

Öppenvårdspsykiatri och socialt arbete i förändring

Det svenska hälsobiståndet till Bosnien-Hercegovina efter kriget går nu in på sitt fjärde år. Verksamheten är organiserad av Östeuropakommittén och fokuserad på kunskapsutbyte inom öppenvårdspsykiatri och socialt arbete. Nära tusentalet socialarbetare, psykologer, läkare, tjänstemän, lärare och politiker har nu deltagit i någon form av utbildning. De är alla engagerade i att bygga upp en ny öppenvårdsstruktur. Från svensk sida har omkring 30 experter på hög akademisk nivå ställt upp som lärare. Det senaste året har det varit möjligt att arrangera aktiviteter gemensamma för deltagare från de bägge delstaterna. Stödet kommer att fortsätta ytterligare några år under långsam avtrappning.

Östeuropakommittén organisatör av insatserna

Sedan våren 1997 har Sida stött utvecklingen av öppenvårdspsykiatri och socialt arbete i Bosnien-Hercegovina med Östeuropakommittén som organisatör av insatserna. Vi har tidigare beskrivit det första årets arbete [1] och vill nu berätta om hur projektet har utvecklats. Det är en del av det vittomfattande stöd som svensk sjukvård bedriver till utvecklingen i Baltikum, nordvästra Ryssland och i någon mån till andra de-

lar av det forna Sovjetunionen samt till Bosnien-Hercegovina. Biståndet från Östeuropakommittén bygger i hög grad på frivillighet och en god portion idealitet, både hos enskilda personer och hos huvudmännen. De senare bidrar ofta genom att låta sina anställda göra en del av insatserna inom ramen för sin ordinarie anställning.

Östeuropakommittén är en stiftelse som består av de stora aktörerna inom svensk hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och flertalet fackliga organisationer. Ordförande är förre generaldirektören Claes Örtendahl och vice ordförande Eva Fernvall från Vårdförbundet. Kommittén har sju beredningsgrupper: för psykiatri, infektionssjukdomar, handikapp, mödra- och barnvård, tandvård, omvårdnad och en grupp för Bosnien-Hercegovina. Den sist nämnda har både socialt arbete och öppenvårdspsykiatri på sitt ansvar. Det senaste året har Östeuropakommittén också inrättat en särskild beredningsgrupp för Nordkalottsamarbete, som är placerad i Luleå. Verksamheten har vuxit snabbt. Hela Östeuropakommitténs budget var för år 1998 20 miljoner och för 1999 32 miljoner, av vilka 8 miljoner disponerades för Bosnien-Hercegovina.

Politiska strukturen hämmar utvecklingen

Staten Bosnien-Hercegovina består av två enheter; Republika Srpska, huvudsakligen befolkad av omkring 1,5 miljoner bosnienserber, och federationen Bosnien-Hercegovina med ca 2,3 miljoner framför allt muslimer och kroater.

Organisationen i Republika Srpska är enkel genom att man bara har kommunerna och en övergripande politisk nivå med ett gemensamt ministerium för hälsovård och sociala frågor. Befolkningen är också relativt homogen etniskt sett. Det starka beroendet av Serbien minskade i och med regimskiftet vårvintern 1998, då en ny premiärminister tillsattes. Många biståndsgivare hade tidigare avstått från att stödja utvecklingen i Republika Srpska av politiska skäl, men började 1998 återigen intressera sig för den delstaten. Natos bombningar av Kosovo och Serbien vå-

Sammanfattat

- Behoven inom hälsosektorn och det sociala området är enorma i Bosnien-Hercegovina.
- Östeuropakommittén är genom SweBiH en av de viktigaste biståndsgivarna beträffande socialt arbete och öppenvårdspsykiatri.
- Nära tusentalet professionella har nåtts av någon utbildningsaktivitet anordnad av SweBiH.
- Ett stort antal svenska experter har deltagit som lärare och delvis med frivilliga insatser.
- Biståndet kommer att fortsätta men stegvis ändra inriktning mot mer långsiktigt och forskningsbaserat utvecklingsarbete.

ren 1999 komplicerade förhållandena för ett halvår, men sedan de upphört har samarbetsklimatet ytterligare förbättrats. Ekonomiskt är situationen i Republika Srpska sämre än i federationen. En förändring kan ske om man fortsätter att öppna sig mot väst.

