

Psykiatrins ställning i den allmänna sjukvården¹⁾

Synpunkter från en psykiatrisk klinik.

Av överläkare *Gerdt Wretmark*, Linköping

Hur psykiatrin lämpligen inordnas i det totala sjukvårdspanoramat kan säkert betraktas på olika sätt, beroende på vars och ens särskilda erfarenheter och utblickspunkter. Min erfarenhet stammar huvudsakligen från den psykiatriska kliniken och det är därifrån jag betraktar problemet. Det har också formulerats som min uppgift att göra så i dagens sammanhang. En ytterligare begränsning är att jag här rätt mycket kommer att generalisera på basen av mina speciella erfarenheter i Linköping. Dessa i sin tur har formats genom min särskilda inblick i mentalsjukvården i England och de impulser jag fått därifrån.

Klientelstrukturen

Med den utgångspunkten kan det vara skäl att först säga något om klientelstrukturen. Eftersom det främst var undervisningens krav som drev fram klinikerna var det naturligt att man där från början tog sig an alla arter och grader av psykisk sjukdom. Klinikerna sorterade också under sinnessjuklagen, med retentionsrätt och med stängda avdelningar. Efterhand kom utvecklingen att gå så att klinikerna mera tog in neuros-

försäkringen dvs. fastställa återbäringen i det enskilda fallet.

Kvittot skulle omfatta uppgift om vilket behov som patienten behandlats för, uppgift om vilken komplementär service (t. ex. resor, inackorering) patienten varit i behov av samt uppgift om den kostnad som betalats av annan samhällelig huvudman. Då det ur patientens synvinkel kan vara angeläget, att kvittot ej anger det exakta behovet, bör man indela behoven i stora grupper, där varje grupp innefattar alla behov som föranleder samma kollektiva betalning. Härigenom behöver blott gruppen angivas på intyget och läkarsekretessen kan bibehållas ograverad.

fall och att psykoserna hänvisades till mentalsjukhusen. I samband härmed öppnades klinikens alla dörrar samtidigt som man undantog avdelningarna från sinnessjuklagens tillämpningsområde. Man hade alltså i stort sett fått en uppdelning av mentalsjukvården i instanser för "lätta" respektive "svåra" sjukdomsfall.

Det var emellertid många på klinikerna som inte var nöjda med en sådan uppdelning, särskilt som de s. k. "lätta" fallen inte var lätta i den meningen att de lätt och snabbt kunde botas. Under 1940-talet och större delen av 1950-talet hade de flesta eller alla kliniker långa väntelistor med 100-tals expektanter, de flesta med kroniska, neurotiska tillstånd.

Efterhand kom man också underfund med att neuroser är något som lämpligen bör behandlas i öppen vård, helst medan patienten bibehåller sina sociala funktioner och medan han är kvar i den eventuellt mer eller mindre olämpliga miljö, som han ändå slutligen måste återvända till. Utvecklingen har i stort sett också blivit den att klinikerna, i takt med den öppna vårdens utveckling, allt mer tar in akuta fall, oberoende av om de kan rubriceras som neuroser eller psykos. År 1961 tog psykiatriska kliniken i Linköping in 59 fall med diagnosen schizofreni, endast obetydligt färre än det antal som togs in på mentalsjukhuset i länet. Endast ett fall måste under behandlingstiden överföras till mentalsjukhus.

Med detta vill jag ha sagt att utvecklingen synes gå i den riktningen att klinikernas intagningsindikation mer och mer begränsas till att gälla psykiatriska fall med nyligen förlorad social funktionsduglighet eller där sådan förlust synes omedelbart hotande. Frågan om neuros eller psykos är därvid av underordnad betydelse. Det viktigaste avgörandet är i stället om det kan be-

¹⁾ Föredrag vid Svenska Läkaresällskapets symposium den 4/12 1962.

räknas bli fråga om korttids- eller långtidsvård. Att det på klinikerna måste gälla korttidsvård är av bl. a. ekonomiska skäl självklart. Det är i det sammanhanget värt att påpeka att schizofrena reaktioner och depressionstillstånd med psykotiska dimensioner inte har längre vårdtider än de genomsnittliga.

