

Svenska Psykiatriska Föreningen

**SVENSK PSYKIATRI PÅ VÄG MOT 2000-TALET**  
en lägesbeskrivning

**Svenska Psykiatriska Föreningen**

**1992**

Svenska Psykiatriska Föreningen

# SVENSK PSYKIATRI PÅ VÄG MOT 2000-TALET

## 1. Introduktion

De psykiskt sjuka människorna är lika litet såsom någon annan grupp i samhället en amorf massa. Lika litet som de kroppssjuka utgör de någon enhetlig grupp. Deras behov av stöd varierar beroende av individernas egna resurser, på det naturliga sociala sammanhang de lever i, och beroende på sjukdomarnas olika natur. Behovet av stöd efter ett benbrott är inte det samma som behovet av stöd efter en hjärtinfarkt eller en multipel skleros. Behovet av stöd vid en ångestssjukdom är inte detsamma som vid en akut kris, en depression eller en schizofreni.

Det vore fullständigt absurt att planera som om de psykiskt sjuka vore en enhetlig grupp, utan kännedom om de psykiska sjukdomarnas olika förlopp och de olika typer av handikapp de ger upphov till. Kunskapen behöver inte alltid vara så djup eller sofistikerad, men de grundläggande begreppen måste vara klara.

Lika angeläget är det att veta när handikapp, arbetsförmåga och sjukdomssymtom uppstår på grund av att psykiatriens möjligheter inte tas tillvara (av organisatoriska eller ekonomiska skäl, eller beroende på bristande insikter), och när det beror på att psykiatrin ännu inte känner någon bot för dem. I det förra fallet gäller det att förebygga lidande och arbetsförmåga genom att se till att korrekt psykiatrisk behandling ges. I det senare gäller det att bygga upp stödresurser, som för vilka handikappade eller kroniskt sjuka som helst.

Den bredaste samlade kunskapen om de psykiskt sjuka i Sverige finns troligen i Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF), som organiserar omkring 1100 av landets psykiatrer. Vi har därför velat ställa vår kunskap till Psykiatriutredningens förfogande. Det är *inte* vår avsikt att lägga fram någon ny plan för hur psykiatrin bör organiseras - som en av våra medlemmar<sup>1</sup> uttrycker det, har ”sedan mitten av 1950-talet den ena psykiatriska sjukvårdsplanen avlöst den andra i detta land, under 1970-

---

<sup>1</sup>Claes-Göran Westrin, vid öppnandet av den nya psykiatriska kliniken i Västerås 1988.

talet i ett allt mer hektiskt tempo”. Däremot vill vi redogöra för vår syn på några problem som vi uppfattar som angelägna, och peka på några principer som vi anser bör gälla vid försök till lösning av problemen.

I det följande kommer att ges en kort översikt av psykiatrins utveckling under de senaste femtio åren. Den avslutas med en beskrivning av de aktuella problemställningarna. Därefter diskuteras några patientgruppers speciella problem (de långtidspsykotiska, de unga självmordsbenägna, de ångestsjuka, de mycket gamla, missbrukarna, de förståndshandikappade, de HIV-smittade). Slutligen identifieras några strukturproblem inom den psykiatriska vården.

Lägesbeskrivningen bygger på diskussioner inom SPF:s styrelse, vid föreningsmöten och med enskilda medlemmar under åren 1987-1989. Den har sammanställts av Marie Åsberg (ordf) i samråd med styrelsen (Wolfgang Rutz, Lennart Bogren, Karl-Otto Svärd, Gunnar Kullgren, Kerstin Malmcrona).

## **2. Psykiatri i Sverige: De senaste 50 åren**

Finns det något farligare än historielöshet för den som skall planera klokt för framtiden?

Inom psykiatri har många av dagens problem sina rötter långt tillbaka i tiden, och organisationsformer och behandlingar har ofta en mycket längre historia än deras tillskyndare vill tro. Miljöterapeutiska principer, som på 1960-talet lanserades som en nyhet, beskrevs t ex utförligt i italiensk, fransk och engelsk psykiatri vid sekelskiftet 17-1800. Under 1800-talets mitt utkämpades en långvarig och uppslitande strid mellan “somatiker” och “psykiker” i tysk psykiatri, som har många likheter med 1970-talets strider mellan “biologisk” och “dynamisk” psykiatri. Det terapeutiska samtalsvärdet som behandlingsform var känt under förkristen tid och beskrevs av kristna, judiska och arabiska läkare under medeltiden. Antikens filosofskolor har drag gemensamma med våra dagars psykoterapiinstitutet. Den yngsta av dagens psykiatriska behandlingsformer är faktiskt de moderna psykofarmaka, vilket möjligen kan förvåna den som följt massmediaversionen av de senaste decenniernas psykiatridebatt, där läkemedelsterapi ibland framställts som en föråldrad behandlingsform.

Av dessa skäl har vi tillåtit oss att börja vår lägesbeskrivning med en kortfattad historik över utvecklingen inom svensk psykiatri under det senaste halvsekle.

## 2.1. 1930-tal - psykoanalysen kommer till Sverige

Rötterna till dagens svenska psykiatri kan spåras långt tillbaka i tiden - vissa av landskapslagarna innehåller t ex föreskrifter om vem som pliktar för brott som begås av "avvita man" (dvs den som är "från vettet"). En modernare historisk exposé kan dock med fördel börja under 1930-talet, då de psykoanalytiska tankegångarna på allvar trängde in i Sverige. 1934 bildade Alfhild Tamm den svenska Psykoanalytiska Föreningen (Svenska Psykiatriska Föreningen bildades 1905), samma år grundades Ericastiftelsen och 5 år senare grundades S:t Lucasstiftelsen. Psykoanalysen är faktiskt den äldsta av de specifika behandlingsformer som fortfarande används inom psykiatrin.

Förutom hos författare och konstnärer, väckte de psykoanalytiska tankegångarna främst intresse hos vissa privatpraktiserande psykiatrer, invärtesmedicinare och neurologer. För dem som vårdades på sinnessjukhusen hade psykoanalysen däremot föga att erbjuda, varken i Sverige eller i andra länder.

På sinnessjukhusen bestod behandlingen av en variant av miljöterapi, där ordning och struktur betonades. Arbetsterapi var väsentlig och bidrog dessutom till sjukhusets försörjning. Oroliga patienter kunde fasthållas med tvångsmedel av olika typ (tvångströjor, bälten, spänntäcken) eller behandlas med långbad. Lugnande och dämpande läkemedel, t ex barbiturater, skopolamin, brom och opium användes, men hade ett mycket begränsat värde. Malariabehandling gavs i viss utsträckning till dem som led av senstadier av syfilis, vilket var en vanlig orsak till psykisk sjukdom innan penicillinbehandlingen blev allmän.

För utskrivna patienter fanns en *hjälpverksamhet*, dit även patienter som aldrig varit intagna kunde vända sig. Den första "polikliniken" för psykiskt sjuka öppnades i Stockholm 1917. Hjälpverksamheten byggdes successivt ut under kommande decennier.

## 2.2. 1940-tal: Elbehandlingen

På 1940-talet infördes elbehandlingen i svensk psykiatri, mycket kort efter att dess effekt upptäckts i Italien 1938. Till en början användes behandlingen ganska urskillningslöst vid de olika psykiatriska sjukdomarna, men under 1950-talet etablerades det indikationsområde som gäller än i dag, nämligen de djupa melankolierna och vissa andra akuta psykotiska tillstånd. Mycket tack vare svenska forskares insatser har tekniken att ge elbehandling förbättrats, så att den idag kan

## Svenska Psykiatriska Föreningen

sägas vara den effektivaste och skonsammaste behandlingen vid de djupa melankolierna.

Insulinomabehandling användes framför allt på nyinsjuknade schizofrena. Till skillnad från elbehandlingen var insulinomabehandlingen (där patienten genom insulininjektionen försattes i ett tillstånd av medvetlöshet som hävdes med sockertillförsel) långt ifrån ofarlig, och den övergavs helt när de moderna psykofarmaka infördes.

Lobotomi prövades också under 1940-talet, men behandlingsformen övergavs på 50-talet.

Under trettio- och fyrtioåret började psykiatriska kliniker byggas i anslutning till lasaretten, i första hand vid universitetssjukhusen (Lund, Karolinska sjukhuset). Den första landstingskliniken öppnade 1948 i Linköping. De första klinikerna byggdes som mentalsjukhus i miniatyr med därtill ägnad inredning (t ex golvfasta sängar i vissa rum), men ganska snart koncentrerades vården på lättskötta psykiskt sjuka som kunde vårdas utan tvångsmedel. Paramedicinsk personal började i tilltagande utsträckning knytas till sjukhusen, t ex kuratorer. Den öppna vården (hjälpverksamheten och poliklinikerna) byggdes successivt ut.

Dåtidens psykiatrer arbetade aktivt på att avdramatisera inställningen till psykiska sjukdomar och hävdade att det inte fanns någon principiell skillnad mellan kroppslig och själslig sjukdom.

För de många patienter som inte längre var i behov av vård på sinnessjukhus, men som ännu inte kunde klara sig på egen hand och inte hade familjer att vända åter till, använde man sig av *familjevård*. De psykiskt sjuka ackorderades in i familjer, vanligen hos lantbrukare, som mot en mindre summa svarade för deras omvårdnad. Det fanns också större hem, "av pensionatstyp", som kunde ta in mot ett tiotal patienter. Familjevården var i olika grad utbyggd i olika delar av landet. På vissa ställen fungerade den mycket väl, på andra var bönderna ovilliga att ta emot inackorderingar. Som centrum för verksamheten och som en sorts "sluss" fanns ofta centrala familjevårdshem som tog emot 20-30 patienter.

### **2.3. 1950-tal: Den psykiatriska revolutionen - läkemedelsbehandling av psykoser och depressioner**

Under 1950-talet upptäcktes de läkemedel som skulle komma att medföra den stora revolutionen inom psykiatrin, i första hand de antipsykotiska medlen. Föregångaren klorpromazin (Hibernal®) upptäcktes i Frankrike 1952 och inom loppet av några år hade klorpromazin och dess kemiska släktingar spritt sig över världen. Många långtidspsykotiska patienter kunde skrivas ut från mentalsjukhusen, "stormavdelningarna" kunde stängas och stämningen och behandlingsoptimismen på sjukhusen förändrades i en mycket positiv riktning. Sedan sekelskiftet hade trenden varit att antalet intagna på mentalsjukhusen stadigt ökats, men denna trend bröts nu och vändes i sin motsats. Till en början prövades de antipsykotiska medlen på i stort sett alla tänkbara indikationer och de användes oskickligt och överdrivet på många håll. Det är först under det senaste decenniet som de neuroleptiska medlen har funnit sitt bestämda indikationsområde (väsentligen psykotiska tillstånd) och som man kunnat rekommendera lämpliga dosnivåer. Att det tagit så lång tid har säkert sammanhängt med den långsamma metodutvecklingen vad gäller behandlingsvärdering inom psykiatrin.

Fyra år efter klorpromazinets upptäckt fann en schweizisk forskare att dess kemiska släkting, imipramin (Tofranil®) kunde bota depressioner av melankolisk typ. Detta ledde efter ett antal år till att de flesta depressionerna behandlas i öppen vård, ofta av icke-psykiatrer.

#### **2.4. 1960-tal: Profylax mot manisk-depressiv sjukdom, ångestlindrande läkemedel**

Under 1960-talet kunde man definitivt visa att behandling med litium förebyggde återinsjuknande i manisk-depressiv sjukdom. Människor som tidigare måst tillbringa år av sina liv i maniska eller depressiva episoder, ofta under tvångsvård, kunde nu leva ett helt normalt liv under förutsättning att de behandlades med litium. Litiumbehandlingen ger vanligen få biverkningar, men förutsätter kontinuerlig specialistövervakning eftersom medlet har ett smalt dosintervall och kan vara toxiskt vid överdosering.

Under 1960-talet skedde också en fortsatt utveckling av nya psykofarmaka av liknande natur som klorpromazin och imipramin. Av stor praktisk betydelse var att neuroleptika framställdes i depåform, vilket gjorde att de patienter som behövde underhållsbehandling för att inte återinsjukna i psykos kunde få en injektion varannan vecka i stället för att behöva ta tabletter varje dag.

Under samma tid utvecklades effektiva ångestlindrande läkemedel av bensodiazepintyp (Valium<sup>®</sup>, Sobril<sup>®</sup> och liknande). Dessa medel har framför allt fått sin användning inom allmänmedicinen, där de uppskattats för sina lugnande effekter och sin låga toxicitet. Även inom psykiatrin har de varit till hjälp för tillfällig ångestlindring, medan de inte på samma sätt som de anti-psykotiska och antidepressiva läkemedlen kunnat erbjuda effektiv bot. Till skillnad från de senare medlen har bensodiazepinerna också medfört beroendeproblem.