Federationen Bosnien-Hercegovina är uppdelad i tio kantoner, som alla har en betydande självständighet med egna ministerier för socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. De liknar i viss mån våra landsting. Däröver finns ett federalt ministerium sammansatt av både kroater och muslimer. Det finns alltså elva hälsovårdsministrar för en befolkning på drygt 2,3 miljoner. Det är ingen tvekan om att den kantonala strukturen på många sätt har hämmat utvecklingen.

I enskilda kantoner kan processen gå snabbare om där finns en stark och nägorlunda enad politisk ledning, som är intresserad av att förändra och utveckla. Tuzla kanton är ett sådant exempel, som

Författare

LARS JACOBSSON

professor i psykiatri, Umeå universitet, konsult till WHO och ordförande i Östeuropakommitténs beredningsgrupp för Bosnien Hercegovina

BENGT LAGERKVIST

docent i pediatrik, överläkare vid Folke Bernadottehemmet, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala, och samordnare i beredningsgruppen SweBiH

BODIL ERIKSSON

fil dr i socialt arbete, biträdande studierektor vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet och samordnare i beredningsgruppen SweBiH.

enligt vår uppfattning utvecklas snabbare än de övriga.

Psykisk ohälsa hos befolkningen

Behoven är enorma [2], och stora ansträngningar görs av internationella organisationer för att få igång en positiv utveckling [3]. Efter kriget var de flesta inom den psykiatriska professionen, liksom internationella biståndsgivare, mycket engagerade i situationen för de ca 200 000 soldater som blev hemskickade, mer eller mindre utan förberedelser eller uppföljning. Man befärade stora anpassningsproblem utifrån de amerikanska erfarenheterna med Vietnamsoldaterna. Trots olika försök kom något systematiskt uppföljningsarbete av denna grupp aldrig till stånd vare sig i Bosnien-Hercegovina, Kroatien eller Serbien. Samtidigt stod det ju klart att i stort sett hela befolkningen var traumatiserad och att man måste försöka bygga upp en organisation som kunde ta sig an nästan alla invånarens psykiska problem. Därför kom arbetet, inte minst från svensk sida, att inrikta sig på att reorganisera den psykiatriska vården i stort i både Republika Srpska och Bosnien-Hercegovina.

Den psykiatriska vården organiserad i tre nivåer

Psykiatri och neurologi har sedan gammalt varit en gemensam disciplin, kallad neuropsykiatri, och många psykiatrer har alltså en dubbelspecialitet. Flera av klinikerna ute i landet beskrivs också som neuropsykiatriska kliniker, där man tar emot patienter med såväl neurologiska som psykiatriska sjukdomar.

De stora klinikerna vid universitetssjukhusen i Sarajevo och Tuzla har dock separata kliniker för neurologi respektive psykiatri. Utvecklingen går också tydligt mot att man kommer att separera specialiteterna i framtiden.

Efter Dayton-avtalet hamnade alla mentalsjukhus i Republika Srpska. I federationen fanns endast några psykiatriska lasaretskliniker med begränsat antal vårdplatser [4]. WHO har tillsammans med det federala hälsovårdsministeriet respektive ministeriet i Republika Srpska utarbetat organisationsplaner som bland annat går ut på att bygga upp ett system av familjeläkare som bas i hälso- och sjukvårdssystemet [5, 6]. Bakom denna första frontlinje ligger sedan en nivå med specialister, som sedan gammalt har varit organiserade i Dom



Chefen för psykiaritteamet i Bihac vid hela biblioteket och medicinförrådet, som förvaras i en inte alltid låst bokhylla.

