

SPRI:s rapport om 80-talets allmänpsykiatri

Läkarförbundets synpunkter

Grundprinciperna i Spris rapport om 80-talets allmänpsykiatri torde vara tämligen okontroversiella. De förändringar som skisseras kommer dock inte att kunna genomföras utan problem, allra minst i tider av ekonomiska svårigheter. Teoretiska modeller kan inte heller alltid anpassas till den konkreta vardagliga sjukvårdens realiteter. Man måste vara kritisk och bygga in någon form av utvärdering av de satsningar som görs.

Nedanstående artikel bygger på en sammanvägning av synpunkter från Läkarförbundets specialistföreningar för psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, allmänmedicin och långvårdsmedicin och är sammanställd av utredningschefen Ulf Schöldström i Läkarförbundet.

Spris rapport "Utveckling av 80-talets allmänpsykiatri" är en intressant sammanfattning och syntes av den debatt som under en följd av år har förts om förnyelse av den psykiatriska verksamheten, och som också har återspeglats i utredningar, socialstyrelsens principprogram och riktlinjer, SPRI-rapporter och enskilda landstings planer för den psykiatriska vården. Grundprinciperna för psykiatrins förändring – tex kontinuitet, delegering och samverkan – torde vara tämligen okontroversiella idag.

Rapporten handlar till största delen om organisatoriska frågor, om sektorisering och om avveckling av mentalsjukhus. En rimlig sektorisering bör omfatta sådan öppen och slutna korttidsvård som är riktad *direkt ut* mot samhället. Långtidsvården, både den geropsykiatriska och tex sjukhemsvården av kroniskt schizofrena patienter bör med fördel kunna differentieras efter vårdbehov. Detta gäller också vissa specialfunktioner, tex narkomanvård och omhändertagande av särskilt vårdkrävande psykoser, vilket rapporten också framhåller.

Sektoriseringens problem

Sektorernas storlek kan självfallet diskuteras utifrån geografiska och andra olikheter inom respektive kliniks upptagningsområde. Risken med alltför små sektorer är att möjligheten till en rimlig differentiering inom den slutna korttidsvården blir otillfredsställande. En sk allvårdsavdelning med flera akuta psykoser tillsammans med djupt deprimerade patienter och några konfusoriska åldringar kan innebära svårigheter att ge en differentierad vård och vara påfrestande för vissa patientkategorier. Konflikten mellan en sammanhållen vårdorganisation och en nödvändig specialisering kommer att vara ett problem inom den sektoriserade psykiatrin. En annan fråga som också måste beaktas i den nya sektoriserade psykiatrin med dess relativt begränsade personal per sektor är hur man skall kunna tillgodose patientens krav på att få välja terapeut och vårdform.

Att helt avveckla mentalsjukhusen är svårt av många skäl. Ett realistiskt alternativ är att skära ned vårdplatsantalet och att integrera de fd mentalsjukhusen med de lasarettssanknutna psykiatriska kliniker, eventuellt att förvandla dem eller delar av dem till sjukhem och behandlingshem. Så har också redan skett på många håll i landet med gott resultat.

Allmänläkarens roll

Rapporten diskuterar utförligt ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer – primärvård, länssjukvård och regionsjukvård – liksom kompetensfrågor av

.....
Konflikten mellan en sammanhållen vårdorganisation och en nödvändig specialisering kommer att vara problem inom den sektoriserade psykiatrin.
.....

.....
"Vårdapparaten" måste i framtiden lägga större vikt vid de relationer som patienten har innan han söker för sina problem.
.....

seende olika psykiatriska patientkategorier. Man konstaterar också att insatser för patienter med psykiska problem görs även inom sådana verksamheter som företagshälsovården och skolhälsovården eller hos socialläkare och privatpraktiserande läkare.

Rapporten betonar med all rätt att ansvarsfördelningen och gränsdragningsproblem mellan psykiatri och primärvården måste lösas i diskussioner mellan psykiater och allmänläkare. Att man inom primärvården – tillsammans med socialtjänsten – bör kunna handlägga normala krisreaktioner är närmast en självklarhet. Allmänläkarna måste också få kunskap om depressioner och depressionsbehandling eftersom de i allmänhet har den första kontakten med dessa patienter och deras ofta somatiska symptomatologi.

