

Psykiatrireformen var nödvändig – men mycket återstår för att uppfylla dess mål

Det problematiska med Psykiatrireformen är inte inriktningen utan hur utvecklingen gestaltat sig. Landstingens och kommunernas svaga ekonomi vid genomförandet, psykiatrins organisation, bristen på rehabilitering och sysselsättning, den bristfälliga rekryteringen till psykiatri, samarbetssvårigheterna och svag forskning är några förklaringsfaktorer. Nu krävs kraftinsatser för att fullfölja intentionerna.

OLLE ÖSTMAN

specialist i allmän psykiatri, Malmö
o.ostman@telia.com

II Debatten kring Psykiatrireformen fortsätter. I massmedierna är debatten alltför ofta präglad av överdrifter. Generaliseringar sker utifrån att en liten del av de svårast psykiskt sjuka kan begå våldshandlingar och att detta skulle förorsakas av Psykiatrireformen. Det är emellertid svårt att i förväg bedöma farlighet, vilket även gällde när vi hade 35 000 personer i de gamla vårdformerna på mentalsjukhus. Har något förändrats sedan dess så är det att psykiatri trots allt i allmänhet är mer tillgänglig i dag än under mentalsjukhusepoken och att det finns förbättrad kunskap att bedöma farlighet.

Kan olyckligt tolkas som skönmålning

I Läkartidningen 4/2004 bemöter Karl Grunewald och medförfattare [1] en tidigare debattartikel av Sven Jonas Dencker och Jan Wålinder [2]. Jag instämmer i det mesta av vad Grunewald och medförfattare säger även om helhetsintrycket av deras inlägg olyckligt kan tolkas som en skönmålning av verkligheten.

Historiken

Men visst behövdes Psykiatrireformen. Redan före dess genomförande hade en stor del av den tidigare institutionsvården inom psykiatri avvecklats, och inte minst gällde detta vårdplatser för personer med psykiska funktionshinder. Kommunerna var dock inte i fas med psykiatrins utveckling. Bostäder, sysselsättning och socialt stöd till de psykiskt sjuka saknades i stor utsträckning, och det förelåg ett akut behov av att lösa detta.

Jag kan inte ens drömma om att Dencker och Wålinder menar allvar med att åter placera alla dessa personer i nya former av asyl eller att psykiatri själv skall lösa rent sociala behov. Jag lever i

tron att den helt överväldigande delen av psykiatrer och övriga grupper engagerade i stödet till dessa personer, liksom företrädare för de psykiskt funktionshindrade själva och deras anhöriga, helt står bakom uppfattningen att psykiskt sjuka skall kunna leva så normalt som möjligt med samma rättigheter och stöd som andra grupper i samhället.

Utvecklingen efter reformen

Det är inte denna inriktning som är problematisk utan hur utvecklingen gestaltat sig efter reformen. Boendeförhållandena för de psykiskt funktionshindrade har i allmänhet blivit bättre men omfattar inte alla eftersom andelen psykiskt sjuka bland hemlösa ökat. Personliga ombud har blivit en framgång. Men varför har så mycket av reformens övriga intentioner bara blivit drömmar och inte verklighet? Jag skall peka på några problemområden.

Landstingens och kommunernas ekonomi

Reformen kom att genomföras vid en ekonomiskt synnerligen olycklig tidpunkt. Såväl landsting som kommuner har alltsedan reformen trädde i kraft tvingats genomföra kostnadsreducingar i sina verksamheter för att få dessa att rymmas inom tillgängligt finansieringsutrymme. Denna situation har inbjudit landsting och kommuner till att försöka få kostnaderna för de psykiskt funktionshindrade att hamna på den andra parten. Resultatet har blivit utelämnade satsningar i stödet till de psykiskt sjuka. Det är nu dags att tillföra resurser för att korrigera detta.

Psykiatrins organisation

Under 1980-talet och fram till Psykiatrireformens genomförande utvecklade psykiatri i landet den sk sektorsorganisationen. En psykiatrisk klinik gavs ett tydligt ansvar för ett geografiskt område innebärande en skyldighet att ta emot alla i behov av psykiatrisk vård inom området. För att underlätta samarbetet

med kommunerna överensstämde områdesindelningen med indelningen i primärkommuner och stadsdelar. Ansvaret omfattade både öppen och sluten vård. I princip skulle ingen vårdbehövande kunna bli förbisedd.