Zdravljas («hälsohus» i ordagrann översättning). Dessa kan närmast beskrivas som stora vårdcentraler, oftast utan sängplatser och bemannade med specialister som internmedicinare, kirurger, gynekologer och ibland också psykiatrer. Den tredje nivån är specialistklinikerna med sina sjukhusplatser.

Världsbanken har stött upprustning och utrustning av ca 40 enheter särskilt avsedda för öppenvårdspsykiatri, till en början benämnda »community based psychosocial rehabilitation centres». De har numera på svenskt initiativ börjat kallas »community mental health centres», vilket är mer adekvat. Dessa centrum bemannas av psykiater, psykolog, kurator/socialarbetare samt sjuksköterskor. Försök med »community based strategies» gjordes i liten skala redan under kriget [7].

Många faktorer fördröjer öppenvårdsutbyggnaden

Utbyggnaden av organisationen för öppenvårdspsykiatri har gått ganska trögt, framför allt vad gäller bemanningen. Det är hittills oklart med den organisatoriska inplaceringen av dessa enheter även om mycket talar för att de borde höra till primärvården och alltså inordnas under Dom Zdravljas. Ett stort problem är dock att många av cheferna för Dom Zdravljas inte är särskilt intresserade av att få in psykiatrin i sina lokaler

eller under sitt ansvar. Det har på många håll bromsat utvecklingen. Ett annat problem är ekonomin. Det finns inte några nya pengar till dessa enheter för öppenvårdspsykiatri, och utbyggnaden måste alltså ske genom omfördelningar i budgeten.

Ytterligare ett stort problem för psykiatrin och för ansvariga myndigheter är den stora gruppen kroniskt psykiskt sjuka. Många av dem dog under kriget, några finns på de få klinikplatserna, några på mindre enheter som upprättats för långtidssjuka dels i Sarajevo, dels i Tuzla, men flertalet finns ute i samhället utan särskild tillsyn. Genom projektinsatser, framför allt från italiensk sida, har man på en del håll försökt etablera olika typer av skyddat boende. Det arbetet har försvärats dels av byråkratiskt krångel med byggnadslov, dels av motstånd ute i samhället och dels av alltför kortsiktiga biståndsgivare. Många av dem har bara stött ett eller två års drift och sedan dragit sig ur i förhoppningen om att hälsovårdsministeriet och socialministeriet ska kunna

ta över.

För rättspsykiatriska patienter är situationen också bekymmersam, eftersom man inte har tillgång till mentalsjukhusplatser. I Sebnica finns en särskild rättspsykiatrisk enhet vid fängelset, som beskrivs som den absolut sämsta vårdmiljön i landet.

När det gäller barn- och ungdomspsykiatri är läget svårt genom att det inte finns en etablerad specialitet. Ett antal läkare, psykologer och sköterskor har intresserat sig särskilt för barn- och ungdomspsykiatriska problem och fått en del utbildning under och efter kriget. De arbetar nu med barn och ungdomar efter bästa förmåga, men behoven är mycket stora när det gäller att utveckla den verksamheten.

Svenskt projektstöd till psykiatriområdet

Beredningsgruppen för Bosnien-Hercegovina inom Östeuropakommittén har antagit namnet SweBiH (Swedish psychiatric social and rehabilitation project for Bosnien-Hercegovina) för att få en tydligare identitet i förhållande till alla andra organisationer aktiva i området. Vi har koncentrerat oss på att stödja utvecklingen av öppenvårdspsykiatrin i såväl federationen som i Republika Srpska, och vi samarbetar nära med en holländsk organisation, Health Net International, som haft stöd från

ANNONS



Patienter på psykiatriska kliniken Bihac, där det är trångt och kallt, och all stimulans saknas. I förgrunden en amputerad man och i bakgrunden en kataton som aldrig lämnat huvudet på kudden i vaket tillstånd.

