

# Öppen psykosvård – socialpsykiatriska synpunkter



**C.G. Gottfries**

Rehabilitering och resocialisering av psykiskt sjuka hör till de uppgifter som ligger inom socialpsykiatrins arbetsområde. Jag skall här diskutera en grupp patienter som är aktuella i detta sammanhang. Det gäller patienter som omhändertagits på psykiatriska sjukhus p.g.a. långdragna psykotiska sjukdomstillstånd eller haft sjukdomstillstånd som lett till invaliditet av de psykiska funktionerna. Inom psykiatin har, speciellt inom den senaste 10-årsperioden, behandlingsmetoder införts vid vilka man försökt aktivera denna patientgrupp. Målinriktningen är i första hand att få patienterna i sådant skick att de skall kunna vistas utanför sjukhuset. Förbättrade farmakologiska behandlingsmetoder har härvid varit till hjälp. Jag tänker då i första hand på de allt effektivare neuroleptika som tillförts psykiatin. Det finns dessutom en ny behandlingsform som introducerats och som kommer att öka möjligheterna att överföra patienterna från slutet till öppen vård. Denna behandlingsform innebär att patienterna får depåneuroleptika i injektionsform. Härigenom reduceras problemen kring den farmakologiska behandlingen väsentligt

Efter ett föredrag vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Umeå 1971.

Nya farmakologiska metoder har väsentligt för-  
enklat den medicinska delen av psykosbehand-  
lingen. Det bidrar till att patienterna i större  
utsträckning än tidigare kan vårdas ambulantly.  
För efterbehandlingen i öppen vård är emeller-  
tid de sociala resurserna bristfälliga.

En basorganisation för öppen psykiatrisk  
vård kommer att ha mycket gemensamt med den  
sociala vården. Denna öppna vård bör därför  
planeras i samarbete mellan sjukvårdshuvud-  
män och huvudmän för den sociala vården.

Carl-Gerhard Gottfries är professor i psykiatri  
vid Umeå universitet och överläkare vid psykia-  
triska kliniken II Umeå lasarett.

både för patienten och läkaren utan att den tera-  
peutiska effekten försämras.

## Depåneuroleptikum och litiumbehandling

Då jag nyligen avslutat försök med ett depå-  
neuroleptikum skall jag här helt kort lämna några  
preliminära resultat, som jag tror kan vara av  
värde för de kolleger, som använder sig av depå-  
preparat. Jag har på några patienter använt ett  
tritiummärkt depåneuroleptikum, flupenthixol-  
decanoat, för att få en uppfattning om preparatets  
farmakokinetik. Undersökningen visar att upptaget  
från neuroleptikadepån intramuskulärt sannolikt  
är betydligt långsammare än man från början haft  
anledning förmoda. Det kan dessutom antagas att  
så höga koncentrationer av preparatet finns kvar  
i kroppen att man kan räkna med terapeutisk  
effekt upp mot fyra veckor. Undersökningen pekar  
alltså på att man vid depåbehandling med neuro-

*Det kan antagas att så höga koncentrationer  
av preparatet finns kvar i kroppen att man  
kan räkna med terapeutisk effekt upp mot fyra  
veckor.*

leptika mycket väl kan göra behandlingsförsök, där man har fyra veckors intervall mellan injektionerna. Det är ganska uppenbart att en behandling av denna typ väsentligt förenklar den medicinska delen av behandlingen och bidrar till att patienterna i större utsträckning än tidigare kan vårdas ambulant.

En annan behandlingsform, som gjort, att även patienter med recidiverande mano-depressiva psykoser kan föras över från slutet till öppen vård i betydligt större utsträckning än tidigare, är profylaktisk litiumbehandling. Den medicinska uppföljningen av patienter med litiumbehandling är också mycket enkel och ofta reducerad till ett blodprov varannan månad.

Om ovan beskrivna farmakologiska behandlingsmetoder förenas med rehabilitering och resocialisering, kan sjukvårdstiden för många av patienterna väsentligt reduceras. Som bevis för att det verkligen rör sig om ett stort antal patienter kan jag omnämna, att vid en sammanställning i mars 1971 behandlades 110 patienter med depåneuroleptikum och 70 patienter med litium i öppen vård vid Östra sjukhuset i Malmö.

### **De icke-medicinska resurserna bristfälliga**

I och med att patienten överföres från slutet till öppen vård försvinner emellertid inte behovet av rehabiliterande och resocialiserande insatser. Man frågar sig om det i öppen vård finns tillräckliga resurser för att ta hand om dessa patienter. Utan tvekan blir svaret nekande. Vid den polikliniska vården i Malmö var bristerna mycket uppenbara, och behandlingen fick på många sätt bli provisorisk. Den rent medicinska delen av behandlingen kunde klaras någorlunda tillfredsställande. Vid sjukhuset anordnades en dispensärliknande mottagning, vilken förestods av en sköterska med sekretärhjälp. Patienterna kunde utan tidsbeställning smidigt komma till sjukhuset för medicinska kontroller och injektionsbehandling. Mottagning ord-

