

SPRI:s rapport om 80-talets allmänpsykiatri

Psykologsynpunkter

Leif Havnesköld

Implicit i överföringen av uppgifter på primärvård/socialtjänst kan ligga en sänkt ambitionsnivå för den psykiatriska vården. I sådana fall är det väsentligt att detta klargöres så att ett politiskt ställningstagande möjliggörs framhåller i nedanstående artikel legitimerade psykologen Leif Havnesköld.

I hans artikel – som i sammanhanget representerar synpunkter från Sveriges psykologförbund – betonas också vikten av att personer med avancerade psykologiska och sociala kunskaper bereds möjlighet att få eget självständigt ansvar och möjligheter till formellt ledningsansvar.

Huvudinnehållet i rapporten vad gäller omorganiseringen av psykiatri samt riktlinjer för uppnående av ökad kontinuitet, närhet, undvikande av psykiatrisering och hospitalisering mm förefaller med all rätt ha ett brett stöd från såväl politiker som experter, vilket betyder att enigheten om "de stora linjerna" tycks vara väl förankrad. Jag vill i denna kommentar i stället fokusera på några praktiska svårigheter som kan förväntas uppstå som en konsekvens av att psykiatri utvecklas allt mer i den riktning som rapporten anger. Tre områden ska här särskilt beröras nämligen: ledning/kontroll/ansvar, utbildning och kompetens.

Ledning/kontroll/ansvar

Väsentligt i vad som skisseras som 80-talets "nya psykiatri" är ju att psykiatri ska förändras inte bara till form utan även innehållsligt. Den innehållsmässiga förändringen består bl a i att psykologiska och sociala aspekter alltmer etableras som likvärdiga de medicinska inom psykiatri. Detta torde

vara en konsekvens av att särskilt psykologiska kunskaper och behandlingsmetoder visat sig vinna ökad betydelse framför allt inom den "nya" öppenvårdspsykiatri. I denna akutella rapport liksom de flesta andra utredningar och lagförslag som berört det psykiatriska området under de senaste åren har detta faktum betonats starkt, man anger "beaktandet av såväl psykologiska som sociala och medicinska faktorer i diagnostik och behandling", som en av de bärande grundprinciperna (sid 7). Hur fungerar då detta i praktiken?

Enligt sjukvårdslagstiftningen är det ju läkaren som inom ramen för sitt medicinska ledningsansvar har att svara för diagnostiska bedömningar och behandlingsplanering. Den ansvarige psykiatern har således att göra den samlade bedömningen som ska innefatta *såväl* medicinska som psykologiska och sociala aspekter. I Spri-rapporten poängteras dock det orimliga i att en och samma person ska ha djupa kunskaper om dessa tre områden, därför behövs således en allsidig kompetens i teamet. På annat ställe i rapporten framhålls dock att den psykiatriska verksamheten inom länssjukvården är en medicinsk specialitet och att här *ingår* psykoterapi och ställningstaganden till sociala åtgärder. Psykoterapi, som enligt alla gällande definitioner betecknas som en specialitet grundad på psykologisk teori förklaras plötsligt *ingå* i det medicinska området!! Genom denna logiska kullerbytta ska alltså läkarnas övergripande ansvar kunna försvaras. Förutom att resonemanget är helt orimligt finns ännu ett problem. Problemet består i att den gängse psykiaterutbildningen ger synnerligen knapphändiga kunskaper om människan som psykologisk och social individ. En traditionellt utbildad psykiater har ej realkompetens att ens självständigt bedriva psykoterapi, ändock förväntas han ha ett "övergripande ansvar"

En traditionellt utbildad psykiater har ej real-kompetens att självständigt bedriva psykotek-rapi, ändock förväntas han att ha ett "övergri-pande ansvar" över sådan behandling!

över sådan behandling! Ett sådant sakernas tillstånd kan knappast inge förtroende för psykiatrin, man skapar snarast ett löjets skimmer över sin egen verksamhet. Det är väldigt svårt att verkligen kunna garantera att psykologiska och sociala aspekter till-räckligt beaktas så länge klinikledningen helt läggs på medicinsk personal. Detta är givetvis en svår, men icke desto mindre inför 80-talet angelägen fråga ifall de intentioner som anges för 80-talets psykiatri verkligen ska kunna genomföras. Det handlar om att man helt enkelt inom det behandlande systemet måste skapa garantier så att personer med avance-rade psykologiska och sociala kunskaper, dvs i första hand psykologer/socionomer bereds ökad möjlig-het att få i första hand ett eget självständigt ansvar, och dels möjligheter till formellt ledningsansvar inom områden som rör psykologisk och psykosocial behandling, samt utveckling av dessa områden. Som situationen är just nu inom psykiatrin består klinikledningen förutom av läkare av sjukvårdsföre-ståndare och klinikföreståndare, som rekryteras bland medicinskt utbildad personal. Den medicinska dominansen i ledningen är alltså närmast total, vilket ju uppenbarligen står i klar motsatsställning till alla resonemang om allsidighet i diagnostik och behandling. När nu vårdideologin bakom den sektoriserade psykiatrin vunnit gehör på de flesta håll är det nu politikernas sak att genom lagstiftning om ändrade makt- och ansvarförhållanden se till att den vårdideologi man pläderar för också förverkli-gas. I fall makt- och ansvarförhållandena ska kvar-stå oförändrade är risken uppenbar att den "nya psykiatrin" bara blir en förändring till form – ej till innehåll.

