

Några aspekter på psykiatrisk vårdplanering

Leif Ojesjö

Detta är ett försök till snabböversikt över inventeringarnas betydelse i den psykiatriska vårdplaneringen. Skall jag skissera det lite närmare gäller det planering för dels det aktuella vårdbehovet, dels för framtidens behov. Vi måste också försöka fånga orsaksförhållanden och föreslå möjlig profylax. Traditionella patientinventeringar har då sannolikt fått alldeles för stor betydelse för vårdplaneringen.

Anpassningsplanering

Först då några ord om planeringen för det omedelbara sjukvårdsbehovet. Landstingshuvudmännen frågar sig vid sin planering bl a följande:

1. Vilket är vårdbehovet?
2. Vilka resurser finns?
3. Vilka resurser behövs?
4. Vilka rehabiliteringsbehov finns?

(och allt detta enligt "LEON" principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå, decentralisering och integrering av hälsovård, sjukvård och socialvård). Administratörerna hoppas mycket på datateknikens utveckling och tänker sig bl a årliga data-paket som beslutsunderlag.

I princip kan planering sägas vara av två slag: "anpassningsplanering" (man använder statistik från olika fält för att följa utvecklingens trender passivt) och "styrningsplanering" (utifrån klara överordnade målsättningar). Vårdplaneringen här i landet måste nog sägas vara av anpassningstypen, ehuru det erkänts att man lider brist på allsidig statistik från det social-medicinska och psykiatriska

Någon form av målsättning för sjukvården måste finnas och denna måste redovisas öppet. Det är svårt att få riktigt klara besked genom de offentligt gjorda planerna. Hur långt är man beredd att gå? Var går toleransgränsen för en preventiv socialpolitik? Man får snarast en känsla av att administratörerna-planerarna undviker att gå in på de ekonomiska och politiska konsekvenserna.

Vårdplaneringen här i landet måste sägas vara av "anpassningstypen". De sociala resurserna kommer in i efterhand för att rätta till uppkomna problem såsom en ökande sjukfrånvaro. Det är viktigt att vi som läkare och forskare ställer oss kritiska. Vi har en opinionsbildande uppgift i att försöka ge informationer om den sociala verkligheten.

Leif Ojesjö är underläkare vid forskningskliniken vid S:t Lars sjukhus i Lund.

fältet. Utgångspunkten blir i allmänhet prevalensundersökningar, där man försöker få grepp om sjukligheten och det därmed sammanhängande sjukvårdsbehovet en viss dag eller en viss period. Sådana undersökningar har utförts på många håll i landet och användes för beräkning av vårdplatser, rehabiliteringsmöjligheter och andra åtgärder. Man har samtidigt försökt beräkna behovet av läkare och annan medicinsk och paramedicinsk personal. Det har alltså varit fråga om att i första hand försöka fånga behovet just nu. Man har velat kartlägga de aktuella resurserna. Det är givetvis väsentligt att i tid fånga upp hjälpbehovet. Vi har många människor med aktuella besvär och

I princip kan planeringen sägas vara av två slag: "anpassningsplanering" (man använder statistik från olika fält för att följa utvecklingens trender passivt) och "styrningsplanering" (utifrån klara överordnade målsättningar).

insufficienser att taga hänsyn till och här går det inte att komma med ytterlighetsförenklingar. Men på längre sikt när det gäller planering av framtidens behov duger inte prevalensundersökningar med studier av trender och dylikt. Man måste istället försöka få grepp om bakgrundssammanhang och orsaksförhållanden. Här kan incidensundersökningar bli av stort värde. Man studerar vilka som under en tidsperiod blir insufficienta och försöker fånga möjliga orsaker. Här vet vi ännu ganska lite om orsakssammanhangen. Behovet av forskning inom dessa områden är alltså uppenbart, som också påpekas i Socialstyrelsens nya principplaner för den psykiatriska vården. Man kan studera frekvensen av vissa sjukdomar eller så att säga försöka få ett grepp om hela sjukdomspanoramat och utbredningen av insufficienserna i en totalbefolkning eller hos speciellt sårbara ("vulnerabla") grupper. Man kan också tänka sig att försöka utvärdera olika alternativa vårdformer och olika insatsers effekter.

Individ $\rightleftharpoons$ samhällsstruktur

Forskning för att kartlägga orsakerna till psykiatriska insufficiensstillstånd måste förvisso taga hänsyn till att en massa faktorer kan ha betydelse: genetiska, somatiska-organiska tillstånd, personlighetsstruktur, sociala förhållanden osv. Man kan säga att insufficienserna är multifaktoriellt utlösta. Vi måste ha klart för oss att det här rör sig om formliga nät av orsaksmönster. Det blir i allmänhet hypoteser och modeller eftersom vi saknar någon riktigt bra, överordnad (och av alla accepterad) teori. Det är kanske mera träffande att karaktärisera många sjukdomar som sociala processer där inte bara en enda individ är involverad i utvecklingen utan även omgivningen. Det är med andra ord nödvändigt att studera växelverkan mellan individ och samhällsstruktur, ekologiska sammanhang om man så vill. Problemställningar och hypoteser kan här fokuseras på betydelsen av fa-

De åkommor som ej "godkänns" av samhället kan man kalla de negligerade sjukdomarna. Dessa samlas gärna i den socialmedicinska-psykiatriska sektorn.

