigt "botade" sjukdomar.

Detta sammanhänger med många omständigheter i samhället: Ålderspyramidens utseende, arbetsmarknadens beträngda läge, uppluckringen av sociala normer, och vår egen benägenhet att psykiatisera och medikalisera problem som är sociala eller har med levnadssätt att göra, något som inte heller socialvård kan ändra. Specialiteterna slår vakt om sin integritet. Det gör också psykiatri i den föreliggande rapporten. Det kan vi från primärvårdens sida respektera, även om vi tycker att exklusiviteten ibland drivs för långt. Vi respekterar den därför

Primärvården delar med socialvården uppgiften att finna någon slags lösning på problem som inte kunnat lösas i andra och mer specialiserade vårdformer.

.....
Inom primärvård hanteras långt mer av en psykiatriskt färgad problematik än vad psykiatrer i gemen har klart för sig.
.....

att primärvården också förväntar sig att i specialiserad psykiatri möta en kompetens och handlingsberedskap, som vi kan lära av och dra nytta av. Så är inte alltid fallet.

Primärvårdens arbetssätt

Respekten måste emellertid vara ömsesidig. Inom primärvård hanteras långt mer av en psykiatriskt färgad problematik än vad psykiatrer i gemen har klart för sig. Ofta gäller det kanske att finna en praktisk utväg ur en reaktiv insufficiens i en tillvaro som tycks bli alltmer svårhanterlig för allt fler människor. Eller också handlar det om uppföljning och kontroll av kroniska tillstånd. Kombinationen av ett sårbart psyke och en svår vardagssituation ger oss täta tillfällen att försöka tillämpa helhetssynen i det dagliga arbetet. Om man nu *vill* se den.

Man kan annars både för sig själv och patienten förtiga problemets sanna natur och slå in på enklare lösningar som ofta bara blir kortsiktiga dellösningar. Ibland blir detta den enda utvägen, eftersom vi inte förfogar över möjligheter att ändra dessa patienters personlighet – lyckligtvis bör man tillägga. Inte heller förfogar vi över ett samhälle som kan anpassas till alla människors förutsättningar. Detta kan naturligtvis sägas leda till att problemen medicaliseras, och det anses vara föraktligt och ohederligt. I verkligheten är det annorlunda, och för några patienter betyder det kanske möjligheten att överleva. Summan av mänsklig oförmåga, samhällets brister och vår professionella begränsning gör primärvårdens ansvar för hälsotillståndet till en svår uppgift. Om man nu menar allvar. För att uppfylla detta behöver primärvården få sekundärvårdens stöd och lojalitet och beredskap att ingripa på primärvårdens villkor. Organisationens tillämpning borde i detta stycke alltså vara den rakt motsatta till vad den nu ofta är.

I den föreliggande rapporten, åtminstone i sten-

cilupplagan, omnämnes primärvård och socialvård på sida efter sida. Men först efter 107 blad nämnes på några rader hur man tänker sig samarbetet. Det begränsas till utbildning, konsultation och handledning. Det är tunna trådar för samarbete och alldeles för smala för tvåvägskommunikation, vilket understundom även psykiatrin kunde må väl av. Primärvårdens arbetssätt är nämligen ofta en fråga om problemidentifiering och problemlösning. Subtil diagnostik och sofistikerad terapi ingår inte i primärvårdens uppgifter och kompetens.

Sektorisering, ett halvt steg framåt

Konsultens betydelse är troligen överdriven, men vi har inte haft tillfälle att se så mycket av sådan verksamhet. Min erfarenhet säger mig att en välavvägd psykiatrisk bedömning måste bygga på många samtal, långvarig observation och kännedom. Konsultationen som kontinuitetsåtgärd är sannolikt helt betydelselös. Överhuvud är det ju så att specialisering och kontinuitet utesluter varandra.

Jag kan förstå psykiatrins önskan att komma bort från mentalsjukhusen. De är ju i långa stycken monument över en förgången tids brister. Men det hjälper föga att lämna de gamla husen, om man tar med sig de gamla husens ande. Då hjälper det inte att området öppnats för många professionella grupper. Att vara fri, öppen, mottaglig och mogen nog för att tåla kritik är svårt inte bara för doktorer.

Det steg framåt som man anser att psykiatrins sektorisering innebär, är nog ett stort steg, men ur primärvårdens synpunkt likväl bara ett halvt steg, som dessutom medför risker för dubbelorganisation och dubbelarbete och samtidigt risk för isolering.

Det bör hållas i minnet att primärvård inte är en specialitet utan en organisationsform. I den kan olika specialiteter förekomma. Även om jag ansluter mig till uppfattningen att huvudspecialiteten i primärvården är allmän medicin, så är jag fullt beredd att erkänna psykiatrins stora uppgift i primärvården

.....
Primärvård är inte en specialitet utan en organisationsform.
.....

med psykiatern som distriktsläkare. Och det steget bör så snart som möjligt tagas fullt ut. Psykiatrin behövs som en primärvårdsspecialitet av flera skäl. Arbetsområdet är stort och rymmer som jag förut påpekat, andra kvaliteter än länsspecialiteter. Psykiatrernas arbetssätt och den attitydpåverkan han med sina medarbetare kan utöva, inverkar också på arbetsklimatet i primärvården. Psykiatrins arbetslag blir medlem i ett mer sammansatt arbetslag med tillgång till somatiska bedömningar och i tidens fullbordan nära samarbete med den outhärliga socialvården.

