

Handikappbegreppet måste få genomslag inom psykiatrin!

Psykiatrireformen bygger till stor del på handikappbegreppet. Vad är skillnaden i att vara psykiskt sjuk och att vara psykiskt handikappad? Hur många har psykiska funktionshinder? Är psykiatrisk rehabilitering och socialpsykiatri numera inadekvata begrepp?

Det var på 1970-talet som ordet handikapp fick en annan innebörd i vårt land. Fram till dess sågs det som en del av en persons egenskaper, men nu började man definiera det som relativt till miljön, dvs en och samma person kunde i en miljö fungera som andra, men i en annan vara handikappad.

Det relativa handikappbegreppet fick ett starkt genomslag inom handikapporganisationerna och inom handikappolitiken. Antalet organisationer som fick statens erkännande växte för varje år liksom antalet medlemmar med bl a personer som tidigare kallades för kroniskt sjuka.

WHOs klassifikation

År 1980 gav Världshälsoorganisationen (WHO) ut International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) [1]. Med den ville man framför allt klassificera konsekvenserna av en sjukdom dels vad avser individens funktionsförmåga, dels dennes förmåga i sociala sammanhang. I klassifikationen anges tre beskrivningsnivåer:

- symtom på skada (på ett eller flera organ),
- funktionsnedsättning eller -hinder (hos personen),
- handikapp (i sociala sammanhang).

Klassifikationen började kritiseras för att miljöns bristfälligheter är dåligt beskrivna och systemet svårt att tillämpa vid en utvärdering av rehabilitering. Gunnar Grimby och Axel Fugl-Meyer har presenterat en modell som relaterar klassifikationens olika dimensioner till medicinsk rehabilitering [2].

Nu föreligger en preliminär utgåva av en reviderad klassifikation benämnd ICIDH-2. I den bibehålls strukturen, men benämningarna föreslås ändras.

De tre olika nivåernas påverkan på varandra fördjupas, och framför allt utvidgas klassificeringen av omgivningsfaktorerna. (Epidemiskt centrum på Socialstyrelsen kan informera om detta.)

Begränsad betydelse

WHOs klassifikation fick en mycket begränsad betydelse vad gäller synen på konsekvensen av psykiska sjukdomar om man jämför med hur synen på fysiska sjukdomar och utvecklingsstörning förändrades.

Visserligen användes begreppet *psykiska handikapp* i propositionen till den nya Socialtjänstlagen redan 1981, men själva synsättet – att se på konsekvensen av en psykisk sjukdom som ett funktionshinder i stället för som en kronisk sjukdom – slog inte rot hos vare sig psykiatererna eller klientorganisationen Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH).

Båda tycks ha varit alltför upptagna av utflyttningen av patienter från mentalsjukhusen och sektoriseringen av de psykiatriska insatserna. Och RSMH hade en tung uppgift i att vinna förståelse hos psykiatererna och få samverka med dem.

Nya definitioner

Först nu och som en konsekvens av psykiatri- och handikappreformerna används begreppet *psykiska funktionshinder* inom RSMH och IFS (Intresseförbundet för schizofreni) för dem som inte är i behov av sluten psykiatrisk vård eller endast tillfällig sådan.

I öppen psykiatrisk vård bör beteckningen *psykiskt funktionshindrad* gälla för den som får stödsamtal eller förebyggande och underhållande medicinering, medan *psykiskt sjuk* används för den som sjukskrivs.

Personer som tidigare kallades för kroniskt eller långvarigt psykiskt sjuka bör kallas för personer med *psykiska funktionshinder* och få insatser som andra i vårt samhälle som har omfattande handikapp.

I Psykiatriutredningens slutbetänkande [3] uttrycks detta så här:

»I den psykiatriska vården har det inte funnits någon tradition att till diagnosen foga en tilläggsbenämning 'handikappad' till följd av psykisk sjuk-

”I relationen mellan en person med sådana funktionshinder och andra människor, omgivningen och samhället, kan olika psykiska handikapp uppstå. Arten och graden av dessa beror mycket på vilket bemötande personen får, hur omgivningen fysiskt och psykologiskt anpassar sig till vederbörandes funktionshinder och möjligheten av att med olika hjälpmedel kompensera dessa.”

