

# Psykiskt sjuka hamnar i kläm till följd av oklara ansvarsgränser

**Psykiatrien har genomgått en dramatisk utveckling – vissa menar att den är positiv och andra att den är katastrofal. Har förändringarna verkligen varit till gagn för samhällets svagaste grupper, de psykiskt sjuka, eller handlar det bara om att tillfredsställa byråkraters experimentlusta?**

**– I stort sett har utvecklingen varit positiv; psykiatrien har avdramatiserats och fler vågar söka hjälp. Men i fråga om resurser är jag mer pessimistisk idag än för några år sedan, säger chefsöverläkare Anna Åberg-Wistedt, psykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus i Stockholm.**

Psykiatriens utveckling har de senaste 20–30 åren kantats av humanistiska – och inte minst ekonomiska – ambitioner. Åtminstone i byråkraternas skissblock. Vid slutet 1970-talet började de stora mentalsjukhusen stängas, sjukvården fick ansvar för geografiskt avgränsade sektorer – den »sektoriserades» – och i samband med Psykiatireformen 1995 fick kommunerna betalningsansvaret för vård och all service till patienter som färdigbehandlats inom den slutna psykiatriska vården. Det fick högst ta tre månader (eftersom kommunens betalningsansvar infaller efter tre månader) och förutsatte en väl fungerande samverkan mellan landsting och kommun.

De allmänpsykiatriska klinikerna fick allt större upptagningsområden, och antalet kliniker minskade från 120 i hela landet 1994 till 100 kliniker 1998. Antalet tjänster inom psykiatrien minskade med 6 procent.

Kommunal omsorg är betydligt billigare än psykiatrisk slutenvård, men trots att Psykiatireformen innebar att drygt 4 000 patienter överfördes till kommunernas ansvar som medicinskt färdigbehandlade på bara några få år, ökade samhällets totala kostnader för

psykisk sjukdom från 43 till drygt 50 miljarder kronor mellan åren 1990 och 1997. Då har ändå kostnaderna för exempelvis rehabilitering minskat under samma period.

De humanistiska ambitionerna utmynnade bland annat i en ny term: kronisk psykisk sjukdom ersattes med psykiskt funktionshindrad. Antalet »psykiskt funktionshindrade» uppskattas av Socialstyrelsen vara mellan 40 000 och 46 000 personer (1999), eller 0,6 procent av hela befolkningen i åldern 18 år och äldre.

Kritiken mot förändringsprocessen har varit, och är fortfarande, massiv. Från den medicinska professionen talas det i vissa led om »samverkanscirkus» och »fiasko». Från Socialstyrelsen riktas det kritik mot en dålig samplanering och oklara ansvarsgränser, och i massmedia beskrivs hur »välfärdsstaten misslyckats att ge tiotusentals sjuka ett anständigt liv». Men vad är myt och vad är verklighet?

Det är i storstäderna som Psykiatireformens intentioner i många delar har haft svårast att förverkligas, inte minst när det gäller att utveckla en fungerande samverkan mellan landsting och kommun.

## Ökat tryck på S:t Göran

Den psykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus har centrala Stockholm som upptagningsområde. 1980-talets avveckling av mentalsjukhus hade redan före Psykiatireformen 1995 lett till att kliniken tog hand om mycket svårt sjuka patienter, i många fall tvångsintagna, från att tidigare bara tillhandahållit vård till patienter som var frivilligt intagna. I upptagningsområdet bor drygt 110 000 invånare. Andelen yngre, dvs i de åldrar då de flesta psykiska störningar normalt debuterar, är större i



FOTO: PER-OLF SANNA/PRESENS BILD

**En kartläggning** av antalet hemlösa som Socialstyrelsen genomförde 1999 visar att andelen kvinnor har fördubblats mellan 1993 och 1999, från 8 till 16 procent av totalt 8 440 hemlösa i hela Sverige. Under samma period ökade också andelen hemlösa med psykiska störningar kraftigt, från 19 till 35 procent. Psykiska problem är vanligast bland hemlösa kvinnor, medan hemlösa män oftare har missbruksproblem. Antalet hemlösa totalt sett i hela riket tycks dock inte ha ökat mellan 1993 och 1999.

centrala Stockholm än i länet i genomsnitt.