Det är en ständig källa till förvåning, att vår sjukvårdsorganisation, våra professionella grupper och våra politiker har så svårt att känna igen verkligheten. Man gör i stället en ny utredning, och det kanske fyller uppgiften att efter hand skapa en opinion för förändring. När det gäller våra båda specialiteter psykiatri och allmän medicin har förändringen skett mycket långsamt. Hur länge har vi varit prioriterade områden? Sektoriseringen är ett steg mot bättre samarbetsmöjligheter och troligen också en bättre psykiatri. Men vi väntar fortfarande på den dag när psykiatrin tar steget ut i primärvården, i det samhälle där människorna lever och problemen finns.

Ansvar för begränsade geografiska distrikt

Jag vill avslutningsvis understryka några synpunkter.

I primärvården svänger pendeln nu tillbaka mot att tillämpa de återupptäckta fördelarna med begränsade geografiska distrikt och väsentligt mindre antal människor i ansvarsområdet. Det förbättrar möjligheterna att tillämpa kvalitaternas närhet och tillgänglighet, också till gagn för psykiatriska arbetsmetoder.

I många år har debatten om relationerna mellan psykiatri och primärvård pågått även internationellt, och jag citerar en WHO-rapport från 1973. "Den kritiska frågan är inte hur allmänläkaren (general practitioner) kan infogas i den psykiatriska hälsovården (mental health services) utan snarare hur psykiatern kan samarbeta mest effektivt med primärvården (primary medical services) och förstärka effekterna av allmänläkarens insatser som

Den förvandlade psykiatrin – och för den delen också den förvandlade allmänmedicinen – behövs inte på 80- eller 90-talet utan idag och helst utan nya utredningar.

medarbetare i arbetslaget". Vidare: "Primärvården utgör hörnstenen i psykiatrisk verksamhet i kommunen. Psykiatern och det psykiatriska arbetslaget måste mer aktivt taga del i första linjens arbete och försöka nå kontakter med patienterna genom primärvårdens förmedling på ett mycket tidigare skede".

Tre patentröslningar av osäkert värde

När man konstaterar problem i vår sjukvårdsorganisation brukar man föreslå någondera av tre lösningar:

1. Politikerna tillsätter en ny utredning och gör en ny sjukvårdsplan.
2. Personalen begär flera tjänster.
3. Alla önskar mer utbildning.

Utredningar och planer är vi ganska trötta på, och deras effekter på attityder och värderingar verkar med många års fördröjning. På kort sikt åstadkommer de ofta oro och bitterhet.

Personalförstärkningar är ingen realistisk utväg i dag, och är enligt all erfarenhet inte heller någon lösning på de relationsproblem och attitydfrågor det här gäller.

Utbildning är det man sätter sitt hopp till. Men då måste nog sägas att psykiatrin får se över sitt utbildnings- och tjänstgöringsprogram för allmänmedicinerna. Hittills har resultaten belastats med alltför många negativa erfarenheter, och det har vi inte råd med. Okunnighet och felaktiga föreställningar har en benägenhet att skapa ovilja och misstänksamhet.

Men också utbildning tar lång tid och kan inte heller alltid undanröja alla hinder för ett bra samarbete. Därför kommer det alltid att behövas frimodighet och självkritisk öppenhet hos så många företrädare som möjligt för våra specialiteter, för att hålla dialogen levande och därigenom påverka samarbetsklimatet.

Den förvandlade psykiatrin – och för den delen också den förvandlade allmänmedicinen – behövs inte på 80- eller 90-talet utan i dag och helst utan nya utredningar.

REFERENSER

1. Spri-rapport 75/1982. Utveckling av 80-talets allmänpsykiatri.
2. Spri-rapport 12/1977. Psykiatri i omvandling.
3. Spri-rapport 7/78. Psykiatri i omvandling. Nackaprojektet.
Appendix 1:Handledning i psykoterapi.
Appendix 2: Psykoterapeutisk verksamhet.
4. WHO-rapport: Psychiatry and Primary Medical Care, Lysebu, Oslo, 1973.
5. Socialstyrelsen redovisar 1978/5. Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram.
6. Royal College of General Practitioners. Prevention of Psychiatric Disorders in general practice. Report of a sub-committee. 1981.
7. WHO Geneva 1976. Mental Health Services in Europe.

SELEKTIV MUTISM HOS BARN

En refererande specialbibliografi över litteratur i Europa och USA med sammanfattande kommentar

Med selektiv mutism hos barn avses ett tillstånd, beteende eller reaktionssätt som innebär att barnen endast talar med en liten krets närstående men för övrigt är helt tysta.

Psykolog Stina Hesselman var i många år verksam vid Ericastiftelsen i Stockholm. Hon har följt litteraturen om selektiv mutism hos barn i Europa och USA och presenterar i denna bok en förteckning över 148 olika studier, publicerade under åren 1877–1980. Litteraturen före 1960 sammanfattas i en kronologisk återblick medan litteraturen 1960–1980 speglas genom referat om mellan en halv och fem sidor vardera. Författaren sammanfattar i ett avslutande kapitel de refererade arbetena under några huvudrubriker, t ex Prognos, Skola, Familj, Etiologi, Behandlingsformer.

Materialet om selektiv mutism hos barn är splittat på många publikationer på många språk och torde inte finnas samlat i någon annan skrift. Referaten i boken erbjuder en intressant och stundtals spännande läsning för olika yrkesgrupper inom barnomsorg och skola. Även om man inte finner entydiga råd och klara besked om bästa hjälpen till barn och familjer med dessa problem, förmedlar bibliografin kunskaper, synpunkter och frågeställningar som är väl värda att ta del av, kanske pröva och i varje fall begrunda.

741-000 Hesselman: Selektiv mutism 81:–
(167 s)
(moms och porto tillkommer, totalt ca 103:–)

Beställ direkt från

PsykologiFörlaget ab

Box 461, 126 04 Hägersten, Tel. 08 - 97 03 95