miljöförhållanden och klasstillhörighet, arbetsförhållanden som ackord, skift och medinflytande, på arbetslöshet, omskolning och omflyttning. Vi vet tex föga av vad den nuvarande ekonomiska koncentrationspolitiken får för effekter och mänskliga kostnader. Individens benägenhet att under olika påfrestningar och förhållanden antaga en sjukroll kan här bli intressant. Det är, som alla vet, svårt att erhålla objektiva och värderingsfria definitioner av begreppen. Sjukdom synes i de flesta kortvariga fall tolkas av individen själv, medan vid långvarigare tillstånd läkarintyg krävs, så även i tvångssammanhang och vid bedömning för tex militärtjänst. Här blir alltså läkarens tolkning utslagsgivande. Hur olika grupper i populationen tolkar sjukdomsbegreppet är veterligen inte närmare undersökt i Sverige. Man kan nog slå fast att varje individ skapar sin egen norm och att faktorer som personlighetsdrag, ålder, kön, språksnivå, arbetsmotivation, kunskapsnivå, tidigare läkarkontakter och allmän kulturell bakgrund spelar in. Man kan tala om att individen kan antaga en sjukroll och ett sjukrolls beteende. En del vill också skilja upp ett hälsobeteende, ett sjukdomsbeteende och ett sjukrolls beteende.

Det finns, som bland andra Per Sundby (1968) påpekat, socialt mer eller mindre erkända sjukdomar. De åkommor som ej "godkänns" av samhället kan man kalla de negligerade sjukdomarna. Dessa samlas gärna i den socialmedicinska-psykiatriska sektorn. Det kan röra sig om slitagesjukdomar och blandade somatiska, psykiatriska och sociala insufficienser. Alla sjukroller är emellertid inte lika behagliga eller lätta att ha. Vi har roller med hög status och med låg status allt efter den sjukdom som ligger i botten. Frekvensen av dessa svårdefinierade och oaccepterade tillstånd är ganska okänd, men borde kunna fångas upp i befolkningsundersökningar av den typ Olle Hagnell har i sitt Lundbymaterial. Det är väl en utopi att

Det blir i allmänhet hypoteser och modeller eftersom vi saknar någon riktigt bra överordnad teori.

få grepp om hela orsaksnätet bakom sjukdomarna, många gånger är det tillräckligt att isolera endast någon faktor för att reducera sjukdomsriskerna.

Profylax

Profylaktiska och preventiva åtgärder — en offensiv medicin — torde i längden vara det mest humanitära sättet att verkligen bringa ned sjukvårdskostnaderna. Detta kommer att kräva strukturella förändringar av uppenbart politisk natur. Allt fler börjar inse att vårt samhällssystem verkar patient- och klientskapande i sin nuvarande utformning. Vi måste leta efter orsakerna och kartlägga utstötningsmekanismerna. Lökken har pekat på den "diagnostiska kulturen", där man i sjukdomstermer diagnostiserar bort egentligen samhällsliga problem. Och andra har talat om "the Psychiatric World View" osv. Vi måste analysera de medicinska insatsernas funktioner i samhället. Man frågar sig t ex vad det *egentligen* innebär att Storstockholms sjukvårdsberedning i sin plan 1971 —80 bedömt efterfrågan på öppen vård till totalt drygt 6,3 (sic) miljoner besök 1980. Och inom det psykiatriska vårdområdet för c:a 250 000—300 000 innevånare beräknas inalles 75—90 000 besök per år. Vårdapparaten slukar också allt enormare summor. Socialpolitiken med vårdsektorn lär taga omkring 20 % av bruttonationalprodukten och sjukvården c:a 5 % av bruttonationalprodukten (c:a 7 miljarder). Det är emellertid svårt att få några riktiga klara besked genom de offentliggjorda planerna. Hur långt är man beredd att gå? Var går toleransgränsen för en preventiv socialpolitik? Man får snarast en känsla av att administratörerna—planerarna undviker att gå in på de ekonomiska och politiska konsekvenserna. Trots den sk långtidsutredningen dominerar kortsiktiga planeringar utan att alternativ ges. Det erkänns även i statliga utredningar att "näringslivet" väger tyngst i praktiken. Detta medför att vi gång på gång ställs inför absurda val som mellan arbetsnedläggelse eller miljöförstöring och exploatering. De sociala resurserna kommer så in i efterhand för att rätta till uppkomna problem som en ökande sjukfrånvaro. Detta kan kallas anpassningsplanering. Jag tror det är viktigt att vi som

läkare och forskare ställer oss kritiska. Vi har en opinionsbildande uppgift i att försöka ge informationer om den sociala verkligheten.

LITTERATURFÖRTECKNING

Hagnell, O.: A prospective study of the incidence of mental disorder. Scandinavian University Books, Nordstedts/Bonniers 1966.

Sundby, P.: Sinnslidelse, uförhet og sociale levevilkår. I. Dalgard O. S. (red): Sinnslidelse og Samfunn, Pax 1968.

Socialstyrelsen redovisar 16, "Principplan för psykiatriska vården", Allm. Förlaget 1970.

Socialstyrelsen redovisar 21, "Integrerat Samhälle", Allm. Förlaget 1971.

Fotoprint kan

BLANKETTER

Distinkt tryck på högklassigt papper, rätt pris och omgående leverans är orsaken till att allt fler läkare och sjukvårdsinrättningar anlitat vår blankettservice.

Några blankettproblem får Ni aldrig, om Ni vänder Er till oss. Vi är utrustade att utveckla och tillverka för Er passande blanketter, att användas i de rutiner som ingår i såväl vård som administration.

Välkomna med Era beställningar och förfrågningar.

Tryckeriaktiebolaget

fotoprint

Kungälv

Tel. 0300/110 00-1-2