Beroende av lugnande medel tycks ha förekommit så länge lugnande medel använts. Bromism och beroende av barbiturater var välkända företeelser redan på 30-talet. Denna typ av beroende är idag ovanlig, eftersom medlen väsentligen ersatts av bensodiazepiner. Beroendeproblematiken för bensodiazepinerna tycks snarast vara mindre än för tidigare medel, men beroendet tycks vara i någon mån av en annan natur.

Under den senare delen av 1960-talet började tankegångar från den amerikanska mentalhälsorörelsen tränga in i Sverige, och man började planera för reformer av den psykiatriska vården. Lasarettskliniker hade i ökande utsträckning byggts upp, och röster höjdes nu för att all psykiatrisk vård skulle bedrivas vid sådana kliniker.

## **2.5. 1970-tal: Vården omorganiseras**

Under 1970-talet drogs konsekvenserna av den psykofarmakologiska revolutionen. Omsättningen av patienter hade blivit större och vårdtiderna kortare, och de flesta psykiskt sjuka kunde vårdas utan några tvångsmedel av gammaldags sort. Runt om i världen organiserades psykiatrin om, först i Förenta staterna, sedan i Västeuropa, oftast efter den modell som i Sverige kommit att betecknas som sektorisering.

Redan 1967 hade landstingen tagit över ansvaret för den psykiatriska vården från staten, som i sin tur tagit över den från kyrkan 400 år tidigare. Staten som huvudman hade sedan 1700-talet haft ambitionen att koncentrera vården på hospitalen till stora centralenheter som reserverades för de psykiskt sjuka. Nu blev ambitionen den motsatta, att splittra upp de stora institutionerna till förmån för små, decentraliserade enheter där patienterna kunde erbjudas en mänskligare vård. Processen möjliggjordes av psykofarmakas tillkomst, som sannolikt var orsaken till att antalet intagna på mentalsjukhusen började sjunka redan under 1960-talet. Under de följande decennierna blev denna nedgång allt brantare, delvis också beroende på att demensvården flyttades från psykiatrin till långvården.



## Svenska Psykiatriska Föreningen

Samtidigt ökade intresset kraftigt för psykoterapeutiska behandlingsformer. Den farmakologiska behandlingen hade frigjort möjligheter, men också visat på behovet av andra rehabiliterande åtgärder.

Intresset för psykoanalys och annan psykoterapi blomnade åter upp, utbildningsgångar organiserades och fick statligt stöd. Värdet av psykoterapi vid olika kristillstånd betonades, och en tidig kristerapi eller en mer djupgående psykoterapi troddes ofta kunna förhindra utveckling av allvarigare psykisk sjukdom (något som dock ej kunnat visas empiriskt). Den akademiska psykiatrin, liksom mentalsjukhusens psykiatrer, kritiserades häftigt såväl av yngre kollegor som i dagspressen och andra media för sin bristande förståelse för psykodynamiska tankegångar och sin kritiska hållning till psykoterapiernas värde som behandling.

Nya personalkategorier engagerades. En ny yrkesgrupp, de kliniska psykologerna, gjorde sitt intåg i psykiatrin och kom att svara för mycket av de psykoterapeutiska ansatserna.

1970-talets början karakteriserades av splittring, debatt och polarisering inom psykiatrin. Biologisk psykiatri ställdes mot psykologiska modeller, akademisk psykiatri ställdes mot lasarettpsykiatri, forskning mot klinik, psykoterapi mot farmaka, öppenvård mot slutenvård. En samhällsorienterad psykiatri började träda fram och profilera sig mot den individorienterade psykoterapin. Mot slutet av decenniet började konturerna av ett nytt samförstånd bli urskiljbara.

### **2.6. 1980-tal: Sektorisering på gott och ont. Nya behandlingsformer växer fram, och diagnostiken får nytt liv**

Under 1980-talet genomfördes den omorganisation av psykiatrin som planerats under 70-talet, inte utan födslovändor. Det visade sig t ex att vården av de långtidssjuka psykotiska patienterna som skrivits ut från mentalsjukhusen krävde långt större insatser än man kanske anat.

De långtidssjuka blev naturligtvis inte friska av att mentalsjukhusen började slå igen. Antalet patienter som är i behov av en given grad av tillsyn förändras inte av administrativa förändringar eller indragningar av mentalsjukhusplatser. Den populära föreställningen om att det är tillgången till hjälp som skapar hjälpbehovet visar sig vara ganska ihållig vid närmare granskning.

## Svenska Psykiatriska Föreningen

Trots psykofarmakologisk och psykoteraeutisk behandling kom nya kroniker till. För en del av dem komplicerades den psykotiska sjukdomen av narkotikamissbruk. Livskvaliteten hos dem som skrivits ut från sjukhusen lämnade ofta mycket övrigt att önska, och många ifrågasatte om isolering i en egen lägenhet verkligen var att föredra framför mentalsjukhusets påtvingade gemenskap. I och med att patienterna skrevs ut, kom ansvaret för deras sociala situation att falla på oförberedda och ibland skrämda och motvilliga kommuner med ofta dålig insikt och kompetens för att tackla de problem som sjukvården tidigare hanterat.

Arbetet inom psykiatrin organiserades i team liknande dem som funnits i barnpsykiatrin i många decennier. Det medicinska ansvaret bars av en läkare, men den direkta patientkontakten kunde delegeras till psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, mentalskötare eller andra medlemmar av det psykiatriska vårdlaget. Sjuksköterskor och mentalskötare fick ta ett betydligt större självständigt ansvar än vad de tidigare gjort, och utan deras insatser i den öppna vården hade utslussningen av de långtidssjuka schizofrena från mentalsjukhusen förblivit en utopi.

Delegationssystemet har således medfört fördelar och möjlighet till utveckling både för patienter och personal. Samtidigt har det ibland medfört uppenbara nackdelar, framför allt när mindre välutbildad personal har de första kontakterna med nyanmälda patienter. Det är ett vanligt klagomål i dagens psykiatri att patienterna aldrig får träffa någon doktor. Vi anser detta system vara felaktigt. Varje nytilkommen psykiatrisk patient bör i princip bedömas av en specialist så tidigt som möjligt, för att undvika dröjsmål i upprättande av en adekvat behandlingsplan.

Teamarbetet har således tillfört den psykiatriska vården nya dimensioner. Det har också medfört ett behov av utbildning och utveckling av nya samarbetsformer, behov som ännu är långtifrån tillgodosedda. Det stora utbildningsbehovet har dessutom bidragit till att skapa en snårig marknad för utbildningar som ibland har varit mer ideologiska och mindre sakliga än önskvärt vore.

På många sätt innebar arbetet i vårdlag en rationalisering, men samtidigt ökade det administrativa och kommunikativa arbetet. Många psykiatrer som skaffat sig kvalificerad psykoteraeutisk utbildning frustrerades av att inte få användning för den, och övergav sektorspsykiatrin. Detsamma gjorde många psykiatrer som inte tyckte sig få användning för sina kliniska kunskaper, utan kände sig reducerade till "spökskrivare" av recept och intyg för de alla de medarbetare som inte hade rätt utfärda sådana. Rekryteringen till psykiaterbanan, som alltid varit ett problem,

## Svenska Psykiatriska Föreningen

försämrades av det föregående decenniets fejder och konflikter och av missnöjet med läkarnas ställning i de psykiatriska teamen.

Den drastiska reduktionen av antalet vårdplatser medförde att de kvarvarande sjukhusavdelningarna ofta måste överbeläggas och att vårdmiljön försämrades kraftigt, speciellt på storstadsklinikerna. Enligt Socialstyrelsens principprogram skulle mentalsjukhusen ersättas av små, väl bemannade behandlingshem, men i det ekonomiska läge som under 80-talet inträtt inom den offentliga sjukvården saknade många landsting budget för sådana hem, med påföljden att "bag ladies" av amerikansk modell började uppträda i svenska städer.

Medan dessa negativa sidor av sektoriseringen ofta varit uppenbara för allmänheten, har ett positivt uppbyggnadsarbete också skett i det tysta. De öppna sektorsmottagningarna har på många håll gjort ett utmärkt arbete som bidragit till att reducera belastningen på sjukhusens akutmottagningar. På många håll finns nu fungerande behandlingshem, arbetskooperativ, half-way houses och liknande aktiviteter som ofta kommit tillstånd genom ett utomordentligt självuppoffrande arbete av de psykiatriska teamen. De landsting som inte haft något gammalt mentalsjukhus att ta över, har i vissa avseenden haft en gynnsammare utgångssituation. Nedläggningen av mentalsjukhus har visat sig innebära stora omställningar inte bara för patienterna, utan också för de psykiatriska vårdarbetarna.

Under 1980-talet har ytterligare några kroniskt sjuka patientgrupper fått se sin situation förbättras genom utveckling av nya behandlingsmetoder. Detta gäller framför allt vissa kategorier av kroniska ångestsjukdomar där läkemedelsbehandling visat sig vara mycket effektiv, gärna i kombination med den typ av psykoterapi som kallas beteendeterapi. Dessa patienter vårdas sällan på sjukhus annat än under kortare perioder. Däremot har många av dem förtidspensionerats, en utveckling som alltså kan undvikas om behandling sätts in i tid.

Inom psykoterapiområdet har utvecklingen gått mot kortare och mer fokuserade behandlingar. Den kognitiva psykoterapin har inneburit en behandling som visat sig väl så effektiv som läkemedel vid lindrigare depressioner, och som sannolikt har mycket att ge vid vissa ångestsyndrom och i rehabiliteringen av psykotiska patienter. Utbildning i kognitiv psykoterapi förväntas inom kort bli legitimationsgrundande på samma sätt som psykodynamisk behandling, beteendeterapi och familjeterapi.

Under senare delen av 1980-talet har vi också bevittnat en pånyttfödelse av intresset för psykiatrisk diagnostik. Ett amerikanskt diagnossystem, DSM-III, har

översatts till svenska och mer än hälften av samtliga svenska psykiatrer har fått undervisning i systemet. Intresset för kriteriebaserad diagnostik hänger säkert ihop med att det nu finns så många olika behandlingar vid psykiska sjukdomar, och att diagnostiken är nödvändig för att man skall kunna välja rätt behandling. Intresset beror också på att det behövs en enhetlig och väldefinierad terminologi för de olika medlemmarna av de psykiatriska teamen skall kunna informera varandra om patienterna, utan alltför många missförstånd. I bakgrunden skymtar naturligtvis också den amerikanska modellen för sjukförsäkring med en diagnosrelaterad ersättning.

### **3. Vad kan vi vänta oss av 90-talet?**

#### **3.1. Utvecklingslinjer i klinisk svensk psykiatri**

Svenska Psykiatriska Föreningen har av naturliga skäl en strategisk position vad gäller att se de utvecklingslinjer som leder in i 90-talets psykiatri. Det finns en klar oro bland våra medlemmar för utvecklingen i den psykiatriska vårdorganisationen. Tyvärr tycks det vara så att när ett samhälles villighet att satsa ekonomiskt på sina svagare medlemmar avtar, så är det i första hand de psykiskt sjuka som sätts på undantag. En halvfärdig psykiatrisk revolution som avbryts på grund av brist på pengar kan bli katastrofal för de patienter vi har ansvar för.

Å andra sidan finns bland dagens psykiater en påtagligt optimistisk stämning rörande psykiatrins utveckling. Bland de frågor som för närvarande diskuteras livligt bland våra medlemmar har vi bedömt vissa vara av särskilt intresse för framtiden, nämligen frågor om psykiaternas *professionalism och kunskapsutveckling*, om psykiatrins *avgränsning*, och om *synen på våra patienter*, som passiva vårdtagare eller aktiva uppdragsgivare.

##### **3.1.1. Professionalism och vidareutveckling**

Om det finns något enstaka begrepp som karakteriserar debatten bland psykiaternas idag, så är det förmodligen uttrycket *professionalism*. Efter 70-talets populistiska ideal där alla medlemmar av det psykiatriska arbetslaget skulle vara mer eller mindre utbytbara, har det fötts ett behov hos alla de ingående yrkeskategorierna att definiera och avgränsa sitt eget kunskapsområde.

Detta har ibland lett till konflikter mellan de olika professionerna. Det har funnits tendenser att vilja mota in läkarna i det område av psykiatrin som kallats biologiskt,

där den medicinska utbildningen är en nödvändig förutsättning. Läkarna har naturligt nog värjt sig mot att bli uppfattade som specialister enbart på den biologiska delen av psykiatrin. Även om psykiatern är den ende som behärskar den psykofarmakologiska behandlingen, har han även i övrigt en bredare utbildning än de övriga medlemmarna av det psykiatriska teamet. I den moderna medicinarutbildningen ingår nämligen såväl medicinsk psykologi som socialmedicin och även en utomordentligt omfattande direkt patientkontakt under många år före legitimationen. Det är bl a denna bredd i utbildningen som gör att psykiatrerna insisterar på att psykiatrin är en medicinsk specialitet som skall ledas av läkare. Samtidigt är utbildningen i ledarskap en svag punkt i medicinarutbildningen.