Ett ögonblick vill jag dröja vid frågan hur det har blivit möjligt att vårda de svåra sjukdomsfallen under klinikens öppna former. Förklaringen ligger väsentligen i två omständigheter. För det första upplever vi sedan något decennium en renässans av frihetsprinciperna från Pinels och Conollys dagar, principer som i våra dagar sammanfattas i det s. k. "open-door"-systemet och som inneburit en stark förskjutning från en custodial till en humanitär vårdinriktning. För personalens del gäller det bl. a. en ofta svår omställning från avdelningsrutin och övervakning till aktiv patientvård. Det gäller också en omställning med uppgivande av auktoritet, mot ett accepterande av patienternas medbestämmanderätt.

Den andra omständigheten ligger i att de nya psykofarmaka har en förmåga att lugna och dämpa sjukdomssymtomen på mycket mera effektivt sätt än de gamla sedativa. Utan tvivel har vi på så sätt fått en god hjälp, men jag nämner avsiktligt psykofarmaka i andra hand därför att effektiv vård under fria former visat sig vara genomförbar långt innan vi hade dem till vårt förfogande.

Klinikens uppgifter

Som jag ser det representerar alltså den psykiatriska kliniken vid ett lasarett ett aktivt behandlingscentrum för all sorts akut psykiatri, som kan dyka upp inom dess räjong. Klinikens andra uppgift är att tillsammans med övriga avdelningar vid lasarettet se till att detta kan erbjuda de våldsökande en allsidig medicinsk, psykologisk och social belysning av sjukdomstillståndet. Med andra ord är det en av klinikens mest fundamentala uppgifter att vid lasarettet bidra till etablerande av "comprehensive medicine". En psykiatrisk klinik är därför en del av

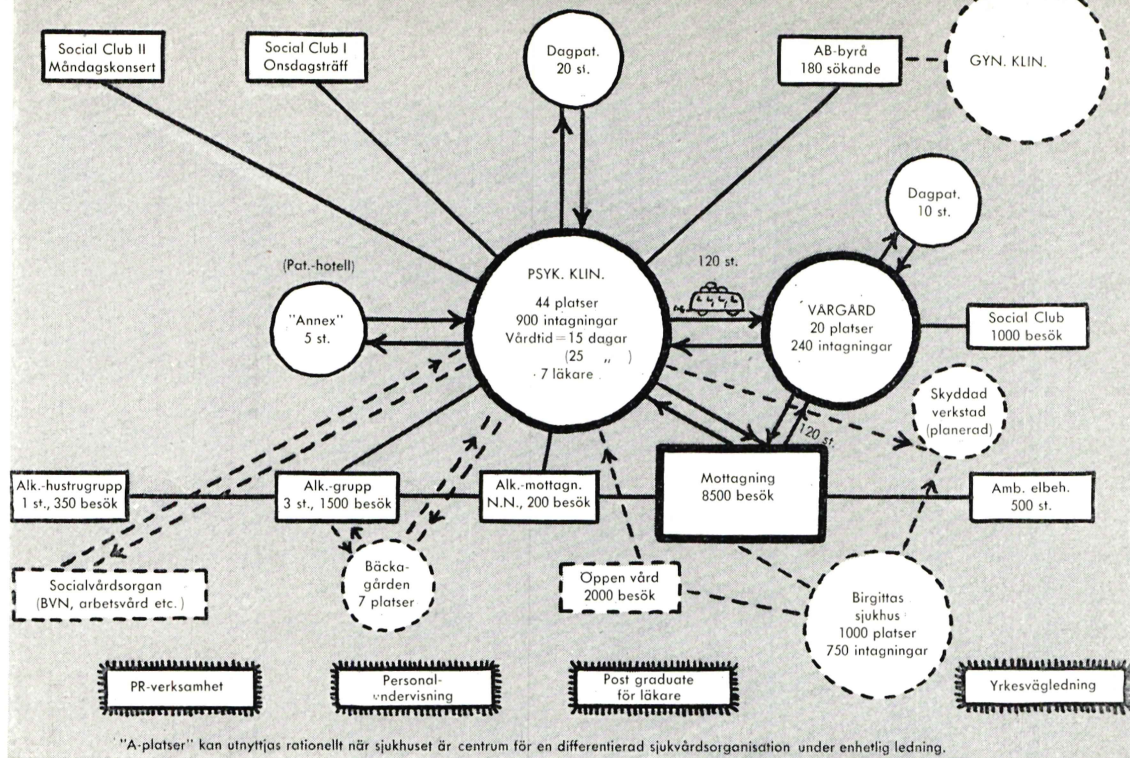
ett lasarett och kan inte tänkas utanför ett sådant sammanhang. När man idag inrättar s. k. psykiatriska kliniker vid mentalsjukhusen så rör det sig alltså om en inadvartens, en farlig och missvisande användning av ordet. Senaste tidens erfarenheter, inte minst från Falbygdens sjukhus, visar att den s. k. psykiatriska kliniken inom mentalsjukhuset inte fyller de uppgifter, som jag har angivit här. Sådana kliniker får en annan inriktning än andra, de kan, något tillspetsat, betraktas som relikter från en tid då en psykiatrisk klinik väsentligen var en neurosavdelning för fall som borde ha behandlats ambulant. Erfarenheten visar också att en sådan klinik inte får något effektivt samband med det lasarett den avsetts att betjäna. Likafullt är man ifärd med att kopiera Falbygden-modellen både i Växjö och Örebro.

