

Psykiatrisk sjukdomsbild hos psykiskt långtids-sjuka personer i Västmanland

Åsa Rangford

Leif Lindström

För att öka kunskaperna om psykiskt långtidssjukas livssituation har under 1990-talets början en grupp psykiskt långtidssjuka i Västmanland intervjuats.

I artikeln redovisas resultat från läkarbedömningen, bestående av en studie på 113 journaler och en intervjudel där 92 patienter deltog.

I journalstudien framkom låg ålder vid första kontakt med psykiatri och hög frekvens av tvångsvård inom psykiatrisk långtidsvård. Diagnostiskt dominerar psykotiska tillstånd, men även en stor grupp med personlighetsstörning, oftast dömda till vård, identifierades. Mest framträdande är dock det faktum att denna patientgrupp har en fortsatt mycket tät kontakt med psykiatri. Av hela gruppen vårdades 55 % inom slutenvård vid intervjutillfället, som var mellan tre och 15 år efter sjukdomsdebuten medan ytterligare 34 % hade kontakt med psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Åsa Rangford är psykiater och överläkare vid Basenhet Psykiatri i Västerås, Leif Lindström är professor och överläkare vid Psykiatriska forskningsenheten i Västerås

Syfte

Syftet med studien var att utifrån ett tvärvetenskapligt synsätt kartlägga de psykiskt långtidssjukas livskvalitet och sjukdomsbild samt samla uppgifter om vårdupplevelser och sociala förhållanden. Parallellt med detta var avsikten att undersöka livssituationen för anhöriga till de psykiskt långtidssjuka och fråga de anhöriga om deras syn på den psykiskt sjukes vård och levnadsförhållanden.

Detta skedde via intervjuer av patient och anhörig/närstående. Patienterna intervjuades vid två tillfällen, först av en psykiater (patientintervju I) och därefter av en psykolog (patientintervju II).

Läkarbedömningen bestod av två moment, först journalstudie för att samla in bakgrundsdata och därefter en direkt kontakt med patienten för information till denne, i syfte att införskaffa samtycke att delta i studien. Om patienten accepterade att delta genomfördes en psykiaterbedömning, dels för att erhålla en bild av patientgruppens kontakt med olika psykiatriska vårdformer, dels för att kartlägga gruppens sjukdomsbild, sjukdomsgrad, farmakologiska behandling, biverkningsprofil och sociala funktionsnivå vid intervju-tillfället.

Material

Målgruppen psykiskt långtidssjuka definierades operationellt utifrån konsumtion av slutenvård. För att ingå i undersökningen fordrades minst sex månaders slutenvård under en två-årsperiod i anknytning till olika inventeringstillfällen under 1980-talet. Dessutom skulle patienten vid inventeringstillfället vara mantalsskriven i Västmanlands län, samt vara mellan 18 och 55 år.

Via inventeringarna framkom två skilda grupper av psykiskt långtidssjuka patienter.

Bakgrund

I februari 1991 startade en tvärvetenskaplig undersökning i Västmanland - "Psykiskt långtidssjuka i vårdformer helt utan mentalsjukhus" - med syfte att öka kunskaperna om de psykiskt långtidssjukas livssituation i så öppna vårdformer som möjligt och helt utan tillgång till mentalsjukhus.

Genom ett flertal inventeringar under 1980-talet av samtliga i Västmanland mantalsskrivna personer som erhöll psykiatrisk slutenvård fanns en god överblick över såväl patientgrupp som vårdens utformning, vilket starkt bidrog till att möjliggöra undersökningen (1).

Grupp I - individerna i denna grupp har olika långa slutenvårdsvistelser bakom sig men minst sex månader 1981 - 1982, i resultatredovisningen kallad grupp I eller psykiskt långtidssjuka med debut före 1982.

Grupp II - individerna i denna grupp är vid respektive inventeringstillfälle 1984, 1987 och 1989 tämligen nyinsjuknade. Denna grupp benämns i kommande resultatredovisning som grupp II eller psykiskt långtidssjuka med debut som högkonsumenter av slutenvård efter 1983.