Psykiatireformen innebar att den psykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus fick överföra 25 procent av resurserna till Stockholms stad. De senaste åren har olika sparbering och utebliven pris- och lönekompensation lett till ytterligare minskade resurser. Dessutom ökar antalet patienter som söker frivillig vård. Under årets första sex månader har personer som söker till den psykiatriska öppenvården för bland annat depression ökat med 20 procent jämfört med motsvarande tid 1999.

Men i stora drag ser Anna Åberg-Wistedt, som tidigare också har varit ordförande i Svenska psykiatriska för-

**TEXT**

PETER ÖRN

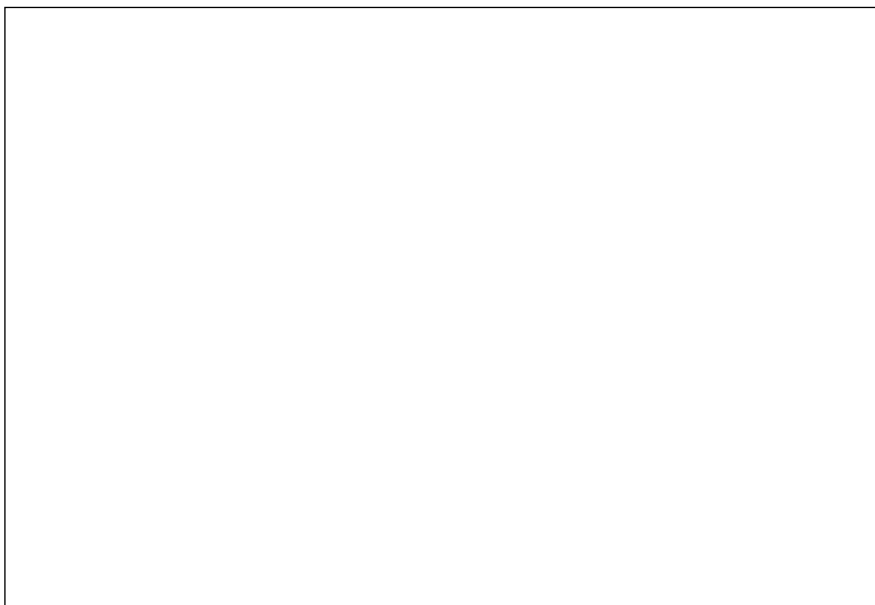


FOTO: HANS PETTERSSON

**Chefsöverläkare Anna Åberg-Wistedt**, psykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus i Stockholm, menar att många patienter har svårigheter efter Psykiatrireformen, eftersom kommunen inte byggt upp resurser som motsvarar neddragningarna inom den slutna psykiatriska vården. Inte heller den psykiatriska öppenvården har förstärkts.

eningen, ändå positivt på den utveckling som psykiatrin genomgått det senaste 20 åren.

– Mentalsjukhusens avveckling betydde mycket för att avdramatisera den psykiatriska vården, mer än vad Psykiatrireformen har gjort. Öppenheten visar ju sig bland annat genom att så många fler är beredda att söka hjälp för exempelvis depressioner. Men framför allt har utvecklingen av diagnostik- och behandlingsutbudet haft stor betydelse för psykiatris utveckling under de senaste åren. Idag finns också en ambition att ha en mer långsiktig planering utifrån ett befolkningsperspektiv, med hjälp av epidemiologiska kartläggningar. Det var också en av idéerna bakom sektoriseringen: ett geografiskt ansvar.

– Vid vår klinik har också samverkan med kommunen fungerat relativt bra, mycket beroende på att vi redan före Psykiatrireformen gemensamt med kommunen hade byggt ut verksamheter med gruppboende, träfflokaler etc. Reformen innebar att kommunen fick formellt ansvar för dessa verksamheter. Man kan säga att en samverkan redan var etablerad.