Författare

KARL GRUNEWALD
professor, medicine hedersdoktor,
Saltsjö-Duvnäs, Nacka

dom. Så länge flertalet av de kroniskt psykiskt sjuka vårdades på institution var deras sociala och omgivningsrelaterade behov tillgodosedda inom och på institutionens villkor... Begreppet psykiskt handikappad saknade i den situationen i stort sett relevans även om de funktionsbrister som det här är fråga om, alltid varit lätt identifierbara och kända för vårdpersonalen.»

Handikapp och sjukdom

Figur 1 vill åskådliggöra handikappbegreppet och dess samband med sjukdom. Medicinska faktorer och/eller miljöfaktorer kan orsaka en psykisk sjukdom, ett psykiskt trauma eller en psykisk kris. (Miljöfaktorer inkluderar sociala, psykologiska och kulturella element, näringsfaktorer, gifter m fl).

I vissa fall ger dessa tillstånd upphov till en varaktig förändring i personens psyke. Ibland talar man om ett resttillstånd, om en hjärnskada eller ett neuropsykiatriskt tillstånd.

Följden blir olika psykiska funktionshinder. Centralt för dessa hos vuxna är den ofta ändrade självuppfattningen – man upplever sitt jag som annorlunda mot vad man var före sjukdomen, traumat eller krisen. Ens identitet har rubbats.

Man brister i upplevelsen av eller insikt i sina problem och behov, t ex personlig omvårdnad, eller i förmåga att förstå tal, uttrycka sig eller att orientera sig i tid och rum, liksom i förmåga att lära sig något nytt. Det kan förekomma impulsivitet, aggressivitet, misstro m m särskilt när det gäller mellanmänskliga relationer. Då talar man ofta om en personlighetsstörning.

Hos barn kan det vara fråga om störningar i tanke- och känslolivet, koncentrationsförmåga m m. Alla sådana här funktionsnedsättningar kan ge upphov till psykiska handikapp – se längre fram!

Många kategorier

I WHO's klassifikation förtecknas dessa funktionshinder med ett stort antal kategorier. Syftet är att objektivisera funktionsnedsättningarna med stöd av vad som är allmänt accepterat som viktiga komponenter i dagligt liv. Huvudrubrikerna är:

- begränsningar av förmåga till personlig omvårdnad,
- begränsningar av kommunikationsförmåga,
- beteendestörningar.

I relationen mellan en person med sådana funktionshinder och andra män-

niskor, omgivningen och samhället, kan olika psykiska handikapp uppstå. Arten och graden av dessa beror mycket på vilket bemötande personen får, hur omgivningen fysiskt och psykologiskt anpassar sig till vederbörandes funktionshinder och möjligheten av att med olika hjälpmedel kompensera dessa.

En bristfällig och kanske provocerande miljö kan leda till ett recidiv (den streckade pilen i Figur 1) med ett förnyat behov av psykiatrisk vård. Den försöksverksamhet med personliga ombud som bedrivits de senaste åren har visat hur en sådan »rundgång» kan brytas i en utsträckning som har överträffat förväntningarna.

I WHO's klassifikation ICIDH-2 föreslås en registrering av bl a dessa omgivningsfaktorer:

- personligt stöd och assistans,
- sociala, ekonomiska och politiska institutioner,
- socialkulturella strukturer, normer och regler,
- fysisk miljö formad av människor.

Kännetecknen för handikapp

De psykiska handikappen märks främst i personens mindervärdesreaktioner och i en allmän ängslan och osäkerhet. Vanligt är att vederbörande missförstår vad som sägs eller vad som händer. Han eller hon kan ha svårt att knyta

och bibehålla sociala relationer, kommunicera och agera socialt (t ex ta vara på sina rättigheter), planera sina utgifter, klara sin bostad, hitta och förflytta sig, klara ett arbete eller fritidsaktiviteter.

