

Aktuella planeringsprinciper inom psykiatrin



Gunnar Holmberg

Den expansion, rationalisering och omstrukturering av psykiatrin, som skall ske sedan landstingen för 4 år sedan övertagit ansvaret för all psykiatrisk vård, medför en hel del planeringsproblem. Vid försök att lösa problemen kommer man på ett antal olika principer. Man finner då också att principer som var för sig är önskvärda delvis kan motverka varandra, så att kompromisslösningar blir nödvändiga.

Integration med annan sjukvård

En klart ledande princip sedan övertagandet är integration av psykiatrin i annan sjukvård. Hittills har en för 40 år sedan påbörjad integrationsprocess gått mycket långsamt: Mindre än 2 000 psykiatriska vårdplatser har tillfogats lasaretten i form av ett 30-tal mindre kliniker. Nu byggs vid minst 7 sjukhus större anläggningar med allsidiga möjligheter. På ett par ställen fungerar redan rela-

Planeringen av den psykiatriska vården måste ta hänsyn till många aspekter. Vid försök att lösa problemen måste ett antal olika principer tillämpas. Dessa principer kan delvis motverka varandra, så att kompromisslösningar blir nödvändiga, framhåller i följande artikel docent Gunnar Holmberg, överläkare vid psykiatriska kliniken Danderyds sjukhus. I artikeln presenteras översiktligt de huvudprinciper som för närvarande kan betraktas som vägledande i den psykiatriska vårdplaneringen.

Artikeln slutar med en vädjan till planerare och ekonomer: Glöm inte att psykiatrin utan tvekan är den specialitet, som behöver mest tillskott av progressiva vårdformer och skolad personal!

tivt väldimensionerade centralkliniker. Samtidigt sker viss integration på öppenvårdsnivå. På sjukhems- och rehabiliteringsnivå går emellertid både integration och utbyggnad långsamt. Psykiatrin har hittills nästan uteslutande vunnit på en integration, när den skett med omdöme.

Integration med sociala vårdformer

All sjukvård och socialvård skall i en framtid bättre integreras, vilket bl. a. har markerats genom bildandet av en gemensam socialstyrelse. Psykiatrin bör ha speciella förutsättningar att samverka med sociala instanser, genom sin öppenhet för sociala sammanhang och genom sitt välutvecklade samarbete med kuratorer inom sjukhus och kliniker. I Göteborg pågår f. n. ett större samarbetsprojekt mellan medicinska och sociala vårdformer, där socialmedicinska institutionen utgör en drivande kraft. För övrigt har man inte kommit långt på den önskvärda vägen. Socialvården har annars givit uttryck åt mycket stora ambitioner, som borde passa även medicinsk verksamhet.

Baserat på föredrag i Svenska Läkaresällskapet, dec. 1970.

.....
Psykatri har hittills nästan uteslutande vunnit på en integration, när den skett med omdöme.
.....

Flexibilitet

Vid konstruktion av integrerade anläggningar måste man vara flexibel på ett nytt sätt. Egentligen har flexibilitet alltid varit önskvärd fastän man aldrig har insett det i tid. Anpassningen mellan t. ex. medicin och psykiatri måste vara ömsesidig, så att inte psykiatrin bara pressas in i en traditionell medicinsk form utan även får tillfälle att påverka sjukvårdsanläggningarna som helhet. Mycket kan göras gemensamt och likformigt, men det finns också behov av specialresurser för speciella vårdtyper: T. ex. operationsavdelningar för kirurgin, men för psykiatrin i stället plats för psykoterapi, fysioterapi, socioterapi och differentierad arbetsterapi.

Decentralisering

För undvikande av orimligt stora och ofunktionella enheter behövs en decentralisering av vården. Det är också önskvärt att förlägga både tidiga och sena vårdformer närmare befolkningscentra. Man vill för sjukvården som helhet lägga ökad tonvikt på öppen vård, vilket psykiatrin är väl ägnad för. I de flesta landsdelar finns psykiatrisk familjevård, som man gärna vill fortsätta med i den mån inte urbaniseringen försämrar möjligheterna. En speciell psykiatrisk hemsjukvård existerar på några ställen och är väl värd att utveckla, inte minst i fråga om psykogeriatrika fall. Vidare bör man delvis decentralisera den psykiatriska rehabiliteringsverksamheten med förläggning till rehabiliteringscentra i anslutning till bostads- och industriområden (i "infiltrerande" syfte). Inackorderingshem och skyddade verkstäder hör till de önskade perifera resurserna, som hittills finns all-

.....
Anpassningen mellan t ex medicin och psykiatri måste vara ömsesidig så att inte psykiatrin bara pressas in i en traditionell medicinsk form.
.....