"Vårdapparaten" måste i framtiden lägga större vikt vid de relationer som patienten har innan han söker för sina psykiska problem. Det kan röra sig om familjemedlemmar, andra släktingar eller grannar som under många år har gjort stora insatser för patienten och som kan känna sig åsidosatta, när vården övertas av tex primärvården eller psykiatriska team. I de allra flesta fall går patienten tillbaka till sin ursprungsmiljö, och denna bör på allt sätt uppmuntras att åter ge patienten den hjälp som han tidigare fått.

I samarbetet mellan de psykiatriska teamen och primärvården är det inte bara psykiatern som får en konsultroll. Allmänläkaren bör också anlitas som konsult av den psykiatriska kliniken. Ett konkret exempel är utskrivningen av patienter till den öppna vården, där allmänläkaren kan bidra med sin erfarenhet av samarbete med samhällets olika organ inom ramen för den öppna vården.

Åldersdemenser

Primärvården bör i regel kunna svara för tillsynen av åldersdementa patienter på sjukhem, men regeln får inte tillämpas schablonmässigt. Det bör finnas

utredningsenheter för att särskilja olika typer av demenser och avgöra vilka som är behandlingsbara.

När sjukdomsyftningarna är alltför svåra för att kunna bemästras inom primärvården, måste åldersdementa patienter kunna vårdas både för längre och kortare tid vid de psykiatriska klinikerna. Kunskap om hur man aktiverar åldersdementa patienter finns inom psykiatri, och den kunskapen måste föras ut till den somatiska långtidsvården när den får ansvaret för patienterna.

Missbrukarna

Att psykiatrins arbetsfält bör omfatta diagnostik och behandling av alla slags psykoser och gränspsykotiska tillstånd inklusive grava personlighetsstörningar torde vara odiskutabelt. Samma sak gäller väl de flesta mer djupgående neurotiska reaktioner, medan däremot patienter med sk psykosomatiska sjukdomar mera sällan är betjänta av psykiatrisk intervention. De tillstånd, som är förenade med självmordsrisk, utgör förvisso ingen enhetlig grupp: svårigheten därvidlag ligger ju just i att identifiera riskpatienten.

Vad slutligen missbrukarna beträffar, är det hög tid att psykiatri tar sitt ansvar för den vård som avser abstinensreaktioner i det akuta skedet, liksom för de komplikationer som kräver sjukvårdsinsatser i efterförloppet, tex alkoholhallucinos och paranoia samt svåra fall av alkoholdemens.

Utbildning och ansvar

Utbildningsfrågorna aktualiseras på flera ställen i rapporten. En organisatorisk och strukturell förändring av psykiatri utan en samtidigt förbättrad utbildning av personalen skulle givetvis innebära en skenreform. Den viktigaste ekonomiska satsningen bör därför göras på fortbildning och vidareutbildning av personal av alla kategorier. Dessbättre är ju utbildningsläget på många håll redan på väg att ljusna.

.....
Vad missbrukarna beträffar är det hög tid att psykiatri tar sitt ansvar för den vård som avser abstinensreaktioner i det akuta skedet.
.....

Ett viktigt problem som man gärna hade sett bättre belyst är ansvarsfrågorna. Inom sjukvården har överläkaren det yttersta ansvaret för patienten. Förutsättningarna för delegering av ansvar till de andra medlemmarna i teamet och konsekvenserna härav måste studeras och klargöras närmare än som hittills har skett.

Utvärdering behövs

De förändringar som skisseras i rapporten kommer givetvis inte att kunna genomföras utan problem, allra minst i tider av ekonomiska svårigheter för landstingen. Teoretiska modeller kan heller inte all-

tid anpassas till den konkreta vardagliga sjukvårdens realiteter. På åtskilliga håll i landet har man av olika skäl – geografiska, utbildningsmässiga och andra – fått modifiera sina ursprungsplaner och anpassa dem efter lokala förhållanden.

Det är viktigt att alla berörda parter är medvetna om såväl de problem som redan kan urskiljas som det faktum att oförutsedda svårigheter kan uppkomma. Man måste vara kritisk och bygga in någon form av utvärdering av de satsningar som görs. Inför en förändring måste man vara uppmärksam på att den lösning man prövar inte nödvändigtvis är den slutgiltiga.

Granbergsköket

SVCR-Granbergsköket – byggt på 20 års erfarenhet – är ett lättskött och verkligt flexibelt kök. Enkelt och billigt kan arbetshöjden ändras så att köket svarar mot individuella behov.

Granbergsköket, som finns över hela landet i alla kommuner, är berättigat till bostadsanpassningsbidrag. Begär katalog!



Bröderna Granberg Snickeri AB
Norrköping, telefon 011-12 12 36