Dessa psykiska handikapp förtecknas i ICIDH-I i ett stort antal kategorier under bl a nedanstående huvudrubriker:

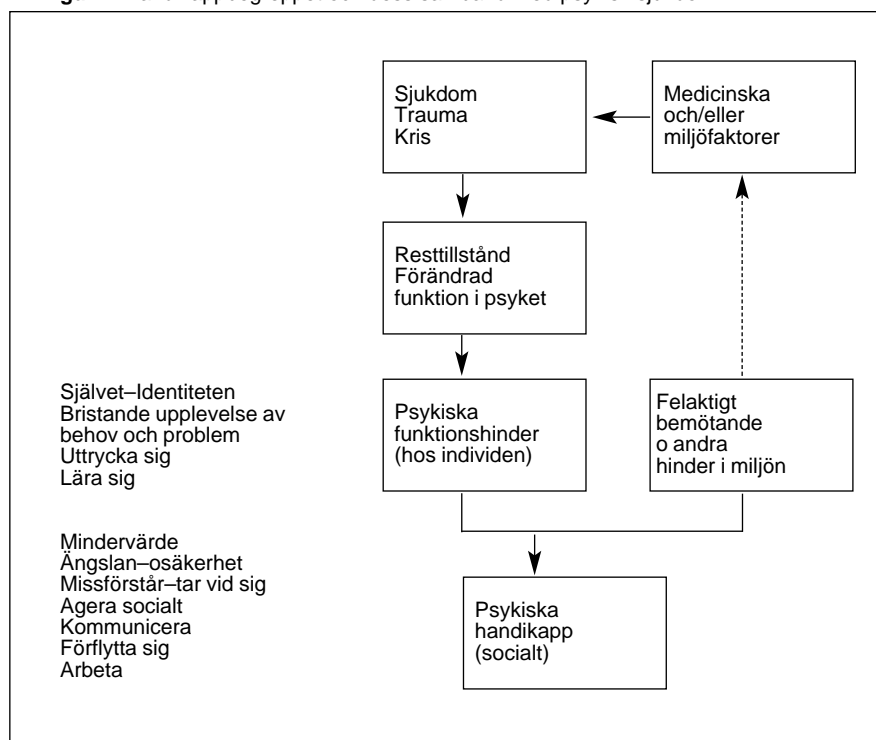
- orienteringshandikapp (förmåga att orientera sig i förhållande till omgivningen),
- oberoendehandikapp (inskränkning av fysiskt oberoende),
- sysselsättningshandikapp (förmåga att fylla tiden på ett sätt som är vanligt med hänsyn till kön, ålder och kultur),
- relationshandikapp (förmåga att delta i och upprätthålla vanliga sociala relationer).

Skattningarna görs med hänsyn till inskränkningar eller hinder att fullfölja den roll som är normal med hänsyn till personens ålder, kön, sociala och kulturella förhållanden.

Svagt samband

Mikael Sandlund påpekar i Socialstyrelsens rapport »LSS och psykiska funktionshinder» [4] att sambandet mellan en individs psykiatriska diagnos och funktionsnivå är svagt. Det finns »lindriga» diagnoser som kan medföra

Figur 1. Handikappbegreppet och dess samband med psykisk sjukdom.



ANNONS

stora konsekvenser ur funktionssynpunkt och det motsatta kan även förekomma.

Det gäller därför att finna andra mått på olika funktionshinder än diagnoser och vilka konsekvenser de har för individens livskvalitet. För sådana mått kan den refererade WHO-klassifikationen vara användbar.

De olika nivåerna, som kan interagera betydligt mera intrikat än vad jag återgett i Figur 1, ger en logisk struktur så att en person med psykiska funktionshinder kan förstås och hjälpas på ett mera ändamålsenligt sätt än genom enbart den psykiatriska dimensionen.

Många faktorer fördröjer

Frågan varför det dröjer så lång tid innan handikapp-perspektivet accepteras inom psykiatri är mera komplicerat än vad som antytts ovan. Till skillnad från situationen vid fysiska funktionshinder är övergången från sjukdom och resttillstånd till psykiska funktionshinder inte lika markerad, vartill kommer de relativt vanliga recidiven.

Till det kommer obearbetade allmänna attityder mot både psykiatriska tillstånd och handikappbegreppet. I Psykiatribetänkandet [3] uttrycks det så här:

»När utskrivningar från institutionerna började ske i större omfattning uppfattades det vid utslussningen som ogynnsamt för de 'lättare' kroniska patienterna att ge dem en ny stämpel, psykiskt handikappad... En handikappmarkering skulle av både personal och patienter ha uppfattats som något stationärt, ofrånkomligt eller nedsättande. Det belastar hoppet om förändring. Med tiden har det dock blivit tydligt att konsekvenserna av en långvarig psykisk störning måste ses i ett handikapp-perspektiv.»