Vårdens yttre organisation

När jag övergår till vårdens organisation vill jag helst tala om hur vi har det ordnat vid kliniken i Linköping. Detta framgår av följande schema (Fig. 1.)

Cirklarna representerar det som vi räknar som institutionell vård, rektanglarna representerar olika former av öppen vård. Av skäl som jag inte hinner redovisa nu har kliniken för närvarande inte mer än 44 platser. 30 ytterligare platser bildar tills vidare en internmedicinsk neurologavdelning. Kliniken är från början planerad med vissa utrymmen uppdimensionerade för att kunna ta vård om ett betydande antal dagpatienter. I regel har vi 25—30 sådana.

Fördelarna av dagpatientsystemet, som jag tidigare har beskrivit, framstår som uppenbara sedan man väl provat det. Minst en tredjedel av hela vårt klientel vårdas sedan 1957 på det sättet. Sedan 1961 förfogar kliniken också över 5 platser på en s. k. annexavdelning, vilken är gemensam för regionsjukhusets samtliga kliniker. Denna avdelning har ingen vårdpersonal och fungerar i praktiken som patienthotell. På den avdelningen har vi sådana patienter, som kunde ha varit dagpatienter, men som saknar acceptabla hem i klinikens närhet.



Vårgård kallar vi rehabiliteringshem för att markera att det inte rör sig om ett vilohem utan en avdelning för mera aktiv verksamhet, inte minst med välutrustad arbetsterapi. Där finns 20 platser och möjlighet att dessutom ta upp till 10 dagpatienter. Av de 240 som togs in där 1961 kom hälften från kliniken för fortsatt vård och rehabilitering, hälften från klinikkens mottagning. Mera aktiv vård, t. ex. i form av elektrobehandling, sjukgymnastik osv. kan fortsätta därute liksom socialkurativ service tack vare att det till hemmet hör en buss, som fraktar patienterna fram och åter till kliniken. Vissa dagpatienter, t. ex. gamla med rörelsesvårigheter, kan vi också ge transportservice. Fast jag vet att jämförelsen haltar åtskilligt kan det kanske ändå nämnas att vårddagskostnaden på lasarettet är 68 kronor, medan den på Vårgård är 22 kronor. Häromdagen hade vi 102 patienter intagna i vår organisation, varav alltså 44 med säng på kliniken. Det är detta, dagpatientsystemet plus det s. k. rehabiliteringshemmet, avsett för patienter med något längre tids vårdbehov, som är för-

klaringen till att kliniken år 1962 kan ta in ca 900 patienter, eller ungefär dubbelt så många per säng, som det var möjligt år 1957. Vad som ännu saknas är tillräckliga möjligheter för långtidsvård. Denna brist håller vi på att reparera genom att uppföra en skyddad verkstad i anslutning till landstingets vårdhem för s. k. lättskötta mentalt sjuka. Mera systematisk hemsjukvård, bl. a. med hjälp av utryckningspatruller från kliniken, bör också prövas.

Figuren talar i övrigt för sig själv om de öppna vårdformer som är knutna till kliniken — mottagning, gruppterapi och social club-verksamhet med tillsammans ca 10.000 besök per år. Den öppna vården är ett för oss oundgängligen nödvändigt buffertsystem, där vi investerar ungefär 50 % av den tillgängliga läkarkraften. Om vi inte haft råd till det, skulle vi mycket snart få tillbaka våra gamla väntelistor med 100-tals expektanter. Som det nu är kan vi erbjuda intagning just när det behövs. Men det är bara vi själva som kan avgöra var patienten skall placeras någonstans i organisationen, vilken omhän-

dertagandenivå som är den i fallet mest adekvata. Det hela hade inte fungerat om vi utan eget bedömande skulle effektuera alla remisser för intagning på kliniken.