*I England har man på vissa håll skapat öppenvårdsenheter med speciell uppgift att omhänderta patienter som behandlas med depåneuroleptika.*

nades även på kvällstid så att behandlingen ej behövde inkräkta på patienternas eventuella arbetstid. I enstaka fall utnyttjades distriktsköterskor i den medicinska eftervården. Den icke medicinska delen av eftervården, d.v.s det sociala omhändertagandet, den fortsatta rehabiliteringen och resocialiseringen, var emellertid betydligt svårare att genomföra. Boendefrågan var ofta mycket svåröst och förorsakade alltför ofta att patienterna fick kvarstanna på sjukhuset längre tid än vad som var nödvändigt. Genom insatser från huvudman fick sjukhuset möjlighet att disponera träningslägenheter, vilka var till stor hjälp ur rehabiliteringssynpunkt. Dessa kunde emellertid endast fungera som genomgångslägenheter och löste därför inte den egentliga bostadsfrågan. Även sysselsättningen och arbetsträningen av dessa patienter var svårt att genomföra. Här är de resurser som står till dessa patienters förfogande mycket begränsade när det gäller öppenvård. Speciellt tillgången till platser vid skyddade arbetsverkstäder var otillräcklig. Detta är mycket beklagligt då psykiskt störda patienter tar stor skada av inaktivitet och isolering. Vid behandlingsförsöken i Malmö fick arbetsterapi på sjukhuset rycka in för att ge patienterna någon form av sysselsättning. Patienterna fick några timmar dagligen komma till sjukhusets arbetsterapi. De bereddes möjlighet att intaga måltider i personalens matsal, och samtliga transportkostnader ersattes av sjukhuset. Sjukhusets arbetsterapi hade emellertid begränsade resurser och hade ej heller möjlighet att ekonomiskt ersätta patienterna för det arbete de utförde.

Försök gjordes också att ordna en klubb utanför sjukhuset så att patienterna fick möjlighet till samvaro på kvällar och helger. Dessa försök att ge patienterna kontaktmöjligheter uppfattades som mycket angelägna men var svåra att genomföra. Verksamheten krävde initiativ och insatser från sjukhusets personal, vilka ofta var svåra att ge-

*Det sociala omhändertagandet var emellertid betydligt svårare att genomföra.*

Enligt min uppfattning bör man mycket väl kunna tänka sig att hänskjuta en del av efterbehandlingen av psykiskt sjuka till allmänläkarstationer.

nomföra framförallt p.g.a. otillräckliga resurser.

Det är viktigt att framhålla att Östra sjukhuset i Malmö har ett upptagningsområde, som är begränsat till en storstad. Detta underlättar väsentligt omhändertagandet av dessa patienter i öppen vård. Svårigheterna torde vara betydligt större vid sjukhus med landsbygd som upptagningsområde.

I England har man på vissa håll skapat öppenvårdsenheter med speciell uppgift att omhändertaga patienter som behandlas med depåneuroleptika. Vid dessa enheter finns det såväl medicinsk som social service.

### **Uppföljning ett oeftergivligt krav**

De undersökningar som gjorts vid Östra sjukhuset i Malmö har visat att uppföljning av psykiotiskt sjuka patienter, som utskrivs från sjukhus, är ett oeftergivligt krav. Detta är väl de flesta också väl medvetna om. Det är otillfredsställande att konstatera hur begränsade de resurser är som för närvarande finns i öppen vård. Man frågar sig hur behov av denna typ har tillgodosetts i existerande planer för psykiatrins utbyggnad och utveckling. Om man tar del av de planer socialstyrelsen skisserat för den öppna vårdens organisation finner man, att längst perifert planeras allmänläkarstationer. Dessa fungerar på kommunblocks-nivå och till dessa stationer skall såväl allmänläkare som distriktssköterska och socialvårdare knytas. Enligt min uppfattning bör man mycket väl kunna tänka sig att hänskjuta en del av efterbehandlingen av psykiskt sjuka till dessa enheter. Injektionsbehandling och provtagning bör kunna ske vid allmänläkarstationer och därigenom

*De psykiatriska klinikerna blir i första hand en remissinstans för vårdcentralerna.*

bespara patienten onödiga transportbesvär. Socialvårdaren kommer sannolikt att få många arbetsuppgifter. Framförallt blir boendefrågor, isoleringsproblem och sysselsättningsproblem aktuella. Bakom allmänläkarstationerna planeras vårdcentraler och dessutom finns på denna nivå normallasarett med öppen vård. Vid vårdcentralerna och normallasarett finns plats för specialister. Även specialister i psykiatri skall finnas här med arbetsuppgifter i öppen vård. Dessa större enheter skall bl.a. utgöra en remissinstans för allmänläkarstationerna. Vid läkarvårdscentralerna och normallasarett skall specialisterna ingå i arbetsgrupper som omfattar annan specialutbildad behandlingspersonal, som socionomer, psykologer och representanter för socialvård. Dessa arbetsgrupper är ämnade att handha mera kvalificerade arbetsuppgifter. Gruppen bör ha förutsättningar att fullfölja efterbehandling av den typ som kan bli aktuell i psykiatriska sammanhang. Isoleringsproblem bör kunna lösas genom att patienten ges möjlighet till sysselsättning och gruppterapi. Vårdcentralerna kommer sålunda att behöva ha möjligheter att ge patienterna långvarig sysselsättning. En samordning med arbetsvården kan därför vara av betydelse. I den planerade öppenvårdsorganisationen finns bakom vårdcentralerna och normallasarett de psykiatriska klinikerna där även öppen vård skall bedrivas. De psykiatriska klinikerna blir i första hand en remissinstans för vårdcentralerna. Vid klinikerna planeras en socialpsykiatrisk vård-enhet. Nödvändigheten av en speciell sådan enhet kan kanske diskuteras, men det är uppenbart, att behov av socialpsykiatriska insatser föreligger även på denna vårdnivå. Inte minst finns uppgifter i uppföljande och uppsökande vård. Ett behov som den planerade öppnavårdsorganisationen måste få stora svårigheter att tillfredsställa är behovet av kontinuitet i patientkontakten.

Det är uppenbart att den basorganisation för öppen vård som planeras kommer att ha mycket gemensamt med den sociala vård. Den öppna vård bör därför planeras i samarbete mellan sjukvårdshuvudmän och huvudmän för den sociala vård.