Till detta kan man foga att just handikapprollen ger större möjligheter till en rehabilitering genom att tyngdpunkten förskjuts från sjukdom och symtomlindring till en ökad funktionsförmåga genom sociala insatser och en anpassning av miljö till personens funktionshinder. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen reglerar rättigheterna till rådgivning och annat personligt stöd av experter och sociala insatser.

Psykiskt sjuk eller psykiskt funktionshindrad?

Kvar står frågan om när en person skall betecknas som psykiskt sjuk respektive psykiskt funktionshindrad.

Frågan är viktig med hänsyn till att det är denna gräns som avgör fördelningen av ansvaret mellan landsting och kommun.

Vid sjukdom är det fråga om en process och vid funktionshinder om ett tillstånd. Är man intagen för 24-timmarsvård är man psykiskt sjuk (det finns vissa undantag när det gäller tvångsintagna). Som sådan är man naturligtvis funktionshindrad, men det är sjukdomen som så att säga tar över och kräver behandling.

Även som funktionshindrad kan man ha behov av stöd och medicinering från den öppna psykiatri, men är man inte sjukskriven dominerar de behov som funktionshindren förorsakar. Alternativt kan sjukdomssymtomen ta över grundtillståndet psykiskt funktionshindrad.

Handläggare av LSS måste beakta att kriteriet varaktighet för att få insatser enligt lagen inte bryts av kortare sådana sjukdomsperioder. Något förenklat kan man alltså säga att alla psykiskt sjuka har funktionshinder, men alla funktionshindrade är inte psykiskt sjuka.

Den egna tolkningen viktig

Avgörande för gränsdragningen sjuk – funktionshindrad är personens egen upplevelse och tolkning när denne väl tillägnat sig innebörden i de två begreppen. Lars-Christer Hydén har i Socialstyrelsens rapport »Från psykisk sjukdom till handikapp» [5] beskrivit hur begreppen psykiskt sjuk eller psykiskt funktionshindrad har stor betydelse för den roll som personen ifråga upplever sig inta och den förväntan som omgivningen har på denne.

Som sjuk befrias man i stor utsträckning från de sociala kraven och förväntningarna som omgivningen ställer på en. Detta gäller även i viss mån de anhöriga. Man för ett restriktivt liv och är i stort beroendeskap av expertens bedömningar.

Som handikappad däremot förväntas man ta vara på och utveckla de förmågor som man har intakta. Det sociala nätverket får en särskild betydelse, och man förväntas leva ett expansivt liv och själv ta ansvar för sina beslut.

»Exit-fenomenet»

Hydén har även beskrivit processen från sjukroll till en annan social identitet, det s k exit-fenomenet. Han refererar H R Fuchs Ebaughs (1988) fyra stadier. Det första av dessa innebär ett tvivel om rollen som psykiskt sjuk. Man

har kanske upptäckt att patienten klarar uppgifter som ligger utanför det man förväntar sig av en sjuk person.

I det andra stadiet söker och prövar den sjuke olika aktiviteter och ett annat sätt att leva. Det tredje stadiet innebär en vändpunkt till den nya sociala rollen, nu som psykiskt handikappad. Det kräver en inre övertygelse, stöd från omgivningen och en ändrad livsstil.

I det fjärde stadiet integrerar den psykiskt handikappade sina sjukdomsupplevelser med den nya rollen. Dessa upplevelser blir en del av hans personlighet, men underordnade och mindre känslomässigt laddade.

Antalet funktionshindrade?

Hur många vuxna med psykiska funktionshinder finns det? Det är naturligtvis beroende av vilka kriterier som man använder. Använder man dokumenterad arbetsförmåga finner man att ca 80 000 personer har sjukbidrag/förtidspension på grund av psykiska funktionshinder. Antalet nybeviljade utgjorde år 1998 hela 7 600.

Som jämförelse kan anges att antalet utvecklingsstörda med motsvarande ersättning utgör ca 16 000. Antalet nybeviljade utgjorde 500 1998.

Detta stora antal förtidspensionerade är överraskande för många, och de ingår endast till viss del i de inventeringar som kommunerna gjort. Orsaken till det är att försäkringskassan helt enkelt inte vet vilka inom dess upptagningsområde som har förtidspension.

Socialstyrelsen [6] ger en ingående redovisning av antalet kommuner som inventerat antalet psykiskt funktionshindrade och vilka kriterier som använts. 85 procent av landets kommuner har gjort en inventering.