Utbildningsfrågan

På många ställen i rapporten poängteras bristen på utbildning och behov av handledning för personal inom psykiatrin. Det talas bl a om att såväl terapeu-

tiskt arbete som medverkan i arbetsgrupper och konsultationsuppdrag bör fördelas till samtliga i tea-met arbetande personal. Utbildningsfrågan förs fram som en central aspekt. Nu frågar man sig – utbildning i vad? Rapporten lämnar den frågan öpen. Vad man kan konstatera är dock att den medi-cinska utbildningen bland personal i psykiatrin do-minerar och är väl tillgodosett bland de grupper som kvantitativt dominerar i psykiatrin dvs läkare, sjuk-sköterskor och mentalskötare. När det talas om att det på dessa grupper ställs krav på nya uppgifter, verkar det rimligt att anta att man här avser ökad kunskap inom det sociala och psykologiska fältet. Uppgifterna kan tänkas bestå i terapeutisk behand-ling, konsultation, handledning i terapeutiskt för-hållningssätt till personal inom primärvård/social-tjänst. Konsekvensen blir alltså att det med hänsyn till utgångsläget är ökade psykologiska/sociala kun-skaper som är nödvändiga för att möta kommande behov. Erfarenheter från de nu fungerande öppen-vårdsklinikerna där man arbetar i fullständiga team har också visat att så är fallet. Här är det väsentligt att det förs en diskussion om i vilken utsträckning det är rimligt att lägga ner stora resurser på vidare-utbildning av medicinsk personal mot att tillföra tea-men personal med speciella kunskaper i psykologi och sociala frågor. Risken är annars uppenbar att man skapar en situation, där de sektoriserade (full-ständiga) teamen innehar en skenbar behandlings-kompetens i förhållande till de arbetsuppgifter som krävs. Vilka kunskaper som behövs har ju formule-rats bl a i rapporten, och återigen handlar det om att tillförsäkra att förändringen av psykiatrin garante-ras även innehållsmässigt.

Kompetens

Ovanstående resonemang angående ansvarsfrågor och utbildning har beröringspunkter med frågan om

Man måste skapa garantier så att personer med avancerade psykologiska och sociala kunskaper bereds ökad möjlighet att få i första hand ett eget självständigt ansvar och dels möjligheter till formellt ledningsansvar.

primärvårdens/socialtjänstens kompetensområde. Man talar i rapporten om att primärvården/socialtjänsten *bör* ha kompetens för behandling av vissa tillstånd och här nämns bla "reaktioner på yttre påfrestningar" samt melankoliska depressioner. Även om man förutsätter att detta är möjligt, kan man ej komma ifrån krav på i vissa fall ganska omfattande diagnostiska kunskaper för att utskilja dessa typer av tillstånd från ex vis andra närliggande diagnosgrupper.

Det står i rapporten att det är en *regel* att kontaktpersonen i fråga (präst, distriktsköterska, övervakare etc) "ska fortsätta att vara kontaktperson för sin klient/patient även om dessa har psykiska problem" (sid 41). I detta läge bör man vara medveten om att konsult eller handledningsinsatsen i många fall kan anses vara otillräcklig, då ex vis psykoterapi ej kan bedrivas utan en grundläggande utbildning,

enbart handledning är otillräckligt. Denna "regel" får ej bli sådan att den håller kvar människor i en oprofessionell kontakt, när professionell hjälp i form av ex vis psykoterapi är nödvändig. Denna sk "regels" konsekvenser bör övervägas noggrannt när man bygger upp ett system som ska fungera enligt denna princip. När man så talar om att primärvård/socialtjänst "bör" ha kompetens för behandling av vissa tillstånd kommer man återigen in på frågan om vilka kunskaper/resurser som behöver tillföras dessa organisationer för att intentionerna ska kunna uppnås utan att patienterna blir lidande. Implicit i överföringen av uppgifter på primärvård/socialtjänst kan ju också ligga en sänkt ambitionsnivå för den psykiatriska vården, och i sådana fall är det väsentligt att detta klargörs så att ett politiskt ställningstagande möjliggörs.

Familjer

sökes i Stor-Stockholm för ungdomar
15–25 år

Familjerna bör ha:

- intresse för denna åldersgrupp
- möjlighet till engagemang under en längre tidsperiod
- utrymme för en ny familjemedlem

Vi erbjuder:

- god ersättning
- kontinuerlig kontakt med ungdomarna och värdfamiljerna

Ungdomarna har inga missbruksproblem. En del har psykiska svårigheter. En del har blivit försummade under sin uppväxttid. De behöver bo hos familjer som kan ge dem stöd och ställa rimliga krav.

Vidare upplysningar lämnas genom SOCIAL BOSTAD, familjevårdssektionen, Stockholms socialförvaltning, Astrid Kleineman, tel: 08/58 90 77 eller Ulla Öberg, tel: 08/58 90 76.

Psykolog nytt

**Tidningen som du inte
kan leva utan, du som
arbetar inom psykiatri
och socialmedicin.**

**Stora och viktiga serier
Reportage – debatt**

**Ring
08-14 15 50**