Kritiken mot denna organisation var betydande, inte minst mot att i slutenvårdens allvårdsavdelningar alla sorters patienter blandades och att specialistkunskaper för olika undergrupper psykiskt sjuka försumrades. Mot denna bakgrund har under det senaste decenniet psykiatri på många håll i landet förändrats och blivit mera centraliserad med uppdelning i subspecialiserade verksamheter.

Denna förändring har kommit att direkt motarbeta Psykiatrireformens mål att utveckla samarbetet med socialtjänsten i fasta former. För en primärkommun eller en stadsdel finns inte längre alltid en bestämd psykiatrisk organisation för samarbetet, som för att fungera bra kräver kontinuitet även på personplanet.

Målgrupper med olika behov

Psykiatrins relation till Psykiatrireformen är dock mer komplicerad än vad som framkommer i debatten. En huvuduppgift för psykiatri är självklart behandling av de svårast sjuka med funktionshinder. Det är denna grupp som Psykiatrireformen handlar om, och den har storleksmässigt bedömts omfatta 40 000–50 000 personer.

Men psykiatri möter många fler patienter med andra och ibland mer tillfälliga störningar som många gånger kan vara väl så svåra och komplicerade. Är

Ett svårlost huvudproblem är dock den splittrade finansieringen av stödet till de psykiskt sjuka. Jag hoppas man snabbt kan komma igång med samordnad finansiering för denna grupp.

ligen beräknas mer än 200 000 svenskar ha kontakt med psykiatrin. Problembilden för dessa är sinsemellan mycket olika, och organisationen måste anpassas till olika behov. Med god vilja är det dock självklart möjligt att anpassa organisationen till olika målgruppers skilda behov (»kundanpassning«).

Sektorsorganisationen, med ett tydligt geografiskt ansvar och decentraliserade verksamheter, minskade risken för att psykiskt sjuka faller mellan stolarna. Det är svårt att se att inte denna basorganisation kan bibehållas och kombineras med specialiserade enheter för patientgrupper som erfordrar specialkunande.

Psykiska funktionshinder växlar över tiden

Inom socialtjänstens verksamheter är man utifrån erfarenheter av andra grupper med funktionshinder van att betrakta dessa som tämligen stabila över tid, och stödet utformas utifrån dessa förutsättningar. De psykiskt sjuka med funktionshinder avviker från detta mönster. De har ofta växlande sjukdomsbild, och funktionshindren ändrar ofta karaktär. Det är också en grupp som generellt kräver fortsatta behandlingsinsatser från den specialiserade psykiatrins sida. Viktigt är också att se denna grupp personer utifrån utgångspunkten att deras sjukdom kan förbättras och funktionshindren fås att minska eller helt upphöra. Internationellt har just möjligheterna till återhämtning även efter svår psykisk sjukdom fått stor uppmärksamhet. Detta gör att stödet till denna målgrupp måste utformas utifrån helt andra förutsättningar än det sedvanliga handikappsperspektivet och med fortlöpande behandlingsinsatser från psykiatrins sida.

Brist på rehabilitering och sysselsättning

För en meningsfull tillvaro krävs möjlighet till sysselsättning som den psykiskt funktionshindrade själv kan välja och påverka. Kommunerna har ett tydligt ansvar, som de uppenbart lågprioriterat eller inte förstått. Men de har inte detta ansvar ensamt. Hela samhället har utvecklats dithän att ribban för arbete har höjts. Det finns mängder av uppgifter i samhället som de psykiskt funktionshindrade skulle kunna sköta men som inte kan motivera marknads-mässiga löner. En helt ny inställning till att kombinera lönebidrag, sjukbidrag och lön för arbete måste till.

Bristfällig rekrytering

När Psykiatireformen genomfördes fanns stor entusiasm bland många anställda inom psykiatri och kommuner. De statliga stimulanspengarna gav dem utrymme för att pröva nya idéer, men när

dessas pengar tog slut punkterades många utvecklingsbara verksamheter då lands- ting och kommuner inte kunde komma överens om fortsatt finansiering. Detta resulterade också i många »tappade sug- ar«. Rekryteringen av nya välutbildade personer har varit bristfällig. Ett fullfölj- ande av Psykiatireformens intentioner kräver kraftfulla insatser för rekrytering och kompetenshöjning såväl inom den landstingsdrivna psykiatrin som i kom- munernas verksamhet.

Samarbets svårigheter

Svårigheter att få till stånd bra samar- bete mellan olika samhällsorgan var väl belysta långt före Psykiatireformen. Socialstyrelsen och dåvarande Spri tog under 1970- och 1980-talen fram ett flertal program för hur samverkan mel- lan kommunernas socialtjänst och lands- tingens hälso- och sjukvård skulle ut-vecklas. De konkreta resultaten av dessa planer har dock blivit minst sagt spar- samma.

