

Barnpsykiatri, socialvård och skamliga ord

Reflektioner kring två samarbetsmöten

Torkel Scholander

Barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicin, barnhälsovård, socialvård och skolhälsovård har byggt upp parallella resurser med mycket lite eller i vissa fall ingen kommunikation sinsemellan. Detta är i dag det i särklass största problemet för barn- och ungdomsvården hävdar i nedanstående artikel docent Torkel Scholander, överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Lunds lasarett.

Samarbetet mellan socialvård och psykiatri är en högaktuell fråga som har varit tema vid två möten. Vid Psykiatriska föreningens möte i oktober 1975 berördes samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri vilken behandlades mera utförligt ett år senare vid Svenska föreningens för barn- och ungdomspsykiatri möte i Stockholm. Jag har tidigare i en artikel i denna tidskrift påpekat de nästan kaotiska förhållanden som för närvarande råder inom barn- och ungdomsvården. Barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicin, barnhälsovård, socialvård och skolhälsovård, för att nämna några av de viktigaste hjälporganen har byggt upp parallella resurser med mycket lite eller i vissa fall ingen kommunikation sinsemellan. Detta är enligt min mening idag det i särklass största problemet för barn- och ungdomsvården. Tyvärr utgör socialvård och barn- och ungdomspsykiatri inte något undantag härvidlag. Bristen på samordning illustrerades också delvis på mötet i Stockholm där man från båda sidor redovisade olika specialprojekt: Hemma-hos-terapi, behandlingsshem etc, som

byggts upp parallellt. Gränsdragningen mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialvård tycks på vissa områden vara så gott som obefintlig. Nu är det visserligen diskutabelt om en sådan gränsdragning bör göras eller om den över huvud taget är önskvärd. Men det är i varje fall nödvändigt att man på ett bättre sätt samordnar resurserna och tar vara på varandras erfarenheter samt hjälper och kompletterar varandra. Paradoxalt nog har den mycket omtalade helhetssynen blivit något av en stötesten. Denna helhetssyn som bl a givit upphov till det traditionella barn- och ungdomspsykiatriska teamarbetet har det senaste decenniet i allt större utsträckning börjat tillämpas även inom socialvården. Detta är självfallet en positiv utveckling men bäddar också för dubbelarbete och prestigestrider om man inte samordnar verksamheterna.

Fakta kring tvånget

En sådan samordning behövs i synnerhet i behandlingen av den svårare delen av vårt gemensamma klientel som de så kallade primärt karaktärsstörda ungdomarna, aggressiva, utagerande, missbrukande. Behandlingsresultaten är i dessa fall inte särskilt lysande vare sig på den ena eller den andra sidan, vilket också i olika sammanhang har påpekats. "Ungdomsvårdsskolorna har misslyckats", "barnpsykiatri vägrar ta de svåraste fallen" etc. Det är emellertid anmärkningsvärt att man i debatten kring sådana problem har undvikit att diskutera eller avfärdat åtgärder som kanske i och för sig hade varit adekvata men som anses olämpliga ja rent av skamliga. Ordet *tvång* skymtar ofta.

Det har varit en egendomlig tendens under de senaste 10—20 åren att tabu-belägga en del sådana begrepp och endast diskutera vad man önskar göra och inte det som måste göras i vissa fall.

Man har lyckats kringgå detta begrepp och det fast man erfarenhetsmässigt vet att tvånget ofta behövs och att det i många sammanhang rent av är terapeutiskt. Nu har tvångsåtgärder blivit något som man har velat överlåta till andra och som man helst inte velat befatta sig med själva. Har sådana åtgärder trots allt använts så har detta i regel skett antingen dolt eller med ett beklagande. Här märktes en påtaglig tillnyktring vid mötet i Stockholm. Det underströks att vi i vissa sammanhang behöver tvångsåtgärder och att sådana framför allt måste diskuteras ur en mera positiv synvinkel. Sålunda fanns liknande tongångar som de som ventilerades nyligen i Läkartidningen (nr 36/76). Tänk om detta också kunde ha till följd att man vågade ta upp en del andra lika belastade begrepp som makt, påverkan, styrning med flera. Det har varit en egendomlig tendens under de senaste 10—20 åren att tabu-belägga en del sådana begrepp och endast diskutera vad man önskar göra och inte det som måste göras i vissa fall. En mera öppen diskussion av problemen skulle säkerligen rensa luften och minska motståndet mot åtgärder som visserligen anses realistiska men är mindre populära. Dessutom är det sannolikt att en sådan diskussion skulle göra många som arbetar inom människovårdande yrken mera medvetna om deras egen användning av både tvång, makt och påverkan. Som en del av den tidigare nämnda tabu-inställningen finns det alltför många som idag förtränger och blundar för egna åtgärder med inre börd av sådana begrepp.