För en mer detaljerad beskrivning av materialet hänvisas till inledande artikel - "Psykiskt långtidssjuka personers livssituation" i detta nummer av Socialmedicinsk Tidskrift. (2)

Metod

Via journalläsning insamlades bakgrundsdata: kön, ålder vid första kontakt med psykiatri, antal slutenvårdsdagar, vårdform, medicinering och diagnostiska data. I de fall patienten hade en aktuell vårdkontakt (sluten eller öppenvård) informerades berörd personal om projektets innehåll och syfte. Denna information gick tillväga så att projektets koordinator och psykiater besökte de slutenvårdsinstitutioner (avdelningar, behandlingshem och privata vårdhem) och de öppenvårdsmottagningar i länet som berördes. I praktiken innebar detta samtliga vårdenheter för långtidsvård och öppenvårdsmottagningar i Västmanland.

Information om projektets syfte och uppläggning lämnades såväl muntligt som skriftligt till personalen på respektive enhet/mottagning. Dessutom gavs tillfälle till frågor. Om patienten av ordinarie vårdkontakt bedömdes vara i habitualtillstånd, informerades denne därefter om projektet och tillfrågades om han eller hon ville delta. Informationen till patienten gavs såväl muntligt som skriftligt. Om patienten så önskade deltog dennes kontaktperson inom vården vid informationstillfället. Då projektets psykiater var patientansvarig läkare tillfrågades en av projektgruppens psykologer patienten om deltagande.

I de fall patienten var tveksam men ej helt avvisande till att delta söktes de upp igen efter ett par månader för förnyad information och ytterligare försök att motivera till deltagande. Maximalt togs tre personliga kon-

takter i motivationssyfte. De personer som ej hade en aktuell vårdkontakt kontaktades via brev eller telefon för en första information och om han eller hon accepterade detta bestämdes en tid för ett personligt informationsmöte. Även i dessa fall var tre kontakttillfällen maximum.

De som accepterade att medverka i undersökningen intervjuades av projektets psykiater. Vid alla intervju-tillfällen hade minst 48 timmar passerat mellan informationstillfället och genomförandet av patientintervju I, detta för att säkerställa frivilligheten i deltagandet i projektet. Intervjuerna ägde rum tidsperioden april 1991 till februari 1995. Platsen för själva intervjun varierade: ett samtalsrum på slutenvårdsinstitution, patientens eget hem eller en helt neutral plats. Så långt möjligt fick individen själv styra detta. När patienten hade pågående kontakt med vården, fick han eller hon välja om kontaktpersonen skulle närvara vid intervjun. Endast någon enstaka patient valde att ha med sin kontaktperson under intervjun.

Vid patientintervju I kartlades aktuella vårdförhållanden och kontakter med psykiatri. Patienterna diagnostiserades enligt DSM-III-R¹ (3). Klinisk intervju och journaldata låg till grund för såväl axel I som axel II diagnos. Vid tveksamhet användes SCID² (4). Vidare gjordes en graderad symtombeskrivning enligt BPRS³ (5) samt funktionsbedömning med en global skattningsskala GAD⁴ (6), varvid beaktades social och yrkesmässig funktionsförmåga. Högsta respektive lägsta funktionsnivå det senaste året skattades och aktuell funktionsnivå vid intervjutillfället bedömdes. Aktuell liksom total medicinering under det senaste året uträknades och biverkningsskattning enligt UKU⁵ :s biverkningsskala (7) genomfördes.

Individen tillfrågades om deltagande vid patientintervju II och ombads namnge en eller två anhöriga/närstående som enligt patientens vilja fick tillfrågas om deltagande i en anhörigintervju.

Resultat

Journalstudie

Av de 130 personer som uppfyllde studiens kriterier som

¹ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edn revised

² Scale for Clinical Interviews and Diagnosis

³ Brief Psychiatric Rating Scale

⁴ Global Assessment of dysfunction

⁵ Udvalg for kliniske undersøgelser

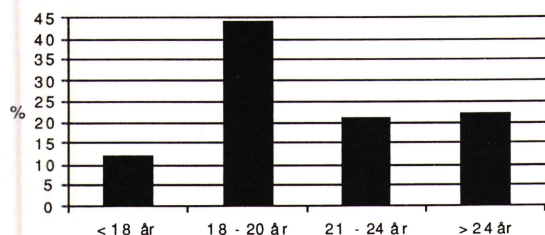
Maximalt tre personliga kontakter i motivationssyfte har skett.

”psykiskt långtidssjuk”, var 64 % män och 36 % kvinnor. Av dessa hade åtta män och sex kvinnor avlidit innan projektet startade. Journalstudien var således tänkt att genomföras på 116 journaler, av olika skäl har dock tre av dessa journaler ej gått att uppbringa. Nedanstående resultatredovisning grundar sig på studie av 113 patientjournaler - 64 % män och 36 % kvinnor.