Det psykiatriska kunskapsområdet är omfattande, och utvecklingen är snabb. Det finns ett behov av löpande vidareutbildning inom området. Den psykiatriska specialistexamen som f n planeras och som planeras starta under 1991 är en annan väg att höja psykiaternas kompetens, som tagits emot mycket positivt av SPF:s medlemmar. Det finns dock ett stort och otillfredsställt behov av formaliserad vidareutbildning även efter specialistexamen.

Medan möjligheten att få vidareutbildning och handledning i psykoterapi f n är relativt väl tillgodosedda, har vidareutbildning i psykofarmakologi hittills saknats nästan helt (utöver vad olika läkemedelsföretag kan ha arrangerat). Detta är egentligen en bizarr situation, eftersom till och med de sektorskliniker som explicit strävar efter ett psykodynamiskt arbetssätt (t ex experimentverksamheten i Nackasektorn i Stockholm) visar sig behandla mindre än 10 procent av patienterna med psykoterapi och mer än 50 procent med läkemedel.

Det finns ingen möjlighet för en och samma person att till fullo behärska alla de behandlingsmetoder som idag står till buds för de psykiskt sjuka. *Subspecialisering* kommer sannolikt att bli nödvändig inom loppet av något decennium. Internationellt är detta på gång i många länder, t ex USA.

Det kommer säkert alltid att finnas ett behov av psykiatriska "generalister" som står i första linjen i den öppna vårdens kontaktyta mot allmänheten. Behovet av psykiatriska konsultationer inom t ex socialtjänsten är också utomordentligt stort. Men det behövs i lika hög grad specialister. En psykiatrisk husläkarmodell, där en och samme sektorspsykiater behärskar samtliga psykiatriska tekniker, är orealistisk och kan inte leda till annat än att majoriteten av patienterna får en sämre behandling än vad som vore möjligt med ett differentierat behandlingsutbud. Generalisten klarar helt enkelt inte av att samtidigt vara expert på behandling av anorexia nervosa,

litiumprofylax vid manisk-depressiv sjukdom, elbehandling av melankoli, behandling av "terapiresistenta" psykoser, psykoterapi med borderlinepatienter och rehabilitering av kroniska schizofrena (för att bara nämna några specialområden). Lika litet kan en invärtes medicinare vara specialist på hjärta, mage-tarm och endokrina körtlar samtidigt med någon grad av trovärdighet.

### **3.1.2. Psykiatrins gränser - skall livsproblem eller psykisk sjukdom vara psykiatrins ansvarsområde?**

Till grund för den psykodynamiska psykiatrin ligger psykologiska modeller för hur friska människor fungerar. Det har under hela vårt sekel funnits en tendens att med utgångspunkt från psykodynamiska modeller för mänskligt beteende förorda en användning av psykiatriska tekniker i preventivt syfte (alltifrån "fri barnuppfostran" till professionell kristerapi för den som råkat i olycka) eller för att hjälpa människor till "självförverkligande". Det humanitära engagemang som ligger bakom sådana ansatser är omisskännligt. Samtidigt ser många moderna psykiatrer det som en stor fara för specialiteten om psykiatrin tänjs ut till att omfatta alla mänskliga livsproblem. I vissa länder, t ex Förenta staterna, har man sett hur psykiaternas inriktning på människor med livsproblem och lättare psykiska störningar tenderat att undandra de svårast psykiskt sjuka en kvalificerad psykiatrisk vård.

När behovet av mänskligt stöd och meningsfull gemenskap frustreras uppstår psykisk smärta och kroppsliga symtom. Människor med ett sådant lidande har ofta ingen annanstans att vända sig än till sjukvården, och uppfattar inte sällan sina upplevelser som sjukliga (smärtan och symtomen talar ju för det). De söker en allmänläkare eller kroppsläkare, som vanligen lätt identifierar orsakerna som icke sjukliga.

I detta läge uppstår regelmässigt problem. Patienten som får veta att hans besvär är "psykiska" känner sig kränkt och missförstådd, läkaren känner sig handfallen och kanske börjar fundera över remiss till psykiater. Psykiatrin har av tradition haft ett större intresse för mellanmänskliga relationer och sociala problem än den övriga medicinen, och uppfattas därför som mer lämpad att ta hand om dessa människor.

Enligt vår uppfattning hör inte heller dessa problem till psykiatrins ansvarsområde. Psykiatrisk konsultation kan vara högst relevant och nödvändig i vissa fall, eftersom gränsen mellan psykisk sjukdom och livsproblem inte alltid är lätt att urskilja, men principiellt hör problemen i lika stor utsträckning hemma inom alla medicinska discipliner (möjligen med undantag för patologi och laboratorieverksamhet).

## Svenska Psykiatriska Föreningen

Att många människor vantrivs med sin livs- och arbetssituation är dock inte primärt ett medicinskt problem, även om det inte kan undvikas att sjukvården måste hantera problemet när det uppstår, eftersom den olyckliga människan har så få andra instanser att vända sig till.

Ett bra omhändertagande av dessa människor förutsätter engagemang och medmänsklighet hos vårdgivaren. Det förutsätter också någonting som är betydligt mer sällsynt och dyrbart, nämligen gott om tid. En viss kännedom om psykoterapeutiska tekniker kan också vara en tillgång.

Det torde ha framgått att vi inte anser att psykoterapeutiska tekniker enbart hör hemma i psykiatrin. Psykoterapeutiska tekniker kan och bör användas inom många andra områden än det medicinska (t ex missbruksvård, kriminalvård, omsorgsvård, personalutveckling), och inom många andra medicinska discipliner än psykiatrin (t ex vid krisreaktioner i samband med somatiska sjukdomar, inom socialmedicin och allmänmedicin). Att det finns också ett behov av psykosocialt stöd och psykoterapeutisk "friskvård" i vårt samhälle är ovedersägligt.

De moderna psykoterapierna har dock primärt utvecklats för behandling av psykiska störningar, och de har fortfarande sitt viktigaste indikationsområde inom psykiatrin. Därför är det nödvändigt att utbildningen av psykoterapeuter ger en god förtrogenhet med den medicinska referensramen.

### **3.1.3. Paternalism eller konsumerism**

Det finns en mycket tydlig tendens i dagens medicinska vård att överge äldre, paternalistiska uppfattningar av patienten som en passiv och förhoppningsvis tacksam mottagare av en välvillig men ofta obegriplig vård och behandling. Tendensen kan spåras i utvecklingen av de internationella medicin-etiska koderna, och avspeglas också i den svenska hälso- och sjukvårdslagen.

I den psykiatriska vården ligger paternalistiska attityder nära till hands, speciellt gentemot patienter som vårdas mot sin egen vilja och som uppenbarligen är oförmögna att ta vård om sig själva. De kan komma till uttryck på många olika sätt, ibland mycket subtila sådana, som t ex när mycket arbete läggs ned på att "motivera" patienten för en terapi som han inte önskar, eller när man försöker hindra patienter att göra saker som de vill göra fastän de vet att de är farliga ("det kärleksfulla tvånget").

Även psykiatrin är på väg från paternalismen, vilket de flesta psykiatrer hälsar med tillfredsställelse. Den psykiatriska etiken förutsätter att vård ges med tvång endast när det kan förutsättas att patienten kommer att ge sitt (retrospektiva) medgivande till den när han blir frisk. Därför är tvångsvård vid personlighetsstörningar liksom psykiatrisk tvångsvård på social indikation utomordentligt tveksamma ur etisk synpunkt, medan tvångsvård vid psykoser kan vara nödvändig och livräddande. Vi ser det som positivt att förslaget om ny lag för psykiatrisk tvångsvård också ger uttryck för denna inställning. Vi är smärtsamt medvetna om hur lätt det är för den som dagligen hanterar tvångsmedel att bli blind för den oerhörda kränkning de innebär för den enskilde individen.

Ett annat tecken på att psykiatrin är på väg från den paternalistiska hållningen är den ändrade attityden till patienternas anhöriga. Enligt många psykologiska teorier härrör psykiska störningar hos vuxna människor från störda känslomässiga relationer under barndomen. Uttryck som "schizofrenogena mödrar" användes flitigt för 10-20 år sedan, och teorier om specifika psykosframkallande familjestrukturer lärdes ut i medicinar- och psykologutbildningen. Sådana modeller har ibland applicerats på ett förgrovat och för de anhöriga kränkande sätt. Det har emellertid visat sig att någon empiriskt stöd för dess resonemang inte finns, och därmed har inställningen lyckligtvis ändrats.

Speciellt positivt är att även de psykiskt sjuka och deras anhöriga börjat sluta sig samman i intresseföreningar, som Intresseföreningen för schizofreni (IFS), Riksföreningen för efterlevandestöd efter självmord (REST) och den nybildade föreningen för patienter med tvångssyndrom. Samarbetet och samförståndet mellan psykiatrin och de föreningar som inriktat sig på enhetliga diagnosgrupper har hittills varit mycket konstruktivt.

En annan nyhet är det "psykoedukativa" arbete som börjat utföras i samarbete mellan psykiatrin och patienter och anhöriga. Ren undervisning är ofta en nödvändig förutsättning för att patienter och anhöriga skall förstå sjukdomens natur och förlopp och kunna förhålla sig på bästa möjliga sätt. Här kan diverse tekniska hjälpmedel visa sig vara mycket användbara, bl a enkla skalor och instrument (egenbedömningar) som tillåter patienterna att själva hålla kontroll över sitt tillstånd och ha möjlighet att söka hjälp och ändra ev medicinerings vid behov. En sådan egenkontroll har ju visat sig fungera alldeles utmärkt vid kroppsliga sjukdomar, som diabetes, och man skall absolut inte underskatta många psykiatriska patienters förmåga att göra samma sak.



### 3.2. Vart är forskningen på väg?

De verkligt stora förändringarna i de sjuka människornas situation har i allmänhet kommit till stånd genom tekniska framsteg. Även om psykiatrin i större utsträckning än kanske någon annan medicinsk disciplin använder sig av den mänskliga kontakten i sitt terapeutiska arbete, gäller principen om de tekniska framstegens betydelse även oss. Detta framgår mycket tydligt av den psykofarmakologiska revolutionen, som ju under ett decennium åstadkom en större förändring för de psykiskt sjuka än vad som åstadkommit under flera århundraden tidigare.

Samtidigt kan sägas att sedan femtiotalet har inga nya revolutionerande framsteg av denna typ gjorts inom psykiatrin. Utvecklingen har varit positiv, men har gått med mindre steg. Om vi har några nya revolutioner framför oss under det närmaste decenniet vågar vi inte ha någon mening om. Men vi tycker det är viktigt att organisera den psykiatriska vården så att nya framsteg, när de görs, också snarast möjligt kommer de kroniskt sjuka patienterna tillgodo. Det är även av detta skäl viktigt att den specialiserade psykiatrin inte förlorar kontakten med de kroniska patienterna, och att dessa tillåts "försvinna" på små isolerade behandlingshem där ny information har svårt att tränga in.

#### 3.2.1. Grundforskningen

Sannolikt kommer vi under det kommande decenniet att få större klarhet i det genetiska och molekylärbiologiska underlaget för de stora psykiska sjukdomarna, framför allt där beläggen för ett genetiskt underlag är starka (schizofreni, manisk-depressiv sjukdom, paniksyndrom). Rapporter om att genen för den ena eller andra sjukdomen har identifierats har börjat komma. Ingen av dessa rapporter har ännu visat sig helt bärkraftig, vilket troligen beror på att de sjukdomsgrupper som identifierats på grundval av symtombilden inte alls behöver ha en enhetlig biologisk bakgrund. Det kan således mycket väl hända att många gener är inblandade, och att de genetiska kombinationerna kan vara olika från familj till familj och fall till fall.

Troligen kommer genombrotten dock ganska snart, vilket i sin tur kommer att resa mycket svåra etiska frågor om identifikation av bärare av sjukdomsanlag före deras insjuknande, fosterdiagnostik och liknande. Efter den katastrof som nazistregimen i Tyskland innebar för hundratusentals psykiskt sjuka, finns inom psykiatrin en rädsla och ett obehag för genetiska hypoteser och frågeställningar som förefaller anknyta till "rasbiologiska" tankegångar. Att hantera de etiska problem som otvetydigt kommer att uppstå, kommer att kräva mycket engagemang och seriös diskussion.

Sannolikt kommer det att visa sig att många sjukdomsanlag uttrycker sig som en ökad sårbarhet, som visserligen kan manifestera sig i sjukdom, men som under gynnsammare förhållanden kan ha positiva aspekter (t ex mellanmänsklig känslighet, skärpt vaksamhet, ökad kreativitet).

Kännedom om de molekylärbiologiska mekanismer som ligger till grund för sjukdomarna innebär dock mycket positiva möjligheter att "skraddarsy" läkemedel avsedda att korrigera eller kompensera för den sjukdomsframkallande avvikelsen.

