

# Mer om vikten av »social ingenjörskonst« i psykiatrin

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bör främst ses som en vårdlag och inte som ett juridiskt instrument. Tvångsvården ska syfta till att patienten blir i stånd att frivilligt ta emot vården. Men tvång i öppenvården är ingen lösning på problemet med potentiellt farliga psykiskt sjuka.

Filipe Costa skriver i Läkartidningen 7/2007 [1] om vikten av social ingenjörskonst i psykiatrin på ett sätt som jag i allt väsentligt instämmer i. Det är ett perspektiv som tyvärr har tonats ned under de senaste 10–15 åren. De gamla mentalsjukhusen hade många inslag av just social ingenjörskonst som det är lätt att glömma bort, därför att det också fanns uppenbart negativa sidor i mentalsjukhusmodellen.

**Det positiva var** att mentalsjukhusen erbjöd en total miljö, i den meningen att man svarade för basala behov av bostad, mat, kläder, rutiner och ofta faktiskt ganska meningsfull sysselsättning. Jag var den siste chefläkaren på Umedalens sjukhus, som på sin tid var ett av de största mentalsjukhusen i Sverige, så jag tror att jag vet vad jag talar om.

Jag har också erfarenhet av att avveckla ett stort mentalsjukhus och försöka bygga upp alternativa vårdformer ute i samhället. Mentalsjukhusen tillhör en gången tid, och avvecklingen av mentalsjukhusen var en nödvändighet. Tyvärr blev inte alternativen så goda som hade varit möjligt, och det är

vårt att reflektera över – varför blev inte alternativen ute i samhället så goda som de skulle kunnat bli med hänsyn till den kunskap som redan då fanns?

**En god social struktur** är tveklöst en väldigt viktig mentalhygienisk faktor och särskilt viktig vid tillstånd där vi inte har någon bot. När det gäller den stora grupp som lider av schizofrena syndrom är det uppenbart så att vi inte botar någon med några av våra behandlingsmetoder. I den mån vi ser tillfrisknanden – eller återhämtning – torde det ha att göra med ett gynnsamt naturalförlopp som vi ännu inte har några riktigt goda kunskaper om.

Även i den gamla mentalsjukhusmiljön tillfrisknade folk och skrevs ut, även om vi har en föreställning om att de flesta blev kvar. Faktiskt var det inte så – men många blev också kvar, ibland livslångt.

På Umedalens sjukhus fanns, utöver en grundstruktur när det gäller dagliga rutiner, också en omfattande arbets- och socioterapiverksamhet. Det fanns skogsarbetslag som åkte ut och röjde skog. Det fanns utearbete som bestod i snöskottning på vintrarna och trädgårdsskötsel på somrarna. Det fanns arbete i kök och interna transporter. Det fanns verkstäder, bibliotek och en omfattande socioterapi, som inbegrep resor med patienter till fjällen och till och med till utlandet, men också till egna anläggningar vid havet.

**Detta var en slags social ingenjörskonst** som borde ha kunnat överföras ut i samhället. Problemet var att socialtjänsten som nu skulle ta över inte hade den kunskap som fanns i den gamla mentalsjukhusmiljön, men den var inte heller särskilt intresserad av att ta till sig den kunskapen.

Förvisso fanns det kommuner där man tidigt utvecklade den här typen av kunskaper, men på många håll har det varit väldigt trögt. Jag tror att det har att göra med att socialtjänsten har en annan grundfilosofi än den som sjukvården/mentalvården hade och har. Framför allt tror jag faktiskt att man grovt underskattade de funktionshinder som



Umedalen idag – den gamla administrationsbyggnaden och den »manliga sidan« av sjukhuset.

Foto: Lars Jacobsson

den här gruppen av människor har.

Det fanns en föreställning om att mentalvården låste in de här patienterna för ros skull, och fick de bara komma ut i egna lägenheter och sköta sig själva skulle de må mycket bättre. Jag menar att den här inställningen fortfarande finns på många håll inom socialtjänsten. Den kan starkt ha bidragit till att människor lämnas att leva i misär utan någon typ av sysselsättning eller arbete – inte minst därför att de erbjudanden man har är »frivilliga« och dessvärre ofta inte heller särskilt intressanta och lockande.

I stället för att beskylla psykiatrin för den situation som råder i dessa avseenden, borde kritiken mot »sammällsstrukturella, ekonomiska och kunskapsmässiga brister« riktas framför allt mot socialtjänsten, som inte har lyckats möta de behov som den här gruppen faktiskt har.

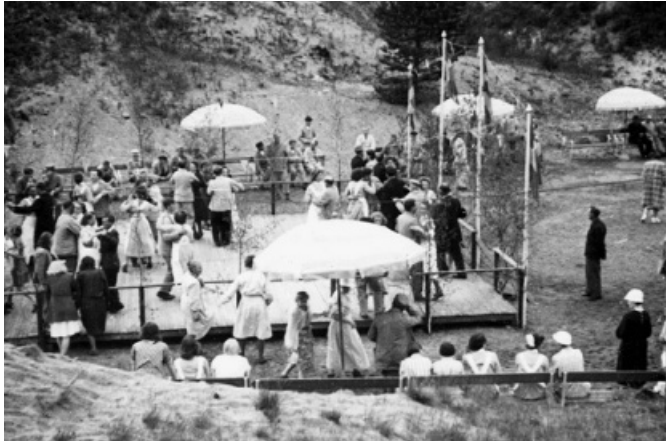
**Psykiatris problem** är bristande resurser – den som påstår att det handlar om kompetens och engagemang har fel. Det är så lätt att skylla på brister hos personalen när det faktiskt handlar om otillräckliga resurser. Psykiatrin vet nu mycket väl vad som skulle kunna göras men har inte en chans att göra det. Skälen till detta är många, och jag kan inte gå in på dem just nu.