Den organisatoriska utvecklingens effekt på klinikkens intagningsfrekvens framgår av figur II. Det är att märka att från klinikkens start 1948 t. o. m. 1961 var antalet disponibla platser konstant eller lika med 33 stycken.

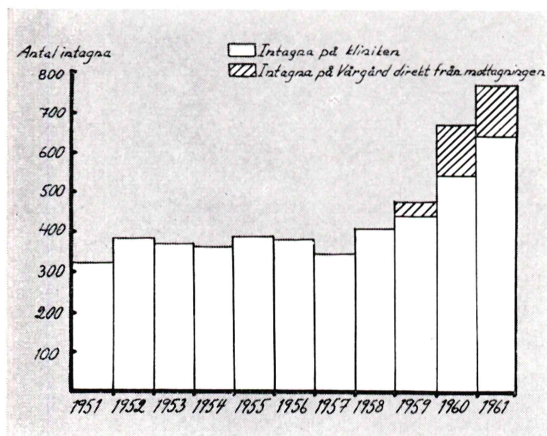


Fig. II

Jag har nu dragit detta exempel för att ge illustration till min uppfattning att ett mentalsjukhus eller en kliniks A-platser inte kan utnyttjas rationellt om det inte finns alternativa omhändertagandenivåer i tillräcklig omfattning. Flerparten av våra mentalvårdande inrättningar saknar sådana, vilket upplevs som ett ständigt ökande behov av fler A-platser.

För att skapa ett differentierat buffertsystem kring sjukhusen behövs det i första hand fler läkare som ägnar sig åt området, annars förmår vi inte bryta den cirkel, som har lett till att vi i själva verket har för många sjukhusplatser. De flesta torde ha klart för sig att vi idag bygger hus för att ersätta bristen på psykiater och att detta inte kan befrämja utnyttjandet av vare sig materiella eller personella resurser. Som kontrast till vad som nu sker här i landet kan jag nämna att medan vi alltså siktar till att komma upp i ett vårdplatsantal som motsvarar 4 ‰ av befolkningen, är man i Storbritannien, där

vården differentierats mera, målmedvetet inriktad på att inom en 15-årsperiod komma ned till 1,8 ‰.

Jag tror att Ni har förstått att det vi siktar till är att med den psykiatriska kliniken som centrum skapa möjligheter för att inplacera den sjuke i vad jag kallar *den lägsta effektiva omhändertagandenivån* — en princip där medicinska och ekonomiska intressen tycks sammanfalla. På köpet får vi dessutom ett kontinuum mellan slutet och öppen vård.

Den inre organisationen

Mycket har sagts om behovet av eller kravet på likställighet mellan kropps- och mentalsjukvård. De första psykiatriska klinikerna utgjorde också mer eller mindre kopior av existerande medicinska eller kirurgiska avdelningar. Mindre har sagts om att mentalvård till sitt väsen är något annorlunda än kroppssjukvård och därför kräver andra förutsättningar. Inom kroppssjukvården kan det hela organiseras åtminstone hjälpligt effektivt med den förutsättningen att patienten själv är hjälplös, utan egen förmåga, utan egen vilja och utan eget initiativ. Det går bra att omyndigförklara honom och sköta honom enligt mor-barnprincipen. Man sätter rätt etiologisk diagnos, man stoppar i honom rätt medicin och han blir eventuellt frisk.

Denna modell fungerar dåligt inom psykiatrin. Vi förfogar sällan över någon etiologisk diagnos — i de flesta fall endast en deskriptiv, visserligen ofta underbyggd med tänkbara dynamiska och genetiska faktorer. Men är det något som gemensamt karakteriserar psykisk sjukdom så är det en regression med avseende på social utvecklings- och funktionsnivå. Den centrala tanken i en kliniks inre organisation bör därför vara att patienten där stegvis skall kunna växa från infantil till adult nivå och redan inom klinikkens ram kunna återta allt fler och allt mer ansvarskrävande sociala funktioner. Detta innebär också en utveckling från isolering till bemästrande av allt större och mer komplicerade gruppsammanhang. För detta fordras bl. a. en mera intensiv

kontakt med samhället än den som andra lasarettskliniker är i behov av.