Grundforskningen kommer sannolikt också att ge oss en ökad kunskap om sambanden mellan hjärnans biokemi och det naturliga beteendet, vilket i sin tur kommer att öka vår förståelse för människans anpassning (och bristande anpassning) till sin miljö. Troligen kommer vi också att bättre kunna förstå de biologiska skeenden som åtföljer psykisk sjukdom och tillfrisknande, och även hur olikheter i temperament uppkommer. Människans personlighet eller temperament har delvis ett biologiskt underlag, som sannolikt är av betydelse för den olika graden av sårbarhet för påfrestningar i miljön.

### **3.2.2. Epidemiologi**

Psykiatrisk epidemiologi är en ganska ung specialitet, som troligen kommer att få en ökande betydelse. Att döma av resultat som redan nåtts kommer en fortsatt utveckling att ske inom bl a följande områden.

#### *3.2.2.1. Självmordsepidemiologi*

En kontinuerlig bevakning av självmordsstatistiken är angelägen eftersom den kan identifiera problem som kan behöva åtgärdas. Självmordsepidemiologerna har t ex visat en mer än 200-procentig ökning av självmorden bland unga svenska män under loppet av ett par decennier. Givetvis väcker en sådan ökning (som konstaterats i många andra västländer också) allvarliga frågor om varför så många unga män finner det omöjligt att leva vidare.

Lokal självmordsstatistik kan också visa på vissa områden där självmordsfrekvensen är hög (t ex i Jämtlands glesbygder) och där särskilda åtgärder kan behöva vidtas. Effekten av olika organisationsformer och utbildningsprogram kan slå igenom i en minskad självmordsfrekvens (t ex på Gotland). Lokal

självordsstatistik kan också visa på områden med oväntat låg självordsfrekvens, vilket kan ge fingervisningar om kulturella eller andra skyddsfaktorer.

#### *3.2.2.2. Missbruk och psykisk sjukdom*

Undersökningar av missbruksmönster hos unga män har t ex visat att haschbruk under tonåren är förenat med en ökad risk att insjukna i schizofreni. Information av denna typ är givetvis ytterst angelägen för narkotikabekämpningen, och gör det angeläget att bevara och stärka denna typ av epidemiologisk forskning. Här finns ju forskningsetiska problem (t ex försökspersonernas integritet) som inte är lätta men som måste lösas eftersom informationen är så angelägen ur kommande generationers synpunkt.

#### *3.2.2.3. Återföring av lokala epidemiologiska data till sektorerna*

Ett problem som ännu inte är löst men som bör kunna lösas relativt smidigt är återföringen av lokala epidemiologiska data, t ex rörande inträffade självord, till sektorerna. Sådan information skulle i hög grad underlätta den lokala planeringen och prioriteringen av vårdresurserna.

### **3.2.3. Nya psykofarmaka**

Nya psykofarmaka har oftast upptäckts på oförutsedda och oplanerade vägar. Säkert kommer det att fortsätta så - många nya psykofarmaka kan komma ur forskning som primärt inte alls har med psykiatri att göra (neuroleptika, t ex, kom till som hjälpmedel vid narkos). Det finns dock några tydliga forskningslinjer även inom psykofarmakologin som rimligen kommer att fortsätta att ge utdelning.

#### *3.2.3.1. Skräddarsydda farmaka*

Dagens psykofarmaka ger ofta bieffekter, därigenom att de har effekter på fler av kroppens nervceller än de som är nödvändiga för att påverka sjukdomssymtomen. En väg att gå för att minska biverkningarna har därför varit att framställa läkemedel med så "rena" effekter som möjligt. Vi ser nu sådana medel såväl inom den antipsykotiska som inom den antidepressiva gruppen.

Sannolikt inverkar dagens läkemedel inte direkt på sjukdomsprocesserna. En närmare kännedom om deras verkningsmekanismer, och om de biologiska störningarna, kan dock göra det möjligt att finna vägar att komma närmare själva sjukdomsprocessen.

En väg att skaffa sig sådan kännedom har varit med hjälp av den så kallade positronkameran, där man i den levande människohjärnan kan spåra läkemedlet och dess bindning till specifika mottagarstrukturer.

### 3.2.3.2. *Farmakologisk behandlingskontroll*

Den kliniska farmakologin har visat att olikheter i människors sätt att omsätta läkemedel är betydelsefulla för effekten av ett flertal läkemedel, bl a för psykofarmaka. Vi har nu möjligheter att mäta blodnivåerna av ett stort antal läkemedel och kan på det sättet förkorta dosinställningstiden. Läkemedelsanalyser är även värdefulla för att kontrollera patientens följsamhet i behandlingen. Det är helt klart att många dåliga behandlingsresultat beror på att patienten inte tar medicinen som avsett.

### 3.2.3.3. *I stället för elbehandling?*

Elbehandlingen är fortfarande den mest effektiva behandlingen vid svåra melankolier. I decennier har man försökt finna andra vägar att nå fram till de skeenden i hjärnan som utövar den botande effekten på depressionen. En sådan väg som säkert kommer att utforskas ytterligare är att med hjälp av vissa narkosmedel framkalla en liknande hjärnaktivitet som den man ser i anslutning till elbehandling.

### 3.2.3.4 *Behandling av "terapieresistenta" schizofrena*

Det finns fortfarande ett visst antal schizofrena patienter som inte blir bättre av gängse antipsykosmedel. Det pågår fortfarande många försök att finna lämpliga läkemedel för dem, och vissa framsteg har gjorts. Ett preparat (Leponex<sup>®</sup>) har visat sig vara till hjälp för många "terapieresistenta" patienter, samtidigt som de kan ge upphov till allvarliga biverkningar. Nästa steg är naturligtvis att försöka skapa liknande läkemedel som inte medför denna biverkningsrisk.

### 3.2.3.5. *Bot mot demens?*

En av de stora insatserna för att försöka utreda Alzheimerdemensens uppkomst intensiva runt om i världen. Man har visat att vissa hjärnområden och signalämnen skadas tidigt i sjukdomsförloppet, och experimenterar nu med försök att påverka dem. Principen liknar behandlingen vid Parkinsons sjukdom, där man kompenserar för förlusten av nervceller genom att tillföra "byggmaterial" för deras signalämne, alternativt ämnen som hämmar signalämnets effekter. Man kan förmodligen vänta sig ett genombrott i denna forskning inom den närmaste tioårsperioden.

### 3.2.4. Nya psykoterapier

Forskningen inom psykoterapiområdet har släpat efter under flera decennier, beroende bl a på brist på teknologi, men också på grund av att den är mycket kostnadskrävande och att utbytet i form av ny kunskap inte alltid har ansetts stå i proportion till den information man kunnat få. Som exempel kan nämnas ett nyligen avslutat projekt i USA, där man jämfört två psykoterapiformer med vanligt omhändertagande och läkemedelsbehandling. Resultatet var att läkemedelsbehandlingen var överlägsen de båda psykoterapiformerna vid djupa depressioner, medan ingen behandling var bättre än någon annan vid lätta depressioner - ett resultat som man kan undra om det verkligen var värt många miljoner dollar att komma fram till.

Intill dess att metodiken utvecklas bättre får vi sannolikt nöja oss med att psykoterapierna utvecklas mer på grundval av personlig erfarenhet, snillrika hugskott och trial-and-error, än på grundval av vetenskaplig forskning i vanlig bemärkelse. Ett undantag utgör dock beteendeterapierna och den besläktade kognitiva terapin, där den vetenskapliga utvärderingen alltid varit central.

#### 3.2.4.1. Vidareutveckling av kognitiv psykoterapi

Under loppet av några få år har utvecklingen inom den kognitiva psykoterapin i Sverige gått mycket raskt. Det finns nu en formaliserad utbildning som beräknas bli legitimationsgrundande inom kort. Försöksverksamheter med behandling av psykotiska patienter pågår, bl a i Umeå, och projekt med behandling av självmordsbenägna patienter är under planering i Stockholmsområdet.

Den kognitiva terapin har bl a den fördelen att dess syfte och strategier är mycket lätta att begripa för patienten. Behandlingsmålen är konkreta och teknikerna praktiska, tydliga, och självklart relevanta.

Samma gäller beteendeterapierna, som rimligen bör ges en större spridning. Specialutbildning i beteendeterapeutiska tekniker bör t ex kunna ges i mycket större utsträckning till mentalskötare, på det sätt som sker sedan mer än ett decennium i exempelvis Storbritannien.

#### 3.2.4.2. Borderlinepsykoterapi

I motsats till beteendeterapi vid fobiska och liknande tillstånd är psykoterapi vid borderline personlighetsstörningar något som kräver stor skicklighet och erfarenhet,

och där effekterna ofta är tveksamma. Fortsatt utveckling av tekniken för psykoterapi vid dessa mycket socialt invalidiserande tillstånd där självmordsdödligheten är hög, är ytterst angeläget. Kliniska psykiatrer som varit yrkesverksamma under längre tid anser inte sällan att dessa svåra personlighetsstörningar blivit vanligare (möjligen på grund av förändringar i människornas sociala liv), vilket gör det än mer angeläget att om möjligt finna botemedel.

#### *3.2.4.3. Psykospsykoterapi*

Det finns två huvudformer av psykoterapi vid psykotiska tillstånd, där den ena är en viktig del av rutinbehandlingen medan den andra får betecknas som en i högsta grad experimentell verksamhet vars värde ännu är obevisat.

Den första huvudformen är den stödjande och realitetsanknutna psykoterapi som är en nödvändighet för en kroniskt psykosbenägen person. Utvecklingen har gått mot en terapi med starka sk eduktativa inslag, dvs undervisning om psykosens natur och förlopp, om hur man tar mediciner och varför, hur man förhåller sig till psykotiska symtom, och hur man får en grundläggande social färdighet. Värdet av denna typ av psykoterapi har kunnat beläggas vetenskapligt. Det finns all anledning att satsa intensivt på utbildning av terapeuter som kan bedriva sådan verksamhet.

Den andra formen är ett försök att med utgångspunkt från psykoanalytisk eller annan referensram bedriva regelrätt insiktsterapi med den psykotiska patienten, oftast i syfte att bota psykosen. Med tanke på att det rör sig om en kronisk sjukdom där farmaka ger symtomlindring men knappast botar, kan sådan försöksverksamhet vara motiverad så länge den sker under kontrollerade former och underkastas etisk granskning. Det bör dock påpekas att dess värde hittills inte har bekräftats i de vetenskapliga undersökningar som utförts (i motsats till värdet av psykoterapi vid andra sjukdomstillstånd, som i många fall har kunnat beläggas vetenskapligt).

#### *3.2.4.4. Anhörigutbildning*

Engelsk forskning har visat att graden av känslöengagemang som kommer till uttryck i en psykiskt sjuk människas familj ("expressed emotion") är av betydelse för om patienten får återfall eller ej. Världen över pågår nu olika experiment med att försöka lära anhöriga att sänka graden av expressed emotion, vilket förefaller vara möjligt och gynnsamt. Experiment pågår även i Sverige och i Norge.

### **3.2.5. Psykiatrisk metodutveckling**

Genom att ansvaret för de psykiskt sjukas behandling i allt större utsträckning kommit att delas mellan personer med olika utbildning och yrkesbakgrund, har behovet av metoder för kommunikation och informationsutbyte kring patienterna i hög grad ökat. Metodik som till en början skapats för att lösa problem inom forskningen har (ibland i förenklad form) visat sig vara högst användbar inom den sektoriserade teampsykiatrin.

#### *3.2.5.1. Diagnostik*

Det amerikanska diagnossystemet DSM-III har översatts till svenska, och en majoritet av alla yrkesverksamma svenska psykiatrer har i SPF:s regi fått formell undervisning i att använda systemet. Denna utveckling fortsätter, och har även sanktionerats av Socialstyrelsen, som givit ut riktlinjer för "översättning" mellan DSM-III och det officiella internationella klassifikationssystemet ICD-9.

#### *3.2.5.2. Skattningsmetoder*

Skattning är en teknik att mäta svårighetsgrad av psykiatriska sjukdomsbilder som kommer till användning i behandlingsvärdering. Skattningen har visat sig värdefull även i den rutinmässiga kliniska handläggningen av patienterna, framför allt när behandlingsansvaret delegeras till andra personalkategorier än läkare, som då måste rapportera tillbaka till den läkare som har det medicinska behandlingsansvaret.

Skattningsmetoder utvecklas för användning av patienterna själva (psykiatrisk egenbedömning). Skattningstekniker används också i ökande utsträckning för att varna inför hotande återfall hos tidigare psykotiska patienter.

#### *3.2.5.3. Vårdprogram*

Behovet av lokala vårdprogram inom olika psykiatriska diagnosgrupper har diskuterats under mer än ett decennium. Ett vårdprogramunderlag för omhändertagande av självmordsbenägna patienter har tagits fram, men fått relativt liten användning. Sannolikt finns ett behov av lokala vårdprogram, men försöken att ta fram centrala underlag har ej varit särskilt lyckade. Däremot kan lokala utbildningsprogram vara av stort värde.

## 4. Problem inför 90-talet

### 4.1. Patientgrupper

#### 4.1.1. De långtidspsykotiska: boende och arbetsformer

Den patientgrupp som kanske tilldragit sig det största intresset i samband med tömningen av mentalsjukhusen har varit de långtidspsykotiska, vanligen schizofrena patienterna.