Migration. Från respektive inventeringstillfälle och fram till journalstudien hade nio personer flyttat från Västmanland.

Debutålder. Enligt journaluppgifterna visade sig åldern vid första kontakten med psykiatrin vara mycket låg. Majoriteten hade haft sin första kontakt före 20 års ålder enligt journaluppgifter i patientens vuxenpsykiatriska journalhandlingar. Barnpsykiatrins journaler har ej studerats.

Av Figur 1 framgår åldersfördelningen vid första kända kontakt med psykiatrin.



Figur 1. Ålder vid första kontakt med psykiatrin

Vårdform. Av de 113 patienterna hade 79 % någon gång tvångsvårdats. Kontakt med psykiatrisk öppenvård hade 18 % haft vid något tillfälle. Dagvård, antingen vid separat dagvårdsenhet eller som dagpatient vid slutenvårdsenhet hade 46 % av gruppen erhållit någon gång.

Medicinering vid inventeringstillfället. Av totalgruppen medicinerade 75 % med neuroleptika vid inventeringstillfället. Klorazepin (Leponex®), som vid tidpunkten för samtliga inventeringar var ett licenspreparat erhöll totalt sex patienter (5 %), samtliga parallellt med annat neuroleptika under inventeringsåret. Av de 26 personer som ej medicinerade med neuroleptika tillhörde endast två den grupp som insjuknat före 1982, vilket innebär att i grupp I var 95 % ordinerade

neuroleptika vid 1980-talets början. Medicinering i form av bensodiazepiner erhöll inte någon av de patienter som inventerades 1982. Av dem som insjuknat efter 1983 erhöll totalt 36 % bensodiazepiner under respektive inventeringsår.

Mortalitet. Av de 14 personer som vid journalstudien uppfyllde projektets definition som psykiskt långtidssjuka men som avlidit innan projektet startade, var hälften under 38 år och de övriga mellan 54 och 63 år vid dödsfallet. Diagnostiskt skiljer sig denna grupp inte på något vis från totalgruppen.

Dödsorsakerna fördelar sig på två oklara dödsfall, varav ett troligt suicid, i övrigt två olyckor som ej är suicid. Fem patienter hade avlidit av hjärt-kärlsjukdom, två av lunginflammation och tre till följd av annan kronisk somatisk sjukdom.

Merparten av de patienter som avlidit hade en pågående psykiatrisk kontakt vid tidpunkten för dödsfallet: fem av de avlidna vårdades inom sluten psykiatrisk vård och tre hade en pågående öppenvårdskontakt. Av de övriga fanns alla utom två inom någon form av särskilt boende, t ex gruppboende inom omsorg eller sjukhem.

Bortfall

Av de identifierade 113 personerna accepterade 92 att delta i patientintervju I efter att ha informerats enligt ovan om avsikten med projektet.

Av gruppen som inventerades 1982, grupp I, deltog 34 av 39 personer, (87 %). Av gruppen som inventerades 1984-1989, grupp II, accepterade 58 av 74, vilket motsvarar 78 %. Av de 21 som tackade nej eller ej kunde nås via brev/telefon befann sig endast två (9 % av bortfallet) inom slutenvården, varav en på privat sjukhem och en på psykiatrisk enhet. Kontakt med psykiatrisk öppenvård hade tio (48 %) av dem som inte velat delta i intervjun. Fem personer (24 %) hade ingen psykiatrisk kontakt. För de resterande fyra (19 %) som hade flyttat utomläns/utomlands var aktuell kontakt/vårdssituation okänd vid tidpunkten för intervjuerna då personerna dels ej gick att nå för en personlig kontakt och dels var aktuella journaldata ej tillgängliga för projektgruppen.

Patientintervju I

Vårdkontakt - öppen/sluten vård. Vid läkarbedömningen vårdades 64 % av patienterna i slutenvård, 28 % hade öppenvårdskontakt och 8 % hade ingen aktuell kontakt med psykiatrin. Här fanns en markant skillnad

Åldern vid första kontakt med psykiatrin, enligt journaluppgifter, visade sig vara mycket låg.

14 män och två kvinnor var dömda till sluten psykiatrisk vård

mellan grupperna såtillvida att av de 34 patienterna i grupp I var bara 12 % utanför slutenvårdsenhet vid intervjutillfället. För grupp II befann sig 50 % inom slutenvård och lika stor del utanför institution vid intervjutillfället.

Könsfördelning - sluten vård. Av de 30 slutenvårