

# Psykiatrisk slutenvård – en kvarleva från mentalsjukhusens tid

Vi behöver en genomtänkt granskning av psykiatrins slutenvård, inte en ogenomtänkt utökning av slutenvårdsplatser som enbart kommer att vidmakthålla rådande missförhållanden. Vi behöver mindre enheter med fler och välutbildad personal, förändrade arbetsvillkor och ett nytt kompetensutvecklingsprogram för slutenvården, anser Filipe Costa.

Var och varannan dag framförs kritik av psykiatrins förmåga att ta hand om sina patienter. Kritiken riktar sig främst mot psykiatrins arbete med psykiskt långtidssjuka patienter i öppenvård.

Innan Psykiatrireformen genomfördes 1995 fick psykiatrin ensam klä skott för alla konstaterade missförhållanden. Nu får socialtjänsten ta emot en större del av kritiken, exempelvis för bristen på alternativa boendeformer, boendestöd, sysselsättnings- och utbildningsmöjligheter, träfflokaler m m.

Kritikerna utgår från det som syns öppet på våra gator och torg. De utgår från en verklighet som är en följd av att psykiskt funktionshindrade medborgare inte får det adekvata stöd de behöver för att kunna leva ett värdigt liv, utanför den psykiatriska institutionen. Frågan varför det förhåller sig så brukar inte leda till några djupsinniga analyser.

Dessvärre framförs alltid, som den allena saliggörande lösningen på problemen, en ökning av psykiatrins slutenvårdsplatser. Om man inte förmår lösa de problem som uppstår i en interaktion



**FILIFE COSTA**

verksamhetschef, chefsöverläkare, Psykiatri Södra i Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde filipe.costa@sll.se

»Efter Psykiatrireformen flyttades en del av psykiatrins gamla och olösta problem över till kommunen, och socialtjänsten har fått i uppdrag att förvalta resursbristen som rådde under många år i psykiatrin.«



Foto: Pressens Bild

mellan den psykiatriska patienten och övriga medborgare genom att stödja honom till en ökad autonomi och ett värdigare liv i frihet får man väl låsa in honom – dvs problemet – på institutionen! En standardlösning som upprepats som ett mantra de senaste tjugo åren.

Men en utökning av antalet slutenvårdsplatser, utan att de nuvarande förutsättningarna för psykiatrisk slutenvård granskas, kommer enbart att vidmakthålla en etiskt redan oförsvarbar situation.

**Sedan början av 1980-talet** har psykiatrin genomgått stora förändringar. Mentalsjukhusen lades ned. Sektoriseringen genomfördes från mitten av 1980-talet till och med mitten av 1990-talet.

Sektoriseringen var tänkt som något mer än en rent administrativ reform, som något mer än en förflyttning av psykiatrins resurser från gamla till nya byggnader. Den förutsatte något av en (vård-)kulturell revolution. Genom utflyttning av patienterna från mentalsjukhusen till sina respektive bostads-/upptagningsområden och genom att psykiatrin utvecklade nya arbetsmetoder, skulle sektorerna erbjuda ett bättre stöd i öppenvård åt alla sina patienter, i synnerhet de långtidssjuka.

Närheten (till patientens hemmiljö), kontinuitet (i arbetet med patienten) och helhetsperspektiv (patienten som medborgare) var vägledande begrepp för förändringsarbetet mot en mer samhällestillvärd psykiatri.

Av många skäl kom även sektorise-

ringen att misslyckas. Detta misslyckande blev anledningen till att Psykiatrireformen tillkom 1995, med ett förborgat hopp om att socialtjänsten skulle lyckas med det som psykiatrin hade misslyckats med i öppenvården.

**När sektoriseringen genomfördes** var det kraven på utveckling av arbetet i öppenvård som stod i fokus.

Mentalsjukhusen med sina enorma upptagningsområden, utan möjlighet att bedriva öppenvård över stora delar av (i det här fallet) Stockholms stad, fungerade i samhällets utkanter som stora slutstationer för allt slags mänskligt lidande som var svårhanterligt i patientens hemmiljö. Sjukhusen utgjorde snarare ett socialpolitiskt än ett medicinskt, terapeutiskt svar på patientens behov. Utifrån patienternas tillstånd och/eller tillgången på vårdplatser förflyttades patienterna kors och tvärs mellan sjukhusens olika kliniker och mellan varje kliniks olika avdelningar. Sjukhusen stod för avstånd till patientens hemmiljö, för slutenhet och otillgänglighet. De stod för fragmentering av patienten och diskontinuitet i arbetet. Detta drabbade både patienter och personal.

**Inför sektoriseringen** gjordes en omgruppering och omfördelning av befintliga slutenvårdsresurser till de nyinrättade sektorerna.

Från resurssynpunkt blev tillkomsten av två öppenvårdsmottagningar per sektor det enda verkligt nya med sektoriseringen. Denna konstruktion inspirera-

des av Nackaprojektet, som sedan 1974 hade drivit flera öppenvårdsmottagningar i Nacka och Värmdö. Projektet var dock enbart ett öppenvårdsprojekt utan ansvar för egen slutenvård.

Det var som om man förväntat sig att de nyinrättade psykiatriska mottagningarna skulle räcka till för alla former av öppenvårdsarbete inom en sektor.

Ekvationen gick aldrig ihop och gör det ännu mindre i dag.

Aldrig någonsin, vare sig före eller efter sektoriseringen, har psykiatrins resurser i slutenvården varit föremål för någon översyn. Den stora utmaningen, som varje ny sektorsledning ställdes inför, var hur det var möjligt att utifrån givna förutsättningar vidareutveckla sektorns slutenvård.

**Mentalsjukhusens kliniker** och avdelningar bemannades med ett visst antal mentalskötare och sjuksköterskor, som likt väktare med schemalagt arbete dygnet runt skulle vakta de inlagda patienterna så att lag och ordning följdes. De avlöste varandra, vid sina vaktposter inne på avdelningarna, fungerade som läkarens öron och ögon och samlade information om hur patienterna betedde sig. Det var svårt för personalen att utveckla en aktiv terapeutisk roll eller en kontinuitet i sina relationer till de intagna. Mentalsjukhusens förutsättningar, traditioner och kultur förflyttades mer eller mindre intakt in i sektorernas nyinrättade slutenvårdsorganisationer.

Mot bakgrund av de urusla grundförutsättningarna för slutenvårdsarbetet är det lätt att förstå varför sektoriseringen över lag kom att misslyckas.

**Om de decentraliserade sektorerna** skulle bli ett alternativ till mentalsjukhusens organisation krävdes det en enorm utveckling av öppenvården. Ingen sektor kunde klara sitt upptagningsområdes hela behov av olika typer av öppenvårdsinsatser genom enbart sina öppenvårdsmottagningar. Det krävdes att även slutenvårdens personal i likhet med mottagningarnas fick ett uppdrag i öppenvården. Så skedde, trots stora svårigheter, på en del socialpsykiatriskt utåtriktade sektorsorganisationer där det utkrävdes en stor flexibilitet och mångsidighet från medarbetarna i slutenvården. De skulle inte enbart bemanna sin enhet och utveckla en terapeutisk roll gentemot patienten utan även fungera som medresenärer i patientens liv utanför institutionen, efter utskrivning från slutenvården.

För att kunna leva upp till dessa krav och göra ett bra jobb utformades det på

vissa håll olika utvecklings- och utbildningsstrategier för befordran av slutenvårdspersonalen. Men för det mesta och av nöd förblev allt sig likt.

Efter sektoriseringen har grundförutsättningarna för detta snarare försämrats, då mentalskötutbildningen för några år sedan lades ner och »yrket« fick en ännu lägre status.

**»Yrket« som mentalskötare** finns i själva verket inte längre, och med facket's tysta medgivande får mentalskötarna en allt sämre professionell roll och identitet. En uppvärdering av skötarnas viktiga arbete samt möjligheter till en vidareutveckling av deras roller ligger helt i enskilda arbetsgivares händer.

Vi vet att upp till 40 procent av en psykiatrisk organisations arbetsstyrka utgörs av mentalskötare. Det ger en uppfattning om problemets proportioner och implikationer för patienterna, för de anhöriga och för organisationens kvalitativa utveckling. Detta uppmärksammas inte av intresseorganisationer, politiker, beställarorganisationer eller massmedierna trots att de ställer allt högre krav på ett gott och adekvat bemötande från psykiatrins sida. Ett bemötande som i högsta grad borde gälla även för de personer som behöver inläggning i slutenvården och just därför är i störst behov av ett omhändertagande av högsta kvalitet.

Utöver behovet av en ny personalpolicy och av en ny personalsammansättning finns det en viktig strukturell aspekt att beakta i en diskussion om slutenvårdens resurser. Det handlar om avdelningarnas storlek. Ett stort antal patienter och personal samlas på relativt sett små ytor utan möjlighet till avskildhet eller eget rum. Patienterna utsätts för fysiska och psykiska kränkningar på ett etiskt oacceptabelt sätt.

**Beställarorganisationen** utför nu i Stockholm en »beställarrevison« för att granska hur de psykiatriska organisationerna tillämpar och implementerar en rad antagna vårdprogram för olika diagnoser och tillstånd. Enligt vårdprogrammet för psykosjukdomar, som nu kommer att granskas, borde slutenvårdsenheterna vara dimensionerade för maximalt sex-åtta personer!

Detta är ett relevant förslag som skulle innebära en avsevärd kvalitativ förbättring både för de patienter som lider av psykosjukdomar och för den personal som arbetar med dem. Skulle beställarorganisationen stå för vad den själv anser vara lämpligt, skulle detta innebära i det närmaste en fördubbling av de

psykiatriska organisationernas aktuella budget.

Mindre enheter skulle innebära att ett mindre antal patienter och medarbetare knyts till varje enhet. Kommunikationen och överblickbarheten inom ett mindre system samt kontinuiteten i arbetet skulle avsevärt förbättras, med enorma terapeutiska vinster. För att inte tala om de unika förutsättningarna som skulle skapas för en samverkan med kommunen.

**Sektoriseringen blev en billig reform** med fokus i huvudsak på inrättande av öppenvårdsmottagningar och med en övertro på att dessa ensamma skulle kunna tillgodose en psykiatrisk organisations hela behov av öppenvårdsinsatser. Man insåg inte att slutenvården var en lika strategisk del av verksamheten. Man lät bli att ta itu med en reformering av slutenvården, vilket skulle ha kunnat förbättra villkoren för de långtidssjuka psykiatriska patienterna i både slutenvård och öppenvård.

Slutenvårdens låga status förklarar till en del misslyckandet med sektoriseringsexperimentet och i högsta grad psykiatrins aktuella svårigheter med att upprätthålla en öppenvårdsinriktning i god samverkan med kommunen. Efter Psykiatrireformen flyttades en del av psykiatrins gamla och olösta problem över till kommunen, och socialtjänsten har fått i uppdrag att förvalta resursbristen som rådde under många år i psykiatrin.

**Vad vi främst behöver** inom psykiatrin, när det handlar om slutenvården, är en genomtänkt granskning av de mänskliga och organisatoriska förutsättningarna för arbetet, inte i första hand en ogenomtänkt utökning av slutenvårdsplatser, som enbart kommer att vidmakthålla nuvarande situation. Vi behöver mindre enheter med fler och mer välutbildade mentalskötare, förändrade arbetsvillkor och ett nytt kompetensutvecklingsprogram för slutenvården.

Från vissa håll, och med goda avsikter, förespråkas ett införande av en vårdgaranti i syfte att förbättra situationen för brukarna. Men dessförinnan borde man granska de förutsättningar som psykiatrin förfogar över, för att adekvat bemöta efterfrågan sådan som den redan är.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)