1999 behandlades omkring 4 500 patienter vid den psykiatriska kliniken, vilket är ett ganska stort antal i förhållande till upptagningsområdet. Drygt 80 procent har kontakt med klinikens öppenvård. Klinikens verksamhetsidé är att organisera vården utifrån vårdkedjemodellen, med länkning mellan öppen-, mellan- och heldygnsvård. Med den organisationen kan man erbjuda ett differentierat och specialiserat omhändertagande, relaterat till sjukdomsgrupp.

Ètt speciellt team som hör till psyki-

atriska kliniken arbetar med hemlösa i Stockholm; människor som är psykiskt sjuka men som själva saknar motivation eller insikt för att ta kontakt med sjukvården. De behöver oftast inte slutna psykiatrisk vård, utan skulle kunna fungera i samhället om de fick ett stöd som var specifikt anpassat till deras behov.

– Det är uppenbart att karaktären på de hemlösa har förändrats; idag handlar det om en större grupp psykiskt sjuka, och fler kvinnor än tidigare. Det skulle behövas fler personliga ombud som är psykiatriskt utbildade och som hjälper personerna ute i samhället, och fler skyddade boendeformer för dem som inte klarar av ett eget boende. Både landsting och kommun måste anslå speciella resurser till dessa människor. Mentalsjukhusen, med stora salar och långa vårdtider, vill ingen av oss ha tillbaka, säger Anna Åberg-Wistedt.

### Fler kvinnor än tidigare

En kartläggning av antalet hemlösa som Socialstyrelsen genomförde 1999 visar att andelen kvinnor har fördubblats mellan 1993 och 1999, från 8 till 16 procent av totalt 8 440 hemlösa i hela Sverige. Under samma period ökade också andelen hemlösa med psykiska störningar kraftigt, från 19 till 35 procent. Psykiska problem är vanligast bland hemlösa kvinnor, medan hemlösa män oftare har missbruksproblem. Antalet hemlösa totalt sett i hela riket tycks dock inte ha ökat mellan 1993 och 1999.

Socialstyrelsen skriver i rapporten Valfärd och valfrihet?, som kom 1999, att uppbyggnaden av kommunala verksamheter går för långsamt i förhållande till behovet. Det gäller såväl alternativa

boendeformer som daglig sysselsättning, mobila team etc. Kommunerna kompensades med totalt 476 miljoner kronor för Psykiatrireformen via skatteväxling, men fortfarande saknar omkring hälften av de psykiskt funktionshindrade arbete eller en annan meningsfull sysselsättning. Det är inom dessa områden som bristen på resurser och nytänkande efter Psykiatrireformen visar sig tydligast, skriver Socialstyrelsen.

– Psykiatrireformen grundade sig på en alltför optimistisk tro på att kommunerna skulle klara sitt uppdrag utan kompetenshöjningar, och utan en redan etablerad samverkan med landstingen. Omställningen skedde för snabbt, säger Anna Åberg-Wistedt.

### Samplaneringen brister

Det har riktats mycket kritik – inte minst från den medicinska professionen men också från Socialstyrelsen – mot den alltför ofta dåliga samplaneringen mellan landsting och kommun, då en patient ska skrivas ut från slutna psykiatrisk klinik. Bristen beror på att man ofta saknar ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam kunskapsbas, menar Socialstyrelsen, men även – eller kanske som en följd av – en oklar ansvarsfördelning.

Två faktorer som till viss del ligger bakom den dåliga samplaneringen är tremånadersregeln för det kommunala betalningsansvaret samt det något oklara begreppet »medicinskt färdigbehandlad». Men såväl tremånadersregeln som uttrycket »medicinskt färdigbehandlad» är under diskussion och kan komma att ändras, vilket Anna Åberg-Wistedt vid S:t Görans sjukhus i så fall välkomnar.

– Medicinskt färdigbehandlad är ett olyckligt begrepp eftersom det ger en så definitiv tolkning av situationen av såväl patienter som anhöriga och av den kommunala omsorgen. Tolkar man det positivt är det detsamma som att man är frisk, tolkar man det negativt så finns det inget mer att göra för sjukvården. Men i stället för medicinskt färdigbehandlad borde det heta att man inte längre är i behov av slutna psykiatrisk vård, medan behovet av öppenvård finns kvar, och landstinget ska fortsätta tillgodose behovet av psykiatrisk vård så länge den behövs.