.....
Det är önskvärt att förlägga både tidiga och sena vårdformer närmare befolkningscentra.
.....

deles för litet av. Många av de långvårdspatienter som nu vårdas på psykiatriska sjukhus skulle — om de inte rentav är möjliga att rehabilitera — med fördel kunna flyttas ut på mer decentraliserade sjukhem.

Nivådifferentiering

En följd av decentraliseringen måste bli nivådifferentiering. Olika vårdnivåer är: Öppen, halvöppen, sluten vård på sjukhus, sjukhem (och liknande) för kortare och längre vårdtider, inackorderingshem och servicebostäder, familjevård och hemsjukvård, uppsökande vård. LEON-principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå innebär att man inte ger individen mer direkt (och passiviserande) omvårdnad i centraliserad sjukvård än som är behövligt och nyttigt för honom utan försöker vidarebefordra honom till aktivare vårdformer där han får större egenansvar. De sistnämnda vårdformerna är ofta även billigare. Även inom ett sjukhus bör omhändertagandet differentieras alltefter individernas verkliga behov, i verksamheter och vårdformer med olika intensiv prägel och varierande inriktning.

Konsekvens i vården: Vårdkedjan

Allt eftersom sjukdomen går in i nya skeden förändras vård- och behandlingsbehoven. Man kan tala om urakuta och akuta faser av sjukdomen, senare om en konvalescensfas, en rehabiliteringsfas, ev. en kronisk fas. Det bör finnas lämpliga vårdformer som passar varje skede av sjukdomen. I akuta skeden behövs mer intensiv vård och mer totalt omhändertagande, senare antingen konvalescenthem, dag- och nattavdelningar etc. för dem som mer spontant återhämtar sig, eller aktiva rehabiliteringsformer för patienter med längre sjukdomsförlopp eller kvarstående skador. Detta gäller mer eller mindre för alla kategorier av patienter. Ett geriatrikt klientel behöver mer passiva vårdformer, ett schizofreniklientel aktivare behandling över lag.

Kontinuiteten är dock lättast att tillämpa vid mindre institutioner.

Kontinuitetsprincipen

Med kontinuitet i vården menar man vanligen att samma personal eller personalgrupp står till patientens förfogande för behandlingen i alla olika faser av sjukdomen. Detta är en generell önskvärd princip som innebär en större emotionell trygghet för patienten och även borgar för en viss tidsekonomi och arbetsbesparing. Kontinuiteten är dock lättast att tillämpa vid mindre institutioner, medan den vid större, mer komplicerade och specialiserade institutioner blir svårare att upprätthålla. Denna princip är så omhuldad av många psykiatrer att den på åtskilliga håll fått gå före en behövlig subspecialisering vid större sjukhus.

Subspecialisering

Inom psykiatrin har subspecialisering setts som något kontroversiellt, till skillnad mot andra discipliner. Sedda från litet vidare perspektiv kan ändå inte psykiatriska klinikanläggningar längre tillåtas stå kvar på det odelade lasarettets nivå. De har ju sina många speciella uppgifter: Att vårda psykotiska, neurotiska, åldrande, alkoholiserade, socialt handikappade, rehabiliteringsbehövande m. fl. patientkategorier. Därtill kommer behovet av barn- och ungdomspsykiatri, vård av läkemedelsberoende och sociopater, samt särskilda vårdformer för utvecklingsstörda. Rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri är redan särskilda specialiteter, och meningen är inte att fler sådana skall bildas, utan bara funktionella underformer av en i övrigt sammanhållen klinisk vuxenpsykiatri. Sammanhållningen bör kunna garanteras genom blockbildning med personalcirkulation och gemensamma element i fortbildningen.