Frågan om tvånget i psykiatrin har hamnat i fokus igen efter de spektakulära våldsbrott som psykiskt sjuka begått. Jag tillhör dem som menar att en möjlighet till tvång i öppenvård inte är lösningen på det problemet. Det kan vara ett litet bidrag, men det viktigaste är ett bättre omhändertagande från psykiatris



LARS JACOBSSON

professor, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
lars.jacobsson@psychiat.umu.se



Utöver de dagliga rutinerna förekom också sociala aktiviteter för patienterna vid Umedalens sjukhus – här ett midsommarfirande, sannolikt på 1940-talet.



I den socioterapeutiska sysselsättningen vid Umedalen ingick olika verksamheter i och kring sjukhuset. Bilden visar potatisplockning på Umedalens åkrar, med sjukhuset i bakgrunden.

Båda fotona: Forskningsarkivet, Umeå universitet

sida och mycket bättre stödresurser ute i samhället för den potentiellt farliga gruppen av psykiatriska patienter.

Jag har tidigare skrivit en hel del om tvånget, och jag delar uppfattningen att en hel del tvång skulle kunna undvikas om vi kunde erbjuda såväl en bättre vård och behandling som ett bättre omhändertagande ute i samhället. Framför allt för den grupp av personer som lider av schizofreni, och som »strular« när det gäller medicineringen, gäller det att försöka locka in dem i ett vård- och omsorgssammanhang som känns meningsfullt för dem.

**Om den psykiatriska vården och omhändertagandet ute i samhället skulle vara mera anpassat tror också jag att behovet av tvång skulle minska. Däremot tror jag inte att det skulle upphöra, och det har jag inte uppfattat att vare sig Johan Cullberg eller Filipe Costa anser.**

Det kan ju vara lärorikt att konstatera att man inom ramen för Nackaprojektet på sin tid faktiskt skrev fler vårdintyg inom sitt upptagningsområde än vad som hade skett dessförinnan [2]. Detta i sin tur berodde sannolikt på att man faktiskt upptäckte vårdbehov som tidigare hade negligerats när man kom närmare befolkningen. Det är alltså inte frågan om att inte tvång kan behöva tillgripas som är särskiljande, utan det handlar mera om i vilka situationer och i vilken omfattning.

Filipe Costa noterar att jag sätter upp ett »högre mål« – »rätten till vård är överordnad rättssäkerhetsaspekten«.

**»Det är så lätt att skylla på brister hos personalen när det faktiskt handlar om otillräckliga resurser. Psykiatrin vet nu mycket väl vad som skulle kunna göras men har inte en chans att göra det.«**

Jag skäms inte för detta, därför att rättssäkerhetsaspekter är kopplade till lagstiftning, och den är inte alltid adekvat. Rättstillämpningen kan också variera väldigt mycket beroende på vilken domstol och under vilken tidsperiod som en lag tillämpas.

Jag menar också att vi som psykiatrer faktiskt har en skyldighet både att tolka och att tillämpa lagstiftningen, och att det inte är självklart att en domstols tillämpning och tolkning är den för patienten/klienten bästa. Jag har hört fler än en domare sucka över den nuvarande LPT-lagstiftningen och särskilt permissionsreglerna, och hur man upplever sig tvingad att döma på ett sätt som är dåligt för patienten ifråga.

Rättssäkerhet är alltså något relativt, och jag skäms inte för att ifrågasätta att det är det högsta goda. Jag tycker att man ska försöka se till de enskilda människornas faktiska behov satt i relation till de reella möjligheter och resurser som står till buds.

Jag har också i andra sammanhang ifrågasatt synen på tvång som en »nödlösning« eller ett undantag. Jag tror att den synen komplicerar våra bedömningar. Det kan inte vara en »nödlösning« att se till att ge vård åt en människa som på grund av vanföreställningar låser in sig och långsamt svälter ihjäl eller som på grund av vanföreställningar blir aggressiv mot närstående. Det är inte ett »undantag«, utan det är naturligtvis en självklarhet att man ser till att sådana personer tas

om hand och behandlas, bl a med neuroleptika.

Filipe Costa tar också upp en avhandling som nyss lades fram vid Umeå universitet vid Socialt arbete och som belyser domstolsprocessen när det gäller tvångsvård [3]. Det finns metodologiska invändningar emot avhandlingen, men jag går inte in på dem. Däremot tycker jag faktiskt att det är bra att det i tvångsvårdsmålen »utvecklas en speciell terapeutisk kultur bland inblandade domare, psykiatrer, socialsekreterare och juridiska ombud«.

**Jag är alltså en av dem** som menar att tvångsvårdslagstiftningen ska ses i första hand som en vårdlag och inte som ett juridiskt instrument. Jag kan omöjligt tycka att det är fel att det utvecklas en särskild kultur i den här typen av ärenden.

Avsikten med lagstiftningen är att främja den enskildes hälsa och sociala liv. Det står också klart uttalat i LPT att tvångsvården ska syfta till att patienten blir i stånd att frivilligt ta emot vården. Det finns alltså inbyggt ett uppenbart vård- och behandlingsmotiv, och då är det väl rimligt att det också utvecklas en kultur som tillgodoser den typen av behov.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Costa F. Om vikten av »social ingenjörskonst« i psykiatrin. *Läkartidningen*. 2007;104:516-7.
2. Stefansson CG. A case register as a tool for studies in sectorised psychiatry [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1985.
3. Jacobsson M. Terapeutens rätt: Rättslig och terapeutisk logik i domstolsförhandlingar [dissertation]. Umeå: Studier i socialt arbete, Umeå universitet; 2006.