– Begreppet har skapat många missuppfattningar och inneburit svårigheter i samverkan med kommunen. Ibland väntar den kommunala omsorgen alltför länge innan den kontaktar landstinget i enskilda patientärenden, och det är patienten som hamnar i kläm. I det avseendet finns utrymme för stora förbättringar, säger Anna Åberg-Wistedt.

Lika fyrkantigt går det att se på tre-

månadersregeln, vilket också alltför ofta händer: kommunen har betalningsansvaret för patienten efter tre månader, och patienten ska därefter anses vara »medicinskt färdigbehandlad». I stället diskuteras nu om man borde införa ett mer flexibelt system.

– Tremånadersregeln är en mycket dålig konstruktion. Drar man den till sin spets tolkar kommunen den som att man över huvud taget inte behöver göra något för att planera boende etc de första två månaderna, utan kanske väntar i nästan tre månader innan man ens undersöker vilka behov som finns. Är patienten inte längre i behov av sluten psykiatrisk vård, även innan tre månader har gått, är det fel att behöva vänta i tre månader innan kommunen tar sitt ansvar.

Inom det upptagningsområde som tillhör Centrala Stockholms psykiatriska klinik bor cirka 700 psykospatienter, samtliga väl kända av såväl kommun som landsting, och en individbaserad vårdplanering borde därför kunna fungera ganska bra.

– Redan när patienten kommer in kontaktas kommunen och vårdplaneringen påbörjas omgående. Men trots det blir patienten i vissa fall ändå kvar hos oss i tre månader fast patienten inte längre behöver sluten psykiatrisk vård, säger Anna Åberg-Wistedt.

– Men generellt sett är det nog svårast för de patienter som är intagna enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. Vi kanske bedömer att patienten kan skrivas ut, men länsrätten kan inte bevilja utskrivning eller ens permission för att patienten inte har någon egen bostad. Kommunen å sin sida ordnar ingen bostad för att patienten är intagen enligt LRV. Tremånadersregeln skapar över huvud taget en otydlighet och svårigheter i samplaneringen, och jag hoppas snart det kommer en förändring till stånd.

### Mer pessimistisk idag

Även om Anna Åberg-Wistedt i stora drag ser positivt på den utveckling som psykiatrin genomgått de senaste decennierna, finns det anledning till oro. Inte minst i fråga om de ekonomiska resurserna.

Rapporterna om en ökning av antalet människor med psykiska besvär kommer tätt, inte minst när det handlar om förekomsten av depressiva tillstånd, vilka enligt WHO riskerar att toppa listan för långtidssjukskrivningar om några år. Men någon ökad satsning från samhällets sida för att möta detta vårdbehov har ännu inte gjorts.

– Jag känner mig i det avseendet faktiskt mer pessimistisk idag än för några år sedan. Jag kan förstå att man måste minska utgifterna när tiderna är dåliga.

Men idag, med högkonjunktur och en i övrigt positiv utveckling, borde man satsa mer.

– Varje år skriver jag avtal för klinikkens verksamhet, avtal som bland annat innehåller uppdrag för förebyggande verksamhet och kvalitetssäkring. Det vore önskvärt att kostnader för dessa uppdrag tydligare preciserades i budgetöverenskommelserna, så att man verkligen kände att det finns ett intresse för dessa frågor, säger Anna Åberg-Wistedt.

Knappa resurser kan i grunden också vara en faktor bakom att samhällets totala kostnader för psykiatrin faktiskt har ökat efter Psykiatireformen. Den helt dominerande posten är kostnaden för förtidspensioner, som ökade från 16 miljarder år 1990 till 24 miljarder år 1997. Psykiatireformen medförde en bruten vårdkedja genom att landstinget tar hand om akutvård, kommunen ansvarar för socialvården, men ingen känner ett tydligt ansvar för rehabiliteringen.

– Idag finns det för lite tid för att vi tillsammans med patienten ska kunna kartlägga vilka hinder som finns när man planerar för hur patienten så fort som möjligt ska kunna återgå till arbetslivet. Mer utrymme och resurser för rehabilitering behövs, säger Anna Åberg-Wistedt.