Organisation

Det krävs en helt ny dignitet av organisation för att åstadkomma samverkan av olika subspecialiteter och olika vårdnivåer. Vårdplatser och vårdformer måste utnyttjas aktivare och mer målmedvet-

Sett från lite vidare perspektiv kan ändå inte psykiatriska klinikanläggningar längre tillåtas stå kvar på det odelade lasarettets nivå.

tet än hittills. Den personella nivån måste höjas genom en ordnad utbildning av olika personalkategorier och en ständigt levande in-service-utbildning. För närvarande är det alltför ofta patienterna själva som styr vården, d. v. s. de mer aktivt krävande kommer ofta med inadekvata krav medan passivare patienter helt kommer i skymundan. En del "springer runt" i sjukvården på ett svårkontrollerat sätt. Det borde sörjas för aktivare fortsättningsvård, intermittert upptrappad vård när behov uppstår och förbättrad tillsynsvård med aktivt uppsökande av passiva eller negativistiska sjuka. ADB-register kan vara av stor betydelse för överblicken av vårdproblem och även för lineärt uppföljande av sjukdomsfall.

Dimensionering

Det är på nuvarande stadium inte möjligt att säga något bestämt om önskvärd dimensionering av olika typer av psykiatriska vård- och behandlingsinrättningar. Man kan ju se vissa manifesta behov och en viss rådande efterfrågan, men samtidigt måste man vara medveten om stora latent behov beroende på det långvariga bristläget inom psykiatrin. En allmän erfarenhet är att varje nytillkommen vårdresurs snabbt väcker en överväldigande efterfrågan. Endast om man i något område kunde få till stånd en någorlunda adekvat fungerande vårdapparat, skulle underlag skapas för ett modellstudium av patientflöde, där man kunde iaktta insufficienser hos olika vårdresurser, eventuellt överkapacitet på andra håll, o. s. v. Givetvis har varje landsting sina egna problem av demografisk, geografisk, epidemiologisk, och ekono-

Det är på nuvarande stadium inte möjligt att säga något bestämt om önskvärd dimensionering av olika typer av psykiatriska vård- och behandlingsinrättningar.

misk natur, men ett modellstudium av den nämnda arten skulle säkerligen vara av ovärderlig betydelse för landet som helhet.

Slutord

Psykiatrin befinner sig i ett skede av omstrukturering, som skulle ha blivit mycket märkbart de närmaste 10 åren om inte de ekonomiska förhållandena på ett olyckligt sätt hade försämrats just när en expansion skulle sätta in. I vissa avseen-

den kan knapphet vara av godo, vilket tidigare har setts inom engelsk och holländsk psykiatri, där man på intelligent sätt har använt tillgångarna där de bäst behövs. Vi hoppas ändå på mindre njugghet här och på *mer än jämlikhet* de närmaste åren då psykiatrin bör få höra till de prioriterade områdena av medicinen. En vädjan till planerare och ekonomer kan behövas: Glöm inte att psykiatrin utan tvekan är den specialitet som behöver mest tillskott av progressiva vårdformer och skolad personal!

Psykiatrins målsättning och organisation

Allmänläkaren och psykiatrin

Claes-Göran Westrin

Den verksamhet som planeras vid vårdcentralerna — t ex i Skaraborgs län — bör kunna erbjuda helt andra betingelser för behandlingen av psykiatriska problem än vad den nuvarande primärvården tillhandahåller. Planläggningen av morgondagens psykiatri måste därför ske med hänsynstagande till dessa förändringar i primärvården, framhåller i nedanstående artikel Claes-Göran Westrin, överläkare inom det socialmedicinskt-psykiatriska verksamhetsområdet i Skaraborgs län. Artikeln ger också en översiktlig analys av allmänläkarens aktuella och kommande uppgifter inom psykiatrin.

Hur skall psykiaterns arbetsuppgifter avgränsas? Detta är en central fråga i den psykiatriska vårdplaneringen och den har också kommit att ägnas allt mer uppmärksamhet. Främst har detta gällt fördelningen av arbetsuppgifterna mellan psykia-

ter, socialarbetare och psykolog samt, när det gäller psykiatrisk miljöterapi, arbetsfördelningen mellan psykiatern och den övriga vårdpersonalen. Betydligt mindre uppmärksamhet har — i varje fall i den svenska debatten — ägnats frågan om arbetsfördelningen mellan psykiater och andra läkarkategorier. Även den frågan är dock både proble-

* Artikeln utgör en omarbetning av ett föredrag i Svenska Läkaresällskapet, december 1970.