Schizofreni är en kronisk sjukdom som i sitt förlopp visar betydande likheter med vissa neurologiska sjukdomar, t ex multipel skleros. En schizofreni börjar således vanligen i 20-årsåldern och förloper oftast i perioder eller skov. Efter varje skov, som kan pågå i månader eller år, kan patienten bli avsevärt förbättrad, efter de första skoven också helt återställd. Liksom vid multipel skleros finns det speciellt i början av förloppet alltid en chans att sjukdomen stannar upp. Det vanligaste är dock att ett sjukdomsskov lämnar efter sig vissa funktionsbortfall eller "är". Det finns också en tendens att sjukdomen efter många år "bränner ut" och lämnar efter sig ett stationärt resttillstånd.

Man vet fortfarande inte vad schizofreni beror på. Däremot finns många teorier, t ex om typiska störningar i tidig barndom, en speciell familjekonstellation, svårigheter i hjärnans filtrering av inkommande information, och störningar i utvecklingen av skillnaden i funktionssätt mellan höger och vänster hjärnhalva, för att nämna några. Vad man på grundval av empiriska studier vet är att det finns en genetisk bakgrund, att det i många fall finns synliga störningar i hjärnans form eller cellulära organisation, och att psykiska påfrestningar bidrar till återinsjuknande. Möjligen döljer sig flera olika sjukdomstyper bakom samlingsbegreppet schizofreni.

Symtomen vid en schizofreni kan under aktiva perioder vara stormande, med hallucinationer, allehanda störningar av sinnesintrycken med därav följande skräckupplevelser, och affekter (ofta aggressivitet) som till synes kommer och går utan begripliga utlösande anledningar. Stark motorisk oro och perioder av total orörlighet kan förekomma, även om sådana dramatiska symtom är mindre vanliga och dessutom lätt kan behandlas. Det är oftast möjligt att komma till rätta med dessa akuta symtom med hjälp av mediciner.



## Svenska Psykiatriska Föreningen

Efter en akut period blir många patienter symtomfria, och den fortsatta behandlingen går då ut på att förebygga återfall. Om en period varit av klar schizofren natur och haft en viss varaktighet, är risken för återfall omkring 80 procent. Denna siffra kan reduceras avsevärt genom fortsatt medicinering. Återfallsrisken kan också minskas genom att patientens psykosociala situation förbättras, framför allt så att den emotionella laddningen i patientens omgivning reduceras.

Eftersom medicineringen kan ge biverkningar och de flesta människor av naturliga skäl helst vill leva utan medicin, kommer de flesta patienter att vilja göra försök att klara sig utan medicin. Samtidigt innebär varje ny psykotisk period en utmordentligt stor påfrestning för patienten och även för hans anhöriga och sociala nätverk. Sannolikt försämras även prognosen. Under hela denna provoperiod, som normalt måste pågå i åtminstone ett par år, måste patienten skötas av en psykiatrisk specialist.

När de akuta symtomen avklingat kvarstår i vissa fall störningar av typ håglöshet, extrem passivitet, kontaktstörning, oro, sömnstörning och nedstämdhet som kan bli mycket djup. De sjuka tappar inte sällan intresse för sin person, missköter klädsel, hygien och mathållning och kommer på det sättet att te sig avvikande för omgivningen. Hallucinationer och störd kroppsuppfattning kan förekomma, liksom egenartade tankegångar och överdriven misstänksamhet. I detta skede är självmordshandlingar inte ovanliga. Dessa symtom är betydligt mycket svårare att komma till rätta med och kan bli bestående handikapp som kan vara socialt mycket invalidiserande.

Det är i detta skede som de sociala problemen ofta akutiseras. Patienten är inte längre i trängande behov av sjukhusvård, det finns för övrigt sällan några vårdplatser, och även om de funnes skulle fortsatt vård innebära stora risker för institutionalisering och ytterligare passivisering. Men vart skall då dessa patienter ta vägen? Ofta blir föräldrahemmet den sista tillflykten, inte sällan hos en ensam mamma (jämför vittnesbördet från medlemmarna i IFS!) som kanske inte vet sig någon levandes råd för hur hon skall hjälpa sitt plågade barn.

För dem som inte har föräldrar som vill eller kan ta sig an dem krävs någon annan form av boende med stöd och hjälp för de patienter som inte klarar att ta hand om sig själva. Det var i denna situation som familjevård användes förr i världen. I våra dagar finns inte denna möjlighet. I stället rekommenderas ett boende som kombinerar en möjlighet att rå sig själv och dra sig undan (eget rum) med begränsade sociala kontakter (kollektivt boende i små grupper av patienter) och tillgång till professionell hjälp när det behövs (skolad personal).

## Svenska Psykiatriska Föreningen

Patienter i detta läge brukar ha stora svårigheter att klara ett vanligt arbete. Arbetshindren kan utgöras av passivitet och oförmåga att hålla dygnsrytm och passa tider. Än oftare är de av social natur: schizofrena människor har ofta svårigheter med kontakter med flera människor samtidigt, de har ett behov av att kunna dra sig undan och ett behov av att få arbeta i egen takt. De är ofta ytterligt kritikkänsliga, även för subtil eller underförstådd kritik. Samtidigt bör man hålla i minnet att många schizofrena är högt begåvade, och gör goda och kvalificerade arbeten under förutsättning att de finner rätt nisch och omgivningen behandlar dem med avspänd tolerans.

En gång görs runtom i landet försök med arbetskollektiv för psykiskt långtidssjuka. På ett sätt kan man se detta som en återgång i mindre format till de gamla mentalsjukhusens arbetsterapi, där varje patient som över huvud taget kunde utföra något arbete också sattes att delta i sjukhusets skötsel, med trädgårdsarbete, vävning, sömnad, tvätt, matlagning osv. Man var mycket medveten om att denna arbetsterapi framför allt var en effektiv behandling, som lindrade oro, skapade lust och stärkte självkänslan, och den ekonomiska vinsten, som var liten, uppfattades också som sekundär. Sannolikt är i vår tid arbetskollektiv en bra lösning, men ytterligare erfarenheter behövs.

Det torde stå klart av ovanstående att den som insjuknar i en schizofreni kan behöva räkna med årtal av kontakt med psykiatrin och med andra av samhällets stödorgan. Att ta sig fram genom vårdapparaten och hävda sin rätt gentemot de många instanser som har att svara för en god vård kräver sin man, som många av de kroppsligt handikappade i vårt samhälle kan vittna om. För den som är psykiskt sjuk, med en inneboende tendens till passivitet, kontaktstörningar, misstänksamhet och knäckt självkänsla är detta oftast en oöverstiglig svårighet.

Det är kanske inte möjligt att tänka sig att en och samma organisation skulle svara för alla den schizofrenes behov, som ju växlar sig från specialistvård vid akut sjukdom till socialt stöd i en handikappsituation. Vad som borde vara möjligt är ett "case management" system som innebär att en kontaktman eller en och samma lilla grupp har ansvaret för att patientens behov tillgodoses under hans sjukdomstid. Sådana grupper kan utgöras av "rehabiliteringsteam" för långtidspsykotiska patienter inom den psykiatriska specialistvården, team som bemannas av medarbetare med speciellt intresse för psykotiska patienter och som har goda kontaktytor gentemot socialvården.

Den moderna psykiatriska vården karakteriseras av ett "vårdkedjetänkande" där olika instanser svarar för olika faser av vården. För den schizofrene med sina kontaktproblem är det väsentligt att antalet länkar i kedjan blir så litet som möjligt. Att länkarna också måste hänga samman för att bilda en kedja, är väl en självklarhet.

#### **4.1.2. De unga självmordsbenägna: för ung för att vara deprimerad?**

Som framgått av redogörelsen tidigare har antalet fullbordade självmord bland unga män stigit brant under en följd av år. Genom att självmord fortfarande är vanligare hos medelålders och äldre människor har ökningen inte slagit igenom i den totala självmordsstatistiken i landet, som legat anmärkningsvärt stabil under en följd av år. Emellertid är ökningen hos de unga mycket stor och har lett till att självmord är en av de tre vanligaste dödsorsakerna före 50 års ålder. Räknat som "förlorade år" före 65 års ålder är självmorden den största enskilda dödsorsaken över huvud taget.

Ofta föregås dessa självmord av självmordsförsök. Undersökningar av hur unga människor som gjort självmordsförsök tas om hand i vårdapparaten visar mycket stora brister. Ofta bagatelliserar den unge själv försöket, skrämmd som han inte sällan är både av vad som hänt och den miljö där den psykiatriska undersökningen görs (en orolig medicin- eller psykiatrisk akutmottagning). Många av dessa unga lider sannolikt av depressionssjukdomar, som dessvärre ofta misskänns, eftersom de hos unga har ett mycket labilare förlopp och ofta en okarakteristisk symtomatologi.

En undersökning av mortaliteten i fullbordat självmord hos unga män som kommit till en psykiatrisk akutmottagning visar skrämmande siffror. Bland alla män var mortaliteten 7.3 procent inom en femårsperiod, bland 20-21 åringar hade 18 procent dött i självmord, oftast inom några månader efter försöket. Siffrorna talar sitt tydliga språk - omhändertagandet av dessa patienter måste förbättras och prioriteras.

Vården bör organiseras så att unga självmordsbenägna patienter inte tas om hand tillsammans med psykotiska, förvirrade, narkotikapåverkade och berusade patienter på det sätt som i dag sker. De blir nämligen vettskrämda av miljön och vågar sig sällan på att söka psykiatrisk hjälp på nytt efter en sådan upplevelse. Man kan tänka sig flera organisationsmodeller - det mest rationella är antagligen att skapa intagningsavdelningar med möjlighet att differentiera patientklientelet. Erfarenheter utifrån landet talar för att man genom att lägga in självmordsförsökspatienter för en kortare utredning kan nedbringa mortaliteten.

Separata ungdomsmottagningar med specialinriktad personal är en annan, men troligen kostsammare möjlighet. Det är essentiellt att det psykiatriska omhändertagandet är högkvalificerat. Det är en mycket svår medicinsk uppgift att ta hand om självmordsbenägna patienter, väl så svår som att sköta intensivvård för infarktpatienter, och dödligheten bland patienterna är i samma storleksordning eller större.

#### **4.1.3. De gamla: allt är inte demens**

Den förväntade stora ökningen av antalet åldringar kommer att medföra en mycket kraftig ökning av antalet åldringar med psykiska problem. Även om majoriteten gamla förblir psykiskt friska till sin död, ökar förekomsten av demenssjukdomar kraftigt över 80-årsåldern. Redan idag utgör de störda, förvirrade, ibland aggressiva åldringarna ett karakteristiskt inslag på psykiatriska akutmottagningar och vårdavdelningar.

Demensvården skall i princip skötas utanför psykiatrin. Det finns emellertid tillstånd som är snarlika demens, men som är helt botbara med psykiatrisk behandling. Dit hör vissa djupa depressioner, som inte är ovanliga hos gamla människor och där effekten av elbehandling kan vara slående och ibland livräddande. Ett aktivt utredningsarbete kan rädda många från en för tidig och kanske helt onödig långvård, men förutsätter assistans av neuropsykologer. Lämpligen bör denna ske på specialiserade psykiatriska utredningsavdelningar, så som redan sker på flera håll i landet. Att som idag sker försöka sköta de gamla förvirrade tillsammans med unga psykotiker, med insufficienta utvecklingsstörda, missbrukare och medelålders deprimerade patienter kan inte leda till annat än katastrofer. Dödsfall finns också beskrivna där yngre psykotiska patienter dödat äldre, dementa patienter som de i sin psykos känt sig hotade av.

Socialstyrelsens statistik över läkemedelsförbrukning talar för att konsumtionen av lugnande medel av bensodiazepintyp stiger dramatiskt med ökande ålder. Det är de gamla människorna som är de verkliga storkonsumenterna av lugnande medel, inte, som man ibland kan frestas att tro, de medelålders kvinnorna. Det är möjligt att denna stadigt ökande konsumtion avspeglar ett verkligt behov, men det är också sannolikt att det skulle kunna fyllas på bättre sätt, i första hand med bättre former för mänsklig kontakt, men kanske också med bättre mediciner (bensodiazepiner har tendenser att ge störande biverkningar på gamla människor).

#### **4.1.4. Ångestpatienterna - hur hittar man rätt i vården?**

Patienter med kronisk ångest som ger upphov till olika symtom (fobier, tvångssymtom, panikattacker, ständig oro och spänning) är en stor och tyst patientgrupp som sällan belägger sjukhussängar, annat än kortvarigt efter de misslyckade självmordsförsök som inte är ovanliga inom gruppen. Det vanligaste är att dessa patienter endast har sporadisk läkarkontakt. Kroniska ångestsjukdomar leder inte sällan till långvarig sjukskrivning och förtidspension. Missbruk, framför allt av alkohol, är en relativt vanlig komplikation.