Det är svårt att samarbeta när olika kulturer med skiftande grundvärdering- ar möts. Detta gäller förvisso också inom respektive sektor, t ex mellan primär- vård och specialistvård inom landsting- en. Desto svårare blir det när ekonomin är helt åtskild med helt skild skattefin- siering som mellan landstingens verk- samhet och primärkommunernas.

Psykiatireformens förhoppningar om ett fungerande samarbete över hu- vudmannagränserna har också blivit en besvikelse. Även om personliga ombud i viss utsträckning kompenserat för bris- terna återstår mycket att göra. Samord- nad finansiering av målgruppen över hu- vudmannagränsen är sannolikt nyckeln till framgång.

Brist på forskning

Även om Grunewald och medarbetare framhåller att det lagts fram ett tiotal akademiska avhandlingar rörande Psy- kiatireformen råder det i stort kris vad gäller forskning kring psykisk ohälsa. I en granskning av samtliga akademiska avhandlingar i Sverige under åren 2000– 2001 framkom att under denna tvåårspe- riod skedde totalt 99 disputationer som i vid mening, inklusive ren grundforsk- ning, berörde psykisk hälsa och psykis- ka sjukdomar [3].

Detta utgjorde endast 2 procent av samtliga avhandlingar och knappt 6 procent av avhandlingar rörande hälsa och sjukdom totalt. Detta skall ställas i rela- tion till Folkhälsorapportens uppgift att 15 procent av befolkningen vid ett givet tillfälle uppskattas ha någon psykisk sjukdom eller störning [4]. I en WHO- rapport anges att 25 procent av alla män- niskor under sin livstid drabbas av psy-

kisk sjukdom, och för Europas del be- räknas att andelen levnadsår med funk- tionshinder betingade av psykisk ohälsa utgör 33 procent [5].

Endast en dryg tredjedel av avhand- lingarna skedde vid psykiatrisk institu- tion. Under denna tvåårsperiod kunde endast en tiondel av avhandlingarna hänföras till socialpsykiatrisk forskning, dvs det forskningsområde som ligger närmast Psykiatireformens inriktning, och flertalet av dessa berör inte alls re- formen som sådan.

Jag kan bara instämma i vad profes- sor Ingall Rahm Hallberg och dekanus vid medicinska fakulteten i Lund Jan Nilsson [6] formulerar om att »kunsa- pen om hur psykiskt sjuka lever och vil- ka behov de har är bristfällig«, och vida- re: »Det delade huvudmannaskapet har slagit sönder plattformen för den psyki- atriska forskningen. Den infrastruktur som krävs för att överbygga huvud- mannagränserna saknas idag. Det be- hövs därför ett annat sätt att arbeta och en ny organisation som uppmuntrar tvär- vetenskapligt forskningssamarbete.«

Psykiatrisamordnare med mandat

Psykiatireformen har kommit för att stanna. Nu behövs kraftinsatser för att fullfölja dess intentioner. Anders Milton som regeringens psykiatrisamordnare har fått långtgående mandat. Det skapar goda möjligheter att komma ifatt inom flertalet av de områden jag pekat på.

Ett svårlost huvudproblem är dock den splittrade finansieringen av stödet till de psykiskt sjuka. Jag hoppas man snabbt kan komma igång med samord- nad finansiering för denna grupp.

Uppenbart finns motstånd mot att in- föra gemensamma nämnder mellan landsting och kommuner. Jag hoppas att man åtminstone på några håll snabbt kan komma igång och pröva denna möjlig- het som då lämpligen omfattar förutom psykiskt sjuka även all vård enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funk- tionshindrade) och vård av missbrukare.

Referenser

1. Grunewald K, Jacobsson L, Sandlund M, Markström U. Psykiatireformen var nöd- vändig! Läkartidningen 2004;101:307-8.
2. Dencker SJ, Wålander J. Psykiatireformen behöver reformeras. Läkartidningen 2003; 100:3883-4.
3. Östman O. Folkhälsoproblemet psykisk ohälsa underrepresenterat i svensk forsk- ning. Läkartidningen 2002;99:4742-6.
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
5. WHO. The World Health Report 2001. Genève: WHO; 2001.
6. Psykiatri – ett forskningsområde i kris. Vårdalnytt 2003;(3):4-5. <http://www.vardal.se/vnytt/3-03/index.html>