I de tre största städerna har man definierat 0,96 procent av den vuxna befolkningen som psykiskt funktionshindrade och i övriga kommuner 0,56 procent, i genomsnitt 0,6 procent. Uppräknat för hela landet blir det ca 43 000 personer (variationsvidd 40 000–46 000).

En »ny» personkrets

Det är alltså fråga om ett stort antal personer, mångdubbelt större än de i psykiatrisk vård, som är i behov av insatser med stöd av Socialtjänstlagen eller handikapplagen LSS. Det är denna »nya» personkrets som är psykiatريفormens centrala målgrupp.

De flesta tycks vara kända för den öppna psykiatri, men hitintills har samverkan med kommunen inte lett till annat än att ett mindre antal fått sådana

insatser som de har behov av. En bidragande orsak till detta kan vara bristande kunskaper eller skilda uppfattningar om begreppen psykiskt sjuk och handikappad som jag beskrivit ovan.

Det är anmärkningsvärt att halva antalet personer med förtidspension till följd av ett psykiatriskt tillstånd inte framkommer i de genomförda inventeringarna. Ingen har mig veterligt undersökt denna dolda grupp, men sannolikt har de funnit sig tillräta. Var det förhastat att förtidspensionera dem en gång?

Många missar sin rätt

Handikapplagen LSS ger dem med stora och varaktiga psykiska funktionshinder, som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen, rätt till särskilda insatser av kommunen. Dessa är i princip kostnadsfria för den enskilde [7, 8]. Tyvärr får endast ca 2 000 psykiskt funktionshindrade personer sådana insatser mot beräknat det tiodubbla [6]. (Hur många som får insatser med stöd av Socialtjänstlagen är inte känt).

Orsakerna härtill är multipla, bl a har särskilt de mindre kommunernas handläggare bristande kunskaper. Kriterierna för beslut är mera inriktade på dem med fysiska funktionshinder, och i många fall har kriteriet »varaktighet» förorsakat problem.

Mikael Sandlund [4] anser att man bör kunna anse att varaktighet föreligger om viktiga funktionshinder inte visat en tydlig förbättringstendens under minst två till tre år. Andra anser att en kortare tid bör gälla. För övrigt kan LSS-besluten tidsbegränsas och omprövas.

För många bor på vårdhem

Särskilt anmärkningsvärt är det att så många personer med stora psykiska funktionshinder fortfarande bor på vårdhem (sjukhem) i stället för i en gruppboad. De uppfattas felaktigt som kroniskt psykiskt sjuka och anses vara »för svåra» för ett i samhället integrerat boende.

Erfarenheten av omsorgerna om gravt utvecklingsstörda motsäger detta. För denna kategori finns numera ingen svårighetsgräns för en sådan bostad, och riksdagen har antagit en lag om att den rest av vårdhem som finns för dem ska vara utrymda vid utgången av 1999.

Drygt 3 500 »psykiskt sjuka» bor på 154 sådana vårdhem i stället för i en gruppboad. Antalet har ökat med 9

procent på två-tre år. Särskilt illa är det att så många vårdhem (136) har en enskild ägare med en dygnskostnad ända ner till 700 kr. I varje fall en stor kommun har förhandlat ner vårdavgiften genom att ta bort kravet på daglig verksamhet ur beställningen!

Dold skandal

Många vårdhem marknadsför sig aktivt utanför det egna länet – halva antalet av dem som skrivits in på de 16 vårdhemmen i Jönköpings län kommer från Stockholm [9]. Kommunerna betalar sig fria från problematiska fall, och de det gäller tycks inte ha några ombud som begär bostad med särskild service i hemkommunen.

Detta kan med fog betraktas som den största dolda skandalen inom psykiatireformen då det drabbar de mest förskjutna av alla.

Idylliseringen av de små vårdhemmen och försvaret att »många här är så gamla» borde brännmärkas, liksom dubbelmoralen i att ägaren säger sig beakta den enskildes vilja utan att låta denne pröva på alternativet att bo i en gruppboad.

(Re)habilitering när en minoritet

Två insatser har visat sig överlägsna andra – meningsfull daglig verksamhet och ett personligt ombud – men nära 60 procent (26 tusen personer!) av de psykiskt funktionshindrade saknar fortfarande daglig verksamhet, fler i storstäderna än i landet i övrigt [6]. Det kan jämföras med att praktiskt taget alla vuxna utvecklingsstörda deltar i någon form av daglig verksamhet.