Ångestpatienterna som ofta är socialt osäkra och räddhågade till sin natur, kan ha mycket svårt att göra sig hörda i dagens psykiatri som domineras av patienter med mycket mer högljudda symtom och problem. Detta är desto mer tragiskt, som det börjar bli alltmer uppenbart att en kombination av farmakologisk och psykoterapeutisk behandling kan vara till stor hjälp för dem och kan förhindra kronicitering och sjukpensionering.

Att hjälpa ångestpatienterna är till stor del en fråga om upplysning och om en sanering av situationen inom psykiatrin så att det finns plats också för dem. De hör i de flesta fall hemma på specialistmottagningarna, även om vissa också kan behandlas av intresserade allmänläkare. Specialisten behövs i ett tidigt skede för att avgöra vilka patienter med ångest som bör hänvisas till läkemedelsbehandling, vilka som är bättre hjälpta av psykoterapi, och vilka som kan beräknas bli bra av sig själva när deras yttre omständigheter förbättras.

#### **4.1.5. Omsorgstagarna - mest sårbara, minst välkomna**

Omorganisationen av omsorgsvården har skapat vissa problem inom den psykiatriska akutvården. Förståndshandikappade patienter har inte sällan en psykisk sårbarhet som yttrar sig i psykotiska episoder som kan vara ganska dramatiska och skrämmande för omgivningen. Dessa patienter är dessutom mer biverkningskänsliga än andra och kan ha svårt eller omöjligt att förklara vilka symtom de upplever. Om de dessutom som ibland sker utvecklar ett alkoholmissbruk kan situationen bli svårhanterlig.

När de förståndshandikappade längs in på psykiatriska akutavdelningar uppstår regelmässigt problem. Den vanliga psykiatriska vården har stora svårigheter att klara av dessa patienter som är mycket känsliga för förändringar och som behöver stabila kontakter med personal som kan kommunicera med dem.

När en psykos uppstår hos en förståndshandikappad beror det oftare på den primära störningen av hjärnans funktion (eventuellt i kombination med yttre påfrestningar) än på någon tillkommande psykisk sjukdom av vanligt snitt. Vanliga psykiatrer har dålig kunskap om hur sådana psykosor bäst behandlas. Även här finns behov av specialisering och differentiering. Troligen behöver nya vårdstrukturer arbetas fram i samarbete mellan psykiatrin och omsorgsvården. Vi menar att en total avmedikalisering av omsorgsvården vore till nackdel för omsorgstagarna. Deras kroppsliga störningar skiljer sig knappast från andra människors och kan med fördel behandlas i den vanliga vården, men deras psykiska störningar är annorlunda.

#### **4.1.6. De HIV-smittade**

Det har blivit alltmer tydligt att HIV-infektioner regelmässigt ger upphov till psykiatriska symtom. Dessa är av olikartad natur. Dels har rädslan att vara smittad av HIV hos vissa patienter (som kan tillhöra riskgrupper men ofta inte gör det) fått en fobisk karaktär, på liknande sätt som syfilisskräcken för ett halvsekel sedan. Dessa patienter medför inga speciella svårigheter för den psykiatriska vården, även om de troligen bidrar med ett antal "onödiga" prover till laboratorierna.

Större problem kan uppstå då HIV-infektionen medför psykiatriska sjukdombilder, vilket ingalunda är ovanligt. Ibland kan dessa vara mycket stormande och medföra mycket stora sjukvårdsproblem, då patienterna samtidigt är svårt kroppsligt sjuka och aggressiva. Vård av dessa patienter, som ännu är få, sker med fördel på samvårdsenheter vid infektionsklinik, med bemanning även av psykiatrisk personal. En sådan enhet fungerar f n vid Danderyds sjukhus i Stockholms län.

De mindre stormande, HIV-inducerade psykiatriska sjukdombilderna sköts normalt inom den psykiatriska vården. Ibland har detta lett till reaktioner bland personalen med tanke på smittrisen, men dessa har vanligen kunnat bemästras med undervisning och handledning.

Till antalet få, men etiskt besvärliga situationer har uppstått när krav ställts på att psykiatrin skulle sköta vården av de HIV-smittade patienter som tvångsomhändertagits enligt smittskyddslagen därför att de trots instruktioner fortsätter att exponera sina medmänniskor för HIV-smitta. Detta beteende har man ibland ansett vara ett tecken på att människan är psykiskt störd, och följaktligen i behov av psykiatrisk behandling.

Enligt vår uppfattning kan det naturligtvis förekomma att en psykiskt sjuk på grund av sin sjukdom sprider smitta, och en sådan person skall självklart få vård för sin psykiska sjukdom - frivilligt om det går, under tvång om det inte kan undvikas. Men därifrån till att likställa medvetet spridande av smitta med psykisk sjukdom är enligt vår uppfattning oetiskt. Samhällets i och för sig begripliga önskan att kunna kontrollera och förändra människors beteende får aldrig läggas till grund för användande av psykiatriska tvångsmedel. Vi uppfattar det som en etisk kärnfråga att hålla rågångarna mellan medicinsk behandling och social kontroll så rena och klara som möjligt.

#### **4.1.7. Missbrukarna och de nya missbruksmedlen**

Missbruk av alkohol och narkotika ställer kraven på samarbete mellan socialtjänst och psykiatri på sin spets. Dessvärre visar sig samarbetet ofta leda till mycket stora problem, på grund av olikheter i synsätt och ideologi. Det faktum att Sverige i motsats till de flesta västländerna avstått från att tillhandahålla rena sprutor åt injektionsmissbrukare är ett tragiskt bevis på att ideologiska konflikter går ut över patienterna/klienterna. Ett annat exempel är det sorgespel som turerna kring metadonföreskrivning till heroinmissbrukare utgjort alltsedan 1960-talet.

En patientgrupp som speciellt lätt ramlar mellan de två stolarna är de missbrukande psykiskt sjuka. Schizofrena patienter och vissa ångestpatienter (t ex sociala fobiker) utvecklar ibland ett missbruk sekundärt till eller parallellt med sin psykiska sjukdom. Detta leder inte sällan till samarbetsproblem mellan socialtjänst och psykiatri. Inom socialtjänsten är medicinfrihet ofta ett mål i sig för missbruksbehandlingen, men när det gäller schizofrena och ångestpatienter är medicinering ofta en förutsättning för att patienten skall komma från sitt missbruk. Undervisning i psykiatri för socialtjänstens medarbetare skulle kanske underlätta förståelsen.

Även vad gäller missbrukarna uppfattar vi det som väsentligt att samhällets behov av kontrollera och förvara avvikande eller socialt störda människor inte tas till intäkt för användande av psykiatrisk tvångsvård, med mindre än vederbörande är psykiskt sjuk och fyller lagens kriterier för sådan vård.

## **4.2. Strukturproblem**

Den psykiatriska vårdapparaten är en komplicerad organism där ett stort antal människor förväntas göra ett kvalificerat arbete under emotionellt mycket påfrestande omständigheter. Själva tycker vi naturligtvis att vi klarar detta i stort sett ganska bra, men psykiatrin har sällan haft något särskilt gott rykte, varken hos allmänheten eller hos andra företrädare för den medicinska verksamheten. Mycket av detta sammanhänger säkert med den ambivalenta hållning till psykisk sjukdom, som karakteriserat mänskligheten i de flesta typer av samhällen, primitiva såväl som teknologiskt högutvecklade.

#### **4.2.1. Personalrekrytering och personalutveckling**

Det är svårt att rekrytera lämplig personal till psykiatrin, såväl läkare som vårdpersonal. För läkarnas del sammanhänger detta säkerligen med att psykiatriskt arbete bland många medicinare uppfattas som "flummigt", pratigt och resultatlöst. Det är positivt att se att de medicinstuderandes inställning till psykiatrin i allmänhet är mycket mer positiv efter psykiatrikursen än före. Vi ser också i dag en positiv nyrekrytering till psykiatrin av läkare från de teoretiska neurobiologiska institutionerna vid universiteten.

Ett stort problem är avgången från psykiateryrket av läkare som är missnöjda med arbetsformerna.

Personalrekryteringen har både förbättrats och försvårats under de senaste årens omorganisation. Samtidigt som det varit lätt att knyta personal till försöksverksamheterna, har det blivit allt svårare att få bra personal till de kvarvarande mentalsjukhusen (vem söker sig frivilligt till en nedläggningshotad verksamhet, som till och med huvudmännen tycker är dålig?). När det nu visar sig svårt att helt undvara mentalsjukhusen, och de dessutom är mer belastade av svårt psykiskt sjuka, överbeläggningar osv, är detta en faktor som ytterligare försvårar situationen.

Det finns dessutom en annan aspekt, som vi anser inte beaktats tillräckligt i tidigare utredningar. Psykiatriskt arbete förutsätter i de flesta fall medmänskligt och personligt känslomässigt engagemang i patienterna för att fungera bra. Det kan ifrågasättas om människor psykobiologiskt sett verkligen är rustade för ett ständigt knytande och upplösande av varma känsloband med en lång följd av medmänniskor under ett kanske fyrtioårigt yrkesliv. Ju snabbare omsättningen är, och ju mer



djupgående det personliga engagemanget är, desto större blir naturligtvis risken för emotionella arbetsskador hos personalen.

Därtill kommer det faktum att personalens arbete inte får den uppskattning av patienterna som är regel inom den somatiska vården (antingen det nu beror på patienternas tillstånd och förväntningar, eller på personalens tillkortakommanden). Sjuttio procent av vårdpersonalen på ett psykiatriskt sjukhus har någon gång blivit utsatt för våld från patienternas sida.

Vi menar att arbete inom psykiatrin är emotionellt belastande och kan leda till emotionella arbetsskador. För att förebygga detta rekommenderar man ofta ytterligare utbildning och handledning, som nog kan vara en god sak men förutsätter både pengar och handledare. Kanske borde man också överväga andra förmåner, t ex längre återhämningsperioder än idag. Det finns ingen anledning att ta lättare på emotionella arbetsskador än på förslitna leder och trasiga ryggar.

#### **4.2.2. Ansvar och ledarskap**

Ett av de stora problemen i den nutida psykiatrin, som vi ser det, har varit ledningsstrukturen. Som tidigare diskuterats har läkaren enligt Hälso- och sjukvårdslagen det medicinska ansvaret för envar patient i den psykiatriska vården, samtidigt som den direkta patientkontakten ofta delegeras till andra personalkategorier. För de personalkategorier som inte har medicinsk utbildning kan denna ansvarsfördelning vara svår att acceptera, och det har också förekommit konflikter på många håll. För läkaren kan situationen också vara svår att klara av, eftersom han/hon har små möjligheter att övervaka vad som verkligen händer i den terapeutiska situationen.

Vi menar att den effektivaste organisationen är den där samma person delar såväl det medicinska som det administrativa ledningsansvaret. Vi är medvetna om att enstaka sjuksköterskor, psykologer och arbetsterapeuter som tillsatts som klinikchefer i ett trängt rekryteringsläge ofta gör ett mycket gott arbete, men vi anser att regeln om en koppling mellan administrativt och medicinskt ledningsansvar måste finnas kvar och vara tydlig, så som också framhållits i liggande utredningar om sjukvårdens ledningsstruktur. Vi motsätter oss på det bestämdaste att psykiatrin ges någon undantagsställning i detta avseende.

Framför allt gäller detta av effektivitetsskäl. Ett annat väsentligt skäl är rekrytering och specialistutbildning av läkare. Det torde vara svårt att rekrytera läkare för

specialiseringstjänstgöring med mindre att den klinikchef som garanterar utbildningens kvalitet också är läkare. Det kan också starkt ifrågasättas om tjänstgöring på sådana kliniker kan godkännas i den specialistexamen som föreningen kommer att organisera.

#### **4.2.3. Produktivitet och effektivitet - cost-benefitanalyser i psykiatri**

För oss som läkare är det ofta svårt att se på vår verksamhet i ekonomiska termer. Det finns en självklar tendens att uppfatta det arbete man gör, just på den plats där man befinner sig, som maximalt angeläget (fattas bara annat!). Det hindrar inte att vi inser att seriösa cost-benefitanalyser måste göras också inom vår verksamhet. Sådana analyser måste göras av ekonomisk expertis som är fri från de bindningar som naturligt uppstår hos dem som engagerat sig i, för eller emot en verksamhet.

Vad gäller mått på verksamhetens effektivitet, ankommer det på verksamhetens experter att ta fram dem, och på huvudmännen att finansiera detta utvecklingsarbete. Det är fullt möjligt att finna sådana mått som är mer rättvisande än t ex antalet patienter som "avverkats" under en viss tidrymd (se t ex sidan 24).

För att psykiatri skall medverka maximalt i sådana utvärderingar krävs att det görs klart att deras resultat verkligen kommer att bli av betydelse. Man skall inte underskatta faran för demoralisering och cynism hos dem som gång efter gång engagerat sig i planering av olika verksamheter, på uppdrag av sina huvudmän, bara för att finna att det inte funnits pengar att förverkliga planerna.

#### **4.2.4. Prioriteringens etik**

De planer för psykiatrins utformning vi idag arbetar efter formulerades under en tid då samhällsekonomi och viljan att satsa på den offentliga vården var goda. Idag, när planerna skall förverkligas, är läget ett annat. Krav ställs på besparingar inom vården, just i det läge psykiatri behöver bygga ut för att fullborda omställningen från en väsentligen mentalsjukhusbaserad, till en väsentligen öppenvårdsbaserad vård. All erfarenhet visar att detta medför *ökade*, inte minskade kostnader.

I ett sådant läge tvingas vi prioritera mellan våra olika åtaganden, något som ofta upplevs som ytterligt obehagligt för dem som är verksamma i vården. Eftersom vi tror det är lättare att genomföra prioriteringen om man tänker igenom dem ordentligt och har någon form av regel att gå efter, vill vi lansera följande *prioriteringsordning*.

## Svenska Psykiatriska Föreningen

### *1. Livräddande insatser*

Härmed förstås t ex omhändertagande av suicidala patienter, liksom av patienter som är farliga för annans säkerhet.

### *2. Insatser som ger hög utdelning i termer av kraftigt förbättrad social funktion med rimlig insats*

t ex behandling av psykotiska, funktionsoförmögna patienter, behandling av djupt deprimerade patienter, profylaktisk behandling av affektiva sjukdomar, behandling av vissa invalidiserande ångesttillstånd.

### *3. Långtidsvård av patienter som ej kan skötas någon annanstans*

dvs vård av patienter med kroniska psykosor som behöver sjukhusvård

### *4. Insatser med hög extern prioritet*

dvs sådan vård som krävs för att annan medicinsk eller social vård skall fungera, t ex utredning av geropsykiatriska patienter, konsultationspsykiatri (konsultationer till annan medicinsk vård och till socialtjänsten)

### *5. Utvecklingsarbete*

dvs klinisk metodutveckling, undervisning, handledning och utbildning.

Som framgår av detta vill vi i första hand lägga resurserna på de svårast psykiskt sjuka. Vi tycker också att man bör satsa på de patientgrupper där psykiatrisk behandling kan medföra mycket stora vinster i termer av ökad livskvalitet och arbetsförmåga. För att identifiera dessa patientkategorier rimligt snabbt, måste eventuellt den psykiatriska verksamheten organiseras så att varje patient bedöms av en specialist, innan han hänvisas till fortsatt behandling i det psykiatriska teamet.

## **5. Vad bör göras**

Det finns ett antal problem i psykiatrin som Psykiatriutredningen enligt vår uppfattning *måste* ta itu med. Till dem som vi bedömer som angelägna hör följande.

### **5.1. En förbättrad vårdmiljö**

Undersökningar har visat att psykiatriska patienter är missnöjda med den psykiatriska vårdens utformning, även om de anser att vården varit nödvändig för dem. Det är inte svårt att förstå deras missnöje för den som är bekant med vårdmiljön på en psykiatrisk intagningsavdelning.

Det är nödvändigt att göra någonting åt detta, och det som krävs är en möjlighet att differentiera vården så att patienter med olika vårdbehov tas om hand på olika avdelningar. Dagens psykiatriska sektorer är i många fall för små för att bära sådana differentierade avdelningar. Detta måste lösas på något sätt, antingen genom en hierarkisk organisation av sektorer under en gemensam ledning, eller (vilket troligen är mer opraktiskt) genom kontrakt mellan sektorer. Möjligen bör olika lösningar prövas på olika håll (och få en oberoende utvärdering!!).

## 5.2. Specialisering

Behovet av specialisering är besläktat med behovet av en differentierad vård. Det gäller både på individnivå (läkare, psykologer osv) och på teamnivå (rehabiliteringsteam, akutteam, team för speciella sjukdomsgrupper). Även här finns svårigheter för små sektorer att bära en specialisering, och även här krävs en nyorganisation.

Ett första steg bör vara att utreda vilka specialiteter som behövs, och hur stort patientunderlaget bör vara för var och en av dem med ledning av de olika sjukdomarnas vanlighet i befolkningen (t ex hur stor befolkning behöver en litiumdispensär för att fungera optimalt? ett psykosrehabiliteringsteam? anorexivård? vård av "särskilt vårdkrävande", oroliga långtidspsykotiska patienter? förståndshandikappade?). Utifrån denna kunskap kan sedan en samarbetsorganisation byggas upp, som bibehåller de nuvarande sektorerna för den första kontakten mot allmänheten och mot socialtjänst och primärvård, men som också har specialiserade team som tillgodoser behoven för flera sektorer.

## 5.3. Permanent boende för de psykiskt handikappade

På de gamla mentalsjukhusen vårdades en del patienter vilkas tillstånd var stationärt, och som inte egentligen behövde ständig medicinsk vård. Samtidigt hade de avsevärda psykiska handikapp, som omöjliggjorde ett vanligt boende.

Dessa patienter har nu skrivits ut, och är i behov av samhällets stöd på likartat sätt som alla andra handikappade. Enligt vår uppfattning finns ingen anledning att särbehandla de psykiskt handikappade. Som alla andra handikappade har de berättigade krav på att så långt det är möjligt få vistas i sina egna hem eller i hemliknande miljöer, och detta bör regleras enligt samma lagstiftning som gäller för de kroppsligen handikappade. Hjälpmedel och stödåtgärder är ibland olika mellan psykiskt och kroppsligt handikappade, men principerna bör vara desamma.

Att de psykiskt sjuka på grund av sin sjukdom har svårt att hävda sin rätt måste lösas genom att de psykiatriska rehabiliteringsteamerna träder in som deras förespråkare gentemot kommuner och landsting.

För de psykiskt sjuka vilkas tillstånd inte är stationärt måste andra möjligheter finnas. Vissa psykiskt sjuka har behov av lång tids (årslång men absolut inte livslång) psykiatrisk vård under trygga förhållanden. Detta gäller t ex de svårast störda borderlinepatienterna och många unga psykotiska patienter. För dessas räkning måste de gamla mentalsjukhusen ersättas av väl bemannade behandlingshem med adekvat personal- och läkarbemanning, som kan ge vård på hög professionell nivå. Om detta visar sig vara ekonomiskt omöjligt (en sak som det är hög tid att analysera seriöst, utan ideologiska eller politiska glasögon!) måste vi ta konsekvenserna och försöka omstrukturera resterna av den gamla organisationen.

#### **5.4. Kunskapsutvecklingen i psykiatri**

Forskningen är psykiatriens framtidshopp, och varje bred insats för att förbättra den psykiatriska vården bör rimligen skänka många tankar till forskningen. Den kan behöva en viss omtänksamhet. Det är ofta svårt för psykiatriska forskare att hävda sig gentemot de mer glamorösa och tekniktunga specialiteterna i konkurrensen om forskningsanslag. Samtidigt kan sägas att de psykiatriska forskningsprojekt som varit av god vetenskaplig kvalitet i allmänhet kunnat få stöd av offentliga medel, men att stödet ofta varit för litet. I allmänhet är det lättare att få medel från olika fonder för apparatur, som är av relativt mindre betydelse i psykiatri, och svårare att få medel för tjänster, som är vad den psykiatriska forskningen verkligen behöver.

Ett problem har varit avsaknaden av en forskningstradition inom många områden av psykiatri. Det finns ett otillfredsställt behov av forskarutbildning, av kurser och stipendier (även resestipendier) till psykiatriskt verksamma läkare. Det finns en stor, nästan helt outnyttjad forskningspotential hos våra landsortskliniker som skulle kunna

## Svenska Psykiatriska Föreningen

utnyttjas i ett ömsesidigt samarbete med universiteten, under förutsättning av en välvillig inställning från landstingen.

Även de som fått sin utbildning på de medellånga vårdutbildningarna bör kunna ha möjlighet att söka stipendier och forskningsmedel. De har idag svårt att framgångsrikt konkurrera med medicinarna, och deras situation bör förbättras med öronmärkta medel, möjlighet till ledighet och en genomtänkt karriärgång.

Även utbildning måste prioriteras i högre utsträckning än vad som sker idag. Det kan tyvärr vara svårt att ge utbildning till olika personalkategorier, eftersom det har en tendens att slita sönder kontinuiteten i arbetet och det kan vara svårt eller omöjligt att skaffa vikarier i den personalbristsituation som idag råder. Detta skapar lätt ytterligare en social orättvisa: de som har störst behov av utbildning (outbildad vårdpersonal) får minst utbildning, medan de högutbildade som oftare tjänstgör i öppenvården har större möjlighet att ta sig ledigt och får mer utbildning. Det skall heller inte förnekas att en del utbildning haft mer karaktär av amatörmässig välvillighet och ibland rent geschäft än av saklig undervisning.

Beträffande de psykiatriska vårdmodellerna har experimentviljan varit stor på många håll. Antagligen har detta väsentligen varit positivt, även om det är anmärkningsvärt med vilken lätthet (aningslöshet?) nya psykiatriska vårdmodeller tas i bruk, i jämförelse med den omsorgsfulla utredning som forskare och tillsynsmyndigheter lägger ned på introduktionen av ett nytt läkemedel. Etisk granskning av nya behandlingsmetoder saknas helt, och de enstaka utvärderingar som gjorts har nästan undantagslöst haft mycket stora metodologiska brister och ibland också en kraftig ideologisk färgläggning. Utöver anmälningsplikten efter inträffade självmord saknas varje form av krav på biverkningsrapportering av icke-farmakologiska behandlingar.

Enligt vår bedömning är det hög tid för en tillnyktring på detta område. Vi föreslår att varje nytt organisationsexperiment, innan det får påbörjas, måste uppfylla följande kriterier:

(1) projektet skall ha genomgått en etisk granskning. Detta förutsätter antagligen inrättande av särskilda vårdetiska kommittéer, eftersom de nuvarande etiska kommittéerna begränsar sin verksamhet till rena forskningsprojekt;

(2) projektets ekonomi skall vara säkerställd för hela den tid det beräknas pågå (detta för att undvika flera "halvfärdiga revolutioner" inom psykiatrin);

(3) projektet skall utsättas för en *oberoende* utvärdering. Denna skall planeras, och utgångsdata insamlas *före* projektets igångsättande (det förekommer i dag att utvärdering planeras och igångsätts flera år efter det ett projekt påbörjas, vilket naturligtvis omöjliggör all seriös effektvärdering);

(4) projektets effekter skall kontinuerligt följas, och en plan för under vilka omständigheter, och på vilket sätt, det skall avbrytas skall föreligga *innan* det startas.

## 5.5. Kan den psykiatriska vården målstyras?

Vi har med tiden blivit alltmer skeptiska mot en detaljreglering av innehållet i den psykiatriska verksamheten. Det finns många olika psykiatriska vårdideologier som lätt kommer i krig med varandra, samtidigt som den behandling som slutligen ges till patienten ofta kan vara ganska likartad. Vi tror att flera skäl att det är olyckligt om tillsynsmyndigheter eller utredningar försöker genomdriva den ena eller andra vårdideologin.

Vi tror att det är en mycket effektivare modell om våra uppdragsgivare i stället för att säga "så här skall ni göra", säger "detta vill vi att ni skall åstadkomma". En målstyrd verksamhet har rimligen större möjligheter att förlösa lokal kreativitet. Målen kan säkert formuleras ganska enkelt i termer av ökad livskvalitet och ökad arbetsförmåga för våra patienter och ökad tillfredsställelse med vården för dem och deras anhöriga.

Varje psykiatrisk enhet måste få en återföring av resultaten av sin verksamhet i termer av dessa mål, och de indikatorer på dem som man kan ta fram. Det kan röra sig om suicidfrekvensdata, arbetsförmåga, skattningsdata och enkätmått. Sannolikt kommer en ständig feedback av resultatdata ha till följd att sektorerna anpassar sin verksamhet för att nå målen så långt det är möjligt. En förutsättning är dock att sektorerna verkligen får ut något positivt av detta, vilket inte är så självklart som man kanske skulle tro.

1.

2. Dessa tre psykoterapeutiska utbildningsinstitut fungerar alla fortfarande.

3. De vårdenheter där man tagit om hand psykiskt störda människor har som så många andra för människorna skrämmande företeelser haft ett antal olika namn under tidernas gång. "Dårhus" betecknade under 16- och 1700-talen de delar av hospitalen där de oroliga psykiskt

sjuka togs om hand. "Hospital" var den gängse beteckningen under 1800-talet. Under förra delen av 1800-talet började medicinska synsätt på de psykiskt störda göra sig allt starkare gällande, och man började plädera för termen "sinnessjukdom". Under förra delen av 1900-talet var "sinnessjukhus" den korrekta benämningen, som i och med 1958 års psykiatriutredning (Mentalsjukvårdsdelegationen) ändrades till "mentalsjukhus".

4. Melankoli är en mycket gammal term som återupptagits i bruk under sent 70-tal för att beteckna djupa depressionstillstånd med en speciell symtombild, karakteriserad bl a av störd dygnsrytm och uttalad förlångsamning av såväl psykiska som kroppsliga funktioner. Melankolier har tidigare kallats "endogena" depressioner, med hänсыftning på att utlösande faktorer oftast inte kan identifieras vid denna typ av depression.