Institutioner behövs

Man har under det senaste årtiondet arbetat för att komma bort ifrån institutionerna. Med all rätt har man betonat vikten av öppen vård. Frågan är emellertid om inte pendeln även här har svängt

för mycket åt ena hållet. Även med utbyggd öppen vård behöver vi ett antal institutioner, det gäller lika väl barn- och ungdomspsykiatri som socialvård. Men inte nog med det. Vi behöver också i många fall institutioner med låsta dörrar. Med andra ord: Sluten vård i egentlig mening. Här har vi ånyo ett svårt belastat begrepp. Man låser dörrar i många sammanhang men gör det i smyg fast man vet att öppna dörrar ibland kan innebära livsfarliga rymningar av barn och ungdomar som inte har förmåga att ta vara på sig själva. Även här behöver vi en öppen diskussion inom barn- och ungdomspsykiatri likaväl som inom socialvården. Frågan är inte om man skall ha låsta dörrar utan när och i vilka sammanhang som en sådan åtgärd skall användas. Tiden bör nu vara mogen att kunna diskutera alla dessa begrepp utan fara för ett återfall till gångna tider med hela den repressiva och konserverande tendens som då fanns. Förståelsen för barnet och dess behov behöver heller inte riskera att bli mindre för den sakens skull, snarare tvärt om.

Huvudmannaskap

I dagens samhälle är det ständigt tal om brist på resurser från såväl socialvård som sjukvård. Detta är väl också riktigt när det gäller personalresurser men vad beträffar institutionsplatser har man anledning att betvivla att det finns någon verklig resursbrist. I stället får man intryck av att institutionsresurserna inte utnyttjas på rätt sätt. Socialvården och barn- och ungdomspsykiatri har till mycket stor del båda institutioner med ganska likartad klientel. Det är bara de personella resurserna som är olika. Detta förutsätter någon sorts dikotomi mellan det psykiska och sociala, en tanke som idag bör vara orimlig. I stället rör det sig så gott som alltid om psyko-sociala problem med tonvikt på första eller andra stavelsen. Det före-

Frågan är inte om man skall ha låsta dörrar utan när och i vilka sammanhang som en sådan åtgärd skall användas.

faller därför också rimligt att man inom varje landsting har en samlad översikt över institutionsresurserna vilket möjliggör ett betydligt bättre utnyttjande än vad som för närvarande är fallet. Tyvärr skulle en sådan översikt försvåras om man skulle följa socialutredningens förslag. Man förordar där att socialvårdens institutioner skulle bli en primärkommunal angelägenhet eller i vissa fall skötas i samverkan mellan två eller flera kommuner. Olika huvudmän skulle utan tvekan försvåra samordningen och därmed också bädja för fortsatt ineffektivt utnyttjande. Emellertid finns det nu också röster från kommunalt håll som motsätter sig den ekonomiska belastning som ett sådant huvudmannaskap skulle utgöra. Om landstinget skulle övertaga det samlade institutionsansvaret, vilket man får hoppas, bör det bli lättare att åstadkomma en psykiatrisk-social resursplanering. En sådan samlad syn på institutionsresurserna antyds i *figur 1* och en placering skulle enligt detta följa den så kallade LEON-principen (lägsta ekonomiska omhändertagandenivå) men vidare kunde man bedöma placering i förhållande till rätt grupp, terapeutiska behov, graden av psykiska problem, behov av närhet till familj, skol- och yrkesbehov etc. Självfallet kan en sådan samlad resursplanering innebära risk för tungrodd byråkratisering särskilt vad beträffar akut placering men detta bör vara ganska lätt att undvika.

Figur 1.

Psykiatriskt

- ↑ Barnpsyk klin
- Behandlingshem
- Utskrivningshem
- Träningslägenhet
- Kontrakterat fosterhem
- Ungdomsvårdsskola
- Upptagningshem
- Barnhem
- ↓ Fosterhem

Socialt

Slutligen något om den öppna vården. I de större städerna Stockholm och Göteborg har man sedan många år haft en väl utbyggd barn- och ungdomspsykiatrisk öppen vård, fristående centra-
ler. För närvarande pågår också en liknande utbyggnad i övrigt i landet. Man kan emellertid hoppas att man i samband med den utbyggnaden beaktar de samarbetssynpunkter som här nämns. Som en följd av detta borde man i betydligt större utsträckning gå in för samlokalisering av socialvård, barn- och ungdomspsykiatri, liksom medicinsk barnavård, barnhälsovård och vuxenpsykiatri. En mera konsekvent genomförd samlokalisering borde på ett naturligt sätt kunna närma de olika barnavårdande organen till varandra vilket borde vara en självklarhet.