ECHO (European Community Humanitarian Organisation). Tillsammans har vi organiserat en rad fortbildningsseminarier för personal som arbetar eller kommer att arbeta i de centrum för öppenvårdspsykiatri som håller på att etableras. Vi har också stött utvecklingen i barn- och ungdomspsykiatri genom kurser för arbetslag som valt att inrikta sig på området. Fortbildning av sjuksköterskor är ett annat viktigt område som vi påbörjat genom en seminarier i Tuzla. Tabell I visar kurser och seminarier under de två senaste åren där SweBiH varit enda bidragsgivare. Utöver

dess har SweBiH deltagit i planeringen och genomförandet av ytterligare ett tiotal kurser och seminarier tillsammans med lokala experter, Health Net International och WHO.

Lagstiftning ett viktigt område

Ett viktigt område har varit lagstiftningen för den nya organisationen. En av författarna (LJ) har deltagit som adjungerad till den expertgrupp som hälsovårdsministeriet bildat för detta arbete. En uppgift har varit att utarbeta en särskild lagstiftning för den psykiatriska vården och då framför allt den del

som reglerar tvångsvården. Tillsammans med en jurist från WHO:s huvudkontor i Genève har LJ under 1999 deltagit i en översyn av lagförslaget, som förväntas bli taget relativt snart av det bosniska parlamentet.

I september 1999 organiserade SweBiH, tillsammans med Health Net International och WHO, en konferens med temat Mental Health Reform in Bosnia-Herzegovina [8, 9]. Den bidrog till att ge reformarbetet en tydligare profil och till att få igång samarbetet mellan de båda delstaterna. Representanter för respektive ministerium i både fede-

Tabell I. SweBiHs utbildningsprogram på elva olika orter där 35 svenska experter deltagit i ett 30-tal olika seminarier under 1998 och 1999.

Ämne	Lokalisation	Svenska experter
Cultural and pharmacological aspects on psychiatry	Sarajevo	M Fernandez, J Hallman, L Orelund
Genetics in psychiatry	Sarajevo	R Adolfsson
Exchange of knowledge	Banja Luka, Sarajevo	L Davidsson, B Eriksson, C Örtendahl
Introduction to community psychiatry	Mostar, Sarajevo, Bihac	T Andersen, L Jacobsson, L Kaleb, M Omerov
Advanced mental health training in psychiatric problems	Mostar, Banja Luka	T Andersen, O Bodlund, L Jacobsson, G Isaksson, H Ottoson
Mental health reform	Dubrovnik	L Jacobsson, J Cullberg
Management of first time psychosis	Sarajevo	J Cullberg, P Borgå
Undergraduate psychology for students	Tuzla, Sarajevo	L Kaleb
Psychosocial aspects of pregnancy and child birth	Tuzla	R Tunell, A Kruse, L Kaleb, B Wickberg, K Wolff, E Brask
Post partum psychosis and depression	Banja Luka	B Wickberg, L Kaleb
Basic psychotherapy	Banja Luka	JE Therning, L Kaleb
Post trauma treatment	Tuzla, Banja Luka	L Kaleb
Mental health problems in schools	Zenica	B Lagerkvist
Mental health problems in adolescence	Neum	H Pelling, R Oras, D Hildebrand
Child and adolescent psychiatry	Banja Luka, Mostar	B Hägglöf, P Fransson, L Levin
Supervision in social work	Sarajevo, Tuzla	L Cajvert
Suicide and suicide prevention	Bugojno	L Jacobsson
Services for elderly and co-operation with NGOs	Neum	L Henriksson, A Kanold
Development of experiences of social work	Doboj	B Eriksson, A Helleday
Education of child ombudsmen	Sarajevo, Stockholm	M Hessele, S Hessele