Den psykiatriska kliniken behöver alltså inte bara likställighet med andra kliniker. Den har sina egna behov, sina egna lagar, sin särart och behov att få denna respekterad om den skall trivas inom lasarettets ram.

Trots vår möda att organisera vården måste jag erkänna att vi inte klarar den öppna vårdsektorn. Vi måste ha hjälp av praktikerna och tjänsteläkarna. Två sätt kan jag här tänka mig för att förbättra situationen. Det ena är att i klinikens regi utbilda läkare på fältet — enligt modell av Balint vid Tavistock Clinic i London eller Ralph Kauffman vid Mount Sinai Hospital i New York. Herluf Thomstad vid Ullevåls sjukhus i Oslo driver sedan något år en liknande verksamhet. Det andra är att knyta praktiker till kliniken i deltidstjänster med möjlighet för dem att sköta sina patienter även under den episod i behandlingen som institutionaliseringen i regel innebär.

Sambandet med andra kliniker

Jag har redan sagt att den psykiatriska kliniken måste vara en del av lasarettet. Endast då kan det ömsesidiga konsultationsväsendet fungera så smidigt och snabbt som sjukvårdsresursernas effektiva utnyttjande kräver. Endast då kan mentalsjukvårdens standard garanteras och endast då kan vi räkna med att kunna upprätthålla nödvändig läkartäthet.

Denna läkartäthet är ännu alltför låg. Jag kan erinra om att Mentalsjukvårdsdelegationen 1958 räknade ut att Östergötlands läns behov av psykiatrici vid lasarettavdelning utgjorde 22¹/₂ läkare. Av dessa finns alltså 7 stycken. Det är därför inte underligt att klinikens läkare sviktar under tillströmningen av patienter. Detta medför den väsentliga nackdelen att alltför litet kraft kan investeras i arbete riktat inåt mot lasarettets övriga avdelningar. Förväntningarna att det från psykiatriska kliniken skulle spridas en mera allsidigt differentierad uppfattning och behandlingsinriktning främst vid de mera exkvisita psykosomatiska sjukdomarna, sådana som ulcus,

astma, ulcerös colit osv., har inte kunnat uppfyllas. Utvecklingen har här inte kommit längre än att när man idag föreslår teamarbete för mera effektivt, mindre slumpbetonat handhavande t. ex. av ulcussjuka, så nämner man att teamet bör bestå av internister och kirurger. Och detta är givetvis psykiaternas fel. Vi kan tyvärr endast hänvisa till att denna uppgift ännu är oss för stor.

Vid årsmötet i Royal Medico-Psychological Association i London nu i somras talade dr Denis Leigh över ämnet "Medicine and psychiatry to-day". Hans mening var att psykiatrins uppgift att bidra till skapandet av "comprehensive medicine" var så betydelsefull att psykiater med anslutning till lasarett skulle ägna sig åt denna uppgift helt och hållet. De psykiatriska avdelningarna borde vara serviceavdelningar på samma sätt som röntgen och laboratorium. Jag delar inte denna uppfattning även om jag till fullo erkänner uppgiftens betydelse.

Något om framtiden

Att jag har uppehållit mig mycket kring förhållandena vid kliniken i Linköping beror dels på min önskan att tala om sådant som jag känner till, men också på att vi bl. a. där har lyckats realisera en del av de idéer, som många idag anser bör vara ledande för den framtida utvecklingen inom mentalsjukvården som helhet. Målet bör vara att vid lasarettens skapa mentalsjukvårdsenheter med uppgiften att vara kärnor i rikt differentierade organisationer, i vilka alla mentalt sjuka, med endast få undantag, skall kunna erhålla vård eller placering, allt efter vars och ens behov. Våra erfarenheter talar för att detta inte bara är möjligt utan också effektivt. Sjukhusplatser kan sparas och den tillgängliga läkarkraften utnyttjas på mera effektivt sätt. *När mentalsjukvården utbyggs under framtidens enhetliga huvudmannaskap bör det ske med lasarettens som centrum.* Hittillsvarande planering har lidit svår brist på enhetlighet och sammanhang mellan olika instanser. Vi har en vild flora av mentalsjukhus, kliniker, fristående mottagningar, dispensärer, byråer osv. Den är i behov av att ansas.