### Forskningen blir lidande

Den psykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus har även ett utbildnings- och forskningsuppdrag gentemot Karolinska institutet i Solna. Men i takt med allt snävare ekonomiska resurser blir även forskningen lidande.

Psykiatrisk forskning i allmänhet, och socialpsykiatrisk i synnerhet, är inte heller något som prioriteras av de statliga forskningsråden då forskningsmedel anslås. Det rör sig om någon, eller i bästa fall några få, procent av forskningsrådets samlade projektbidrag. För doktoranderna handlar det ofta om att avsätta helger och semestrar till forskning, medan den ordinarie arbetstiden upptas av kliniskt arbete.

– Socialpsykiatrisk forskning är ett ganska nytt område som ännu har svårt att hävda sig då forskningsråden fördelar medel, kanske till viss del på grund av att det ännu saknas bra forskningsmetoder. Kraven på vetenskaplig kompetens och vetenskaplig nivå är mycket höga för att man ska få pengar. Samtidigt är det viktigt att patienterna följs upp efter behandlingen och att det forskas om olika samband i samhället som påverkar patienternas situation.

– Förändringarna inom psykiatrin kräver dessutom att nya, tvärvetenskapliga forskningsområden kommer till stånd. Det måste satsas mer på innova-

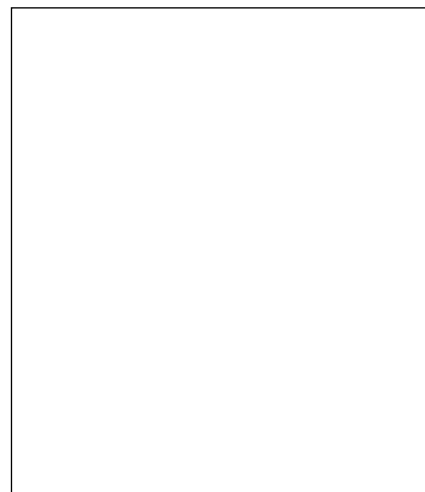


FOTO: HANS PETTERSSON

»Antalet individer som söker till den psykiatriska öppenvården för depression har ökat med 20 procent i år jämfört med motsvarande tid 1999. Psykiatrin har blivit mer avdramatiserad, vilket gör det lättare för människor att söka hjälp», säger Anna Åberg-Wistedt.

tivt tänkande, på nya forskningsmetoder som gör det möjligt att studera hur individer reagerar på exempelvis stress, samspelet med andra, på vilka sätt man kan underlätta tillfrisknandet etc, säger Anna Åberg-Wistedt.

För att förstärka forskningsinsatserna inom området psykiskt funktionshindrade föreslår Socialstyrelsen att det inrättas speciella professorer inom exempelvis psykosocialt arbete och psykosocial handikappforskning. Runt dessa professorer skulle en stark, och i förhållande till andra medicinska forskningsdiscipliner också konkurrenskraftig, akademisk kompetens kunna byggas upp.

Det har i olika sammanhang förts fram ett förslag om att den psykiatriska vården, såväl slutenvård som mellan- och eftervård, borde samlas under ett huvudmannaskap. Ett sådant skulle inte minst förbättra möjligheten att skapa effektiva vårdkedjor, men det skulle också kunna leda till en effektivare resursfördelning då medel ska fördelas mellan exempelvis slutenvård och öppenvård.

Anna Åberg-Wistedt tror dock inte att ett samlat huvudmannaskap är någon framkomlig lösning.

– Det skulle vara olyckligt om psykiatrin hamnade under ett kommunalt ansvar. För forskning och utveckling är det viktigt att psykiatrin även i fortsättningen är en del av landstinget, tillsammans med de andra medicinska specialiteterna. Och att de delar som idag är ett kommunalt ansvar skulle hamna inom landstinget ser jag inte heller som realistiskt, tiden för sådana konstruktioner är förbi. I stället måste vi satsa mer på samarbete, och jag tror att vi är på god väg, säger Anna Åberg-Wistedt. •