rationen och Republika Srpska samt läkare, psykologer och andra professionella, verksamma på olika nivåer inom öppen- och slutna psykiatrisk vård, totalt ca 120 personer, deltog tillsammans med ett litet antal internationella experter. Det var första gången man kunde samlas på den här nivån från båda entiteterna. För att nå det målet förlades konferensen till Dubrovnik, som är en neutral och för alla dessutom attraktiv plats. Konferensen upplevdes av deltagarna som lyckosam och utmynnade i ett par viktiga initiativ. Dels beslöt de psykiatriska föreningarna i de båda delstaterna att anordna en gemensam konferens för psykiatrer i Sarajevo i oktober 2000, dels beslöt man att anordna en konferens för biståndsgivare inom den psykiatriska sektorn för att diskutera den fortsatta utvecklingen, prioriteringar och samarbete för framtida insatser. Den sistnämnda konferensen ägde rum i Mostar i slutet av november 1999.

Program för fortsatt arbete

Östeuropakommittén har ett treårskontrakt med Sida som förutsätter ytterligare stöd under åren 2000 och 2001. Det är dessutom tydligt utsagt att Sida kommer att stödja arbetet även efter detta, men naturligtvis beroende på hur utvecklingen fortskrider. SweBiH undersöker för närvarande möjligheterna för ett visst forskningsstöd. Efter hand har de flesta biståndsgivarna inom den psykiatriska sektorn dragit sig tillbaka, och Östeuropakommittén är nu en av de viktigaste inom detta område. Det är därför viktigt att vi också känner ansvar för den långsiktiga utvecklingen. Därför har vi inom Östeuropakommittén kommit fram till följande åtta punkter att beakta i vårt fortsatta arbete. Claes Örtendahl är pappa till konceptet.

1. Den vårdideologiska utgångspunkten i form av en öppenvårdsbaserad utveckling för psykiatrin.
2. Lagstiftning som reglerar dels vårdens organisation, dels ramarna för vårdens innehåll.
3. Finansieringssystemen som är stabila över tid och som garanterar finansieringen av enheterna för öppenvårdspsykiatri.
4. Regelsystem som inkluderar handledning, tillsyn och kontrollmekanismer, t ex när det gäller tvångsvård.
5. Vårdens organisation och struktur framför allt på öppenvårdsenheterna.
6. Kompetensen hos olika grupper av professionella.
7. Omgivningsfaktorer viktiga för hälsan, t ex skolor, boende, arbetsplatser.
8. Allmänhetens acceptans och attityder, som kan både försvåra och underlätta utvecklingen inom öppenvårdspsykiatrin och det sociala arbetet. Utifrån dessa punkter har vi nu lagt

fram en plan för arbetet under år 2000. Vi kommer att koncentrera oss på stödet till barn- och ungdomspsykiatri, vidareutbildning av sjuksköterskor inom psykiatrin, som hitintills saknats, fortsatt vidareutbildning av annan personal inom öppenvårdspsykiatrin samt fortsatt stöd när det gäller lagstiftningen.

Öppenvårdssatsningar även inom socialt arbete

Även inom den sociala sektorn sker en strukturell omvandling, som syftar till en förändrad syn på sociala problem och med ökade öppenvårdssatsningar som alternativ till institutionsplaceringar. Lagstiftningen i både federationen och Republika Srpska ger utrymme för en förändring i denna riktning. Hinder finns däremot både genom bristande finansiering både på kort och lång sikt och beträffande kunskaper.

De kommunala »Centres for Social Work», CSW, får en nyckelroll, genom att de i egen regi ansvarar för lagreglerade sociala insatser och genom att de har en viss tillsyn över andra insatser, till exempel barn på institution respektive i fosterhem [3, 10, 11].

Utbildning av socialarbetare

Utbildningsinsatser för socialarbetare på CSW får därmed en strategisk betydelse, och SweBiH har satsat främst på denna grupp. Syftet är att förstärka professionell kompetens och bidra till ett förändrat förhållningssätt. Det innebär en fördjupning av förmågan att bedöma problem, att organisera insatser och att tillägna sig en subjektssyn på klienter/hjälptagare. Utbildningen är således ett led i utvecklingen av sådana arbetssätt som förstärker klienternas egna förutsättningar att hantera sin situation.