Under de senaste åren har 32 yrkesutbildade personer på tio orter varit personliga ombud för ca 350 psykiskt funktionshindrade på statens bekostnad. Man har arbetat helt på individens villkor, motiverande och stödjande. Det har varit en försöksverksamhet som med några undantag upphörde i höstas, men som visat sig motsvara något av de viktigaste behoven – att överbrygga miss- och marginaliseringen [6].

Ett nytt inslag utgör självhjälpscirklar för personer med s k medicinresistenta symtom, varav rösthallucinationer är de vanligaste. År 1996 rapporterades att ca 1 000 personer hade deltagit i sådana cirklar [13].

Viktigt är det även att lyssna på den det gäller rörande vad det var som gjorde att han/hon återfick sin sociala förmåga. Det paradoxala är att även »obotligt långtidssjuka» återhämtat sig och

att det har varit svårt att relatera till specifika behandlingsinsatser, däremot till »ett pärlband av händelser» [14].

Samspel och variation

För en framgångsrik (re)habilitering måste man enligt Lars-Christer Hydén [5] för det första erbjuda sociala arenor för samspel med andra människor och för ett varierat vardagsliv. För det andra måste den enskilde stödjas i att utveckla en ny social identitet som alternativ till den traditionella sjukrollen.

För det tredje måste den enskilde kunna få pröva på nya livsmöjligheter för att berika och utveckla den egna personen. Hit hör nära relation med andra personer med liknande upplevelser genom den s k klienterörelsen, där betoningen i stor utsträckning ligger på vad Hydén kallar en återerövring av personskapet, dvs den egna förmågan och kraften att agera som en självständig individ.

Härtill bör man foga betydelsen av s k nätverksterapi, beskriven av Peter Brusén [7], liksom av anhörigstöd.

Felaktig bild

Socialstyrelsen [6] framhåller att bilden av rehabilitering som en trappa ger en felaktig bild av situationen för dem med psykiska handikapp. I stället för att ett steg ska vara avklarat inför nästa måste man kombinera insatser på flera steg. Detta stämmer väl med ett internationellt konsensusuttalande om psykosocial rehabilitering [10].

Problemet ligger i att (re)habiliteringen måste vara gränsöverskridande över flera professioner och därmed även över flera organisationer. Psykiatrin har en stödjande och tidvis medverkande roll, men underordnad – trots vad som sägs om landstingets skyldighet i hälso- och sjukvårdslagen.

Därför saknar begreppet *psykiatrisk rehabilitering* relevans. Det är helhetssynen på personens behov som ska ge inriktningen på (re)habiliteringen för att stärka dennes livsvillkor. Ingen profession kan täcka in helheten.

Orden styr!

I ett sådant paradigmskifte som är en följd av psykiatireformen blir det oundvikligt att etablerade termer får en annan innebörd och att nya skapas. En del tycker att det är kosmetika, men min erfarenhet är att orden styr mer än vad många föreställer sig. Ta t ex ordet omsorg som »togs fram» för den nya lagen för utvecklingsstörda 1967.

Den nu fastställda ansvarsfördel-

ningen mellan huvudmännen slår fast att landstingen ansvarar för psykiatrisk vård och kommunerna för sociala omsorger, bl a enligt handikapplagen LSS. Det finns därför inget som heter *kommunal psykiatri* eller *socialtjänstpsykiatri*.

Vissa begrepp och ord borde utgå. Dit hör *psykiskt störd* vilket jag har motiverat i denna tidskrift [12]. Ett annat är *psykiatrisk rehabilitering* – se ovan! Ytterligare ett är *mellanvård*, som används för vissa behandlingsshem som har etablerats främst under de sista åren. Begreppet finns inte officiellt, och varken huvudman (betalande myndighet) eller innehåll är klarlagda.

Begreppet *kroniskt sjuk* eller *psykiskt långtidssjuka* bör utmönstras och ersättas av *personer med svåra psykiska funktionshinder* eller *personer med omfattande psykiska handikapp*. Kroniskt sjuk är en benämning som endast är motiverad av ett progressivt tillstånd. Jämför hur detta begrepp används inom pediatriken!