5. Med "psykotisk" menas att sjukdomen karakteriseras av en störd verklighetsuppfattning, som kan uttrycka sig som sinnesvillor (hallucinationer), vanföreställningar och desorganiserat beteende. "Psykotisk" är inte någon diagnostisk term, utan betecknar tillståndets svårighetsgrad. En psykotisk patient kan således lida av en schizofreni, men grundsjukdomen kan lika gärna vara en melankoli eller en mani (ett tillstånd av sjuklig upprymdhet).

6. Lobotomi innebar att neurokirurgiskt ingrepp där förbindelserna mellan pannloberna och övriga delar av hjärnan skars av. Ingreppet lanserades redan på 1930-talet och användes flitigt under några år för att lugna mycket oroliga patienter. Det visade sig dock relativt snart att de lobotomerade patienterna också fick personlighetsförändringar och blev passiviserade, vilket ledde till att man slutade utföra det.

I våra dagar görs i sällsynta fall neurokirurgiska ingrepp vid svåra ångesttillstånd. Dessa ingrepp innebär att man avbryter förbindelserna till vissa delar av det limbiska systemet, som styr bl a känslolivet i hjärnan. Dessa ingrepp som kallas kapsulotomi ger inga personlighetsförändringar men har påfallande effekter på vissa mycket svåra ångesttillstånd.

7. Den första svenska kuratorn, fröken Gertrud Rodhe, började sitt pionjärbete bland Stockholms psykiskt sjuka redan 1915. Kuratorernas betydelse fick ett kraftigt uppsving tiden efter andra världskriget.

8. Även familjevårdssystemet har urgamla traditioner. Det härleds vanligen från Gheel i Belgien där enligt sägnen den heliga Dymphna dödades av sin vansinnige far, som försökte våldta henne. I Gheel fanns kolonier av sinnessjuka inhysta hos lokalbefolkningen, som i generationer ägnat sig åt denna verksamhet. Något liknande fanns även i Skottland.

9. Den manodepressiva sjukdomen eller, som det numer kallas, det bipolära syndromet, är en sjukdom som karakteriseras av perioder av sjuklig nedstämdhet (depression) och perioder



av sjuklig upprymdhet (mani) omväxlande med perioder av hälsa. I båda faserna kan den sjuke vara psykotisk. Cirka 15 procent av de manisk-depressiva slutade sina dagar med självmord före litiumbehandlingens införande.

Den manisk-depressiva sjukdomen har ett genetiskt underlag. Såväl de sjuka som släktingar som har anlaget men inte sjukdomen är ibland påfallande kreativa. .

10. Vid ordinärt alkohol- och läkemedelsberoende ökar patienten successivt doseringen. Samma sker vid en typ av bensodiazepinberoende, men det finns också en typ där patienterna får förvärrade ångestsymtomen efter utsättning utan att dessförinnan ha ökat doseringen. Detta skiljer lågdosberoende kan göra det svårt att sluta med medicineringen. Givetvis finns det också patienter som på grund av en kronisk ångest eller ångestbenägenhet också är i behov av en långvarig medicinering, och som får återfall i ångest när de slutar ta medicin. De är också beroende, men på ett annat sätt, mer som en blodtryckspatient eller en diabetiker kan vara beroende av sin medicin.

11. *Sektorisering* är ett mycket mångtydigt begrepp. Här definierar vi sektorisering som en psykiatrisk organisationsform där en och samma enhet ansvarar för all psykiatrisk vård och behandling inom ett geografiskt avgränsat område, en sektor.

Begreppet sektorisering blandas ofta samman med andra begrepp som av olika skäl kommit att förknippas med den sektoriserade psykiatrin. Dit hör till exempel begreppet *teampsykiatri*, som innebär att arbetet bedrivs av vårdlag där medlemmarna har olika yrkesbakgrund. Sektoriserad psykiatri har också kommit att blandas ihop med *psykiatrisk öppenvård*, vilket dock är en självmotsägelse eftersom sektorisering avser all psykiatrisk vård inom sektorn, sluten så väl som öppen. I begreppet sektoriserad psykiatri har också ibland ingått att psykiatrin skulle ha en *psykoterapeutisk orientering*, vilket inte heller är hållbart, eftersom de patienter på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som primärt behandlas med psykoterapi utgör en mycket liten andel (under fem procent), även där kvalificerade resurser finns.

12. Stockholm, Göteborg och Malmö hade enligt särskilt avtal och mot ersättning tagit över ansvaret för sin mentalsjukvård 1925 resp. 1927.

13. Efter Gustav Vasas reformation drogs klostrens egendom in till kronan, och därmed försvann deras möjligheter att driva hospitalsverksamhet. Gustav II Adolf förordnade om inrättande av små kronohospital i de olika landsändarna. Dessa omhändertog alla kategorier av människor som var ur stånd att reda sig själva. Under 1700-talet då lasarettsväsendet uppkom, reserverades hospitalen för de sinnessjuka, och man strävade aktivt efter att minska antalet hospital. Till ett hospital kom man (enligt en förordning från 1766) efter en "provkur"

på ett lasarett där man bevisat sig vara obotlig. Hospitalen stod under överinsyn av Serafimer Ordens Gillet, och det var först 1877 som de lades under en medicinsk myndighet, Sundhetsstyrelsen (Kungl Medicinalstyrelsens föregångare).

14. Kliniska psykologer hade funnits i psykiatrin sedan 1950-talet, då de framför allt haft diagnostiska uppgifter. Dessförinnan hade testningar bl a utförts av kuratorerna, som helt saknade utbildning för sådan verksamhet. Mot slutet av 60-talet ägnas ungefär en fjärdedel av tillgänglig psykologtid åt psykoterapi.

15. En "bag lady" är en kvinna, vanligen kroniskt schizofren, som saknar fast bostad och som vagabonderar med alla sina tillhörigheter i bärkassar eller butiksvagnar.

16. Ångestsjukdomar omfattar paniksyndrom, generaliserade ångestsyndrom, fobiska syndrom, tvångssyndrom och posttraumatiska syndrom. Det är framför allt beträffande paniksyndromen, de fobiska syndromen och tvångssyndromen som stora framgångar gjorts under 80-talet.

17. Frågan om psykiatrin är och bör vara en medicinsk specialitet har urgamla rötter. För antikens läkare var den medicinska tillhörigheten en självklarhet, medan kyrkan under medeltiden såg psykisk sjukdom som väsentligen liggande under sin domvärjo. I Sverige hävdade Gustav Vasa att Danvikens hospital, som han lät inrätta, skulle ha en läkare (kanske beroende på att han hade två sinnessjuka söner?). Med tanke på att Sverige då ännu inte hade någon egen läkarutbildning måste hans inställning sägas vara radikal. Serafimer Ordens Gillet som under 1700-talet förestod landets hospital, hävdade så sent som 1844 att medicinsk sakkunskap inte var nödvändig vid hospitalen emedan vården där "icke hör till befattningen med den allmänna hälsovården eller bör därmed sammanblandas".

Frågan utreddes ett flertal gånger under tidigt 1800-tal, och det var först med betänkandet av 1851 (till stor del grundat på tankar från den framsynte överläkaren vid Danviken, CU Sondén), som det blev klart stadfäst att psykiatrin är en medicinsk angelägenhet. Detta är något som följande generationer av psykiatrer har kämpat intensivt för och fortsätter att kämpa för än idag, bl a med hänvisning till den stora förbättringen i de psykiskt sjukas situation som den medicinska modellen kunnat uppnå.

18. Även sektoriseringen motiverades av ett behov av specialisering, men i geografiska termer. Man ansåg, säkert med viss rätt, att vården skulle bli effektivare om den psykiatriska verksamheten hade ansvaret för ett distrikt, på vars sociala struktur och offentliga stödverksamhet vårdarbetarna blev specialister.

19. Efter det nazistiska maktövertagandet 1933 infördes lagar som tillät sterilisering av kroniskt sjuka, framför allt psykiskt sjuka, i avsikt att åstadkomma en positiv genetisk selektion av befolkningen. Hundratusentals människor steriliserades på detta sätt. År 1939 togs steget från eugenik till eutanasi. Under åren 1939-41 gavs kroniskt psykiskt sjuka patienter på olika institutioner en "Gnadentod", dvs avrättades, på sex för ändamålet ombyggda mentalsjukhus. 1941 upphörde den organiserade avlivningen och ersattes av "vild eutanasi" som utfördes av läkare och vårdpersonal på sjukhusen. Sammanlagda antalet döda är okänt men beräknas ligga mellan 100 000 och 300 000 personer.

20. En genomgång av släktingar till isländska schizofrena visar att de är kraftigt överrepresenterade i landets biografiska lexikon.

21. Många patienter experimenterar på egen hand eller inspirerade av vänner och bekanta med doseringen av sin medicin. Så länge medicinen inte har någon effekt innebär detta inga problem men med effektiva farmaka kan det bli besvärligt och ibland farligt.

22. Med den franske 1700-talspsykiatern Pinels ord: "Ständigt har man i detta sjukhus lagt märke till, att patienternas sättande i arbete i åkerbruket är det bästa och mest verksamma medlet att bringa dem åter till förnuft och att adelsmän, som med stolthet och förakt stötte ifrån sig allt mekaniskt arbete, också ha den sorgliga förmånsrätten att för evigt förbliva i förvirring och delirium" (citerat av Peder Björck i hans skrift om Arbetsterapi i sinnessjukvården från 1929).

23. Neuropsykologin är den gren av psykologin som intresserar sig för hur hjärnans funktioner kommer till uttryck i psykologiska funktioner, t ex intellektuell verksamhet, språkfunktioner osv. I motsats till USA och våra nordiska grannländer har intresset för neuropsykologin varit klen bland svenska psykologer, men tendensen har börjat vända på senare år.

24. Från Karl-Erik Åströms försöksverksamhet med "legal förskrivning" på 1960-talet, Ulleråkers ofta förtalade men livräddande metadonprojekt på 70-talet, och den gryende omsvängningen mot en positivare syn på metadonet, också inom socialtjänsten, i samband med HIV-epidemin.

25. Resonemanget förutsätter att begreppet psykiskt sjuk skall kunna definieras med någon grad av tydlighet. Lagstiftaren har också stött på svårigheter härvidlag, och i det senaste lagförslaget har begreppet ersatts med det dessvärre vagare och mer uttunnade begreppet "psykisk störning". I bakgrunden kan man ana en den gamla motviljan mot att betrakta psykisk sjukdom som ett medicinskt fenomen (se fotnot sidan 12):

I samband med tillkomsten av nya diagnossystem inom psykiatrin har man ägnat stor uppmärksamhet åt problemet. Genom att enas om operationaliserade kriterier för de psykiatriska diagnoserna kommer man en bra bit på vägen till en definition av vad som skall kallas psykisk sjukdom.

26. Som exempel kan nämnas inställningen till suicidförebyggande verksamhet. Nyligen kontaktades en svensk bilfabrikör med förfrågan om formen på bilarnas avgasrör inte kunde förändras, så att de inte passade till en dammsugarslang (en vanlig självmordsmetod är att fylla en bil med giftiga avgaser genom att koppla en sådan slang till bilens avgasrör). Propå avböjdes med kommentaren att om någon vill ta livet av sig med våra bilar så är det väl bara bra, eller i varje fall resandens ensak. Samma förslag till dammsugartillverkaren ledde till samma avvisande reaktion.

27. Det är vid sådana händelser som det medicinska synsättet på psykisk sjukdom visar en av sina starka sidor. Den naturliga reaktionen när man blir utsatt för våld är att man ger igen, eller springer sin väg. Som vårdarbetare får man inte göra någondera, man måste stanna kvar och klara av situationen. Att i det akuta läget kunna säga till sig själv, "han slår mig för att han är sjuk" är en stor hjälp och möjliggör att man själv reagerar rationellt, snarare än känslomässigt.

28. En gäller på många håll LEON principen, principen om Lägsta Effektiva Omhändertagandeenivå, ibland förkortad till lägsta omhändertagandeenivå utan hänsyn till effektiviteten.

29. Konflikten kan illustreras av följande bild ur verkligheten i ett av våra landsting.

Två sektorer hade lika stor budget. Inom den ena sektorn var arbetsmoralen ovanligt hög, alla arbetade maximalt, och antalet patienter som behandlades översteg det budgeterade. I den andra sektorn ägnade man sig allt mindre åt direkt patientarbete och alltmer åt konferensande, personalvård och handledning med påföljd att antalet behandlade patienter understeg det budgeterade. Året därpå ökade landstinget budgeten för den mindre produktiva sektorn, som ju demonstrerat sitt behov av ökade resurser, medan den förra, arbetsglada sektorn fick en mindre budget, eftersom man uppenbarligen visat att man inte behövde så mycket pengar för att klara målet för verksamheten.

Svenska Psykiatriska Föreningen