I detta arbete har vi ett samarbete mellan institutionerna för socialt arbete vid universiteten i Stockholm, Sarajevo och Göteborg. Under 1999 har vi satsat på utbildning av handledare i socialt arbete, experter i bedömningar av barns situation och organisatörer av arbete med äldre. Detta har skett i samverkan med frivilligorganisationer i federationen. I Republika Srpska, där det saknas utbildning för socialarbetare, har vi samarbetat med ministeriet och anordnat utbildning i erfarenhetsutveckling för socialarbetare på CSW.

Gemensamma projekt – en utmaning

Under 1999 har vi inte funnit något konstruktivt sätt att utveckla gemensamma projekt rörande öppenvårdspsykiatri och socialtjänst. SweBiH organiserar dock i mars 2000 ett första gemensamt seminarium för sjuksköterskor och socialarbetare.

Under år 2000 planerar SweBiH att

fortsätta med stöd till ovan presenterade projekt samt till en utbildning av familjeterapeuter i Banja Luka. Viktigt är också att starta en utbildning till socialarbetare vid universitetet i Banja Luka. Under kriget försvann många socialarbetare. Dessa har delvis ersatts med utbildad personal, varför det finns ett uppdämt behov av utbildning. En ny social utbildning ger också möjligheter till att introducera ett modernt arbetssätt och bryta med gamla traditioner av paternalism och byråkrati för att styra framtida arbetsinsatser mot människors behov [10].

Sammanfattning

Östeuropakommittén har genom SweBiH lämnat stora bidrag till återuppbyggnaden av den psykiatriska vården och den sociala sektorn i Bosnien-Hercegovina. Nära tusentalet professionella har nåtts av någon utbildningsaktivitet. Genom en långsiktig satsning har Östeuropakommittén blivit en av de viktigaste bidragsgivarna när det gäller nya kunskaper. Många svenska experter har deltagit, delvis med frivilliginsatser. Arbetet kommer att fortsätta i ett par år till men delvis ändra karaktär till mer övergripande stödformer.

Referenser

1. Jacobsson L, Lagerkvist B. Stöd till öppenvårdspsykiatri och socialt arbete i Bosnien-Hercegovina. Läkartidningen 1998; 95: 5785-6.
2. Mehic-Basara N, Ceric I, Lagerkvist B. Refugees, returnees and rehabilitation. Medicinski Archiv 1999; 53: 39-41.
3. Independent Bureau for Humanitarian Issues. Transition of the policy and system of social protection in the federation of Bosnia-Hercegovina. Discussion paper Sarajevo 1998.
4. Ceric I, Loga S, Sinanovic O, Oruc L, Cerkez G. Reconstruction of mental health services on territory of The Federation of Bosnia-Hercegovina. Medicinski Archiv 1999; 53: 127-30.
5. Ministry of Health in The Federation of Bosnia-Hercegovina. Strategic plan for health system reform and reconstruction 1997-2000. Sarajevo:WHO, 1997.
6. Ministry of Health and Social Affairs in Republika Srpska. Strategic plan for health system reform and reconstruction 1997-2000. Sarajevo:WHO, 1997.
7. Kocijan-Herzigonja D, Knezovic Z, Grguric J, Stuvland R, Lagerkvist B. Psychosocial support in war areas using community based rehabilitation strategy. Scand J Soc Med 1997; 25: 14-6.
8. Jacobsson L. The transition from mental hospital based to community based psychiatry. Medicinski Archiv 1999; 53: 131-4.
9. Davidsson L. De-institutionalisation and community based psychiatry – some aspects from literature. Medicinski Archiv 1999; 53: 135-8.
10. World Bank. Social policy task force. Continuum of care in Bosnien-Hercegovina. Sarajevo:.,1999.
11. Social Policy Task Force. Initial Findings and Recommendations: Responses. September. Sarajevo: World Bank, 1999.