Fortsatt satsning på öppenvård

De misslyckanden som förekommer i slutenvård kan sannolikt till stor del hänföras till bristande förståelse för att väga in den sociala dimensionen i sjukdomen. Framgången med akuta psykos-team och mobila dygnet-runt-tillgängliga team, som arbetar med patientens psykologiska och sociala relationer, har gett nya erfarenheter.

Den förskjutning av insatserna mot öppen vård som påbörjades genom sektoriseringen måste fortsätta. Den öppna psykiatrin måste integreras med primärvården i stället för att bedrivas separerad från denna. Det är det bästa medlet att överbrygga den utbredda misstro som enligt Socialstyrelsen finns från primärvården mot psykiatrin – en misstro som delvis är ömsesidig.

I ett sådant program och synsätt finns inte plats för det särskilda begreppet *socialpsykiatri* – all psykiatri måste ta hänsyn till patientens sociala situation! Det gäller även om den subspecialisering kommer till stånd som föreslås i Socialstyrelsens rapport »God psykiatrisk vård på lika villkor» [11].

Socialtjänsten måste förvisso tillägna sig förmågan att kunna se och förstå en psykiskt funktionshindrad persons psykiatriska behov. Men det är inte liktydligt med att kommunen skall bedriva psykiatri.

Sammanfattning

Många har inte uppfattat att psykiatrireformen i grunden är en handikapp-

reform. Det beror till stor del på att man inom psykiatrin har haft svårt att ta till sig handikappbegreppet för personer med psykiska funktionshinder och begreppsskillnaden mellan psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder.

Aktuella inventeringar visar att antalet personer med psykiska funktionshinder (ca 43 000 personer) är mångdubbelt större än de i psykiatrisk vård. Flertalet har varit okända för kommunerna, men en tredjedel har behov av ytterligare sociala insatser och lika många av psykiatriska. Dessa utgör psykiatrireformens centrala målgrupp.

(Re)habilitering riktar sig mot den enskildes funktionsförmåga och relationen individ-samhälle. Behovet av rehabilitering för det stora antalet personer med psykiska funktionshinder måste tillgodoses. Flera professioner och organisationer måste samordna sina insatser i den miljö där den enskilde har sin förankring. Ingen kan ensam svara för den helhetssyn som måste gälla. Därför finns det inte längre plats för begreppet psykiatrisk rehabilitering.

Som följd av det paradigmskifte som reformen innebär bör beteckningen kroniskt sjuk ersättas med psykiskt handikappad. Begreppet psykiskt störd är oegentligt och bör utgå.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Svensk version av WHO:s internationella handikappklassifikation ICDH (1993). Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
2. Grimby G, Fugl-Meyer A. Väldefinierad modell krav vid utvärdering av rehabilitering. *Läkartidningen* 1988; 85: 2266-9.
3. Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm: Psykiatriutredningen, slutbetänkande, SOU 1992: 73.
4. LSS och psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen, Rapport, 1997.
5. Från psykisk sjukdom till handikapp – en bakgrund till förändringarna av de psykiskt funktionshindrades situation. Stockholm: Socialstyrelsen, Rapport, 1995.
6. Reformens första tusen dagar. Stockholm: Socialstyrelsen, Årsrapport för psykiatrireformen, 1998.
7. Grunewald K, red. *Psykiska handikapp. Möjligheter och rättigheter*. Stockholm: Liber, 1997.
8. Grunewald K, Leszinsky C. *Handikapplagen. Kommentarer till Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och till assistansersättningslagen, LASS*. Stockholm: Fritzes, 1994.
9. Hugo L. Ansvariga har olika krav på vårdhimmens standard, *Landstingsvärlden*, 1998; 19.
10. Wilhelmsson H. *Psykosocial rehabilitering. Ett konsensusuttalande*. Lund: Förf, 1996.
11. God psykiatrisk vård på lika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen, Rapport, 1998.
12. Grunewald K. *Psykiskt störd – ett otidsenligt begrepp. En kommentar till tvångspsykiatribetänkandet*. *Läkartidningen* 1997; 94: 3913-4.
13. Målet med självhjälpscirklar – kontroll över rösterna. *Revansch*, 1996; 4.
14. Topor A, Svensson J, Bjerke C, Borg M, Kufås E. Återhämtning från svåra psykiska störningar. En närstudie av vändpunkter. Stockholm: FOU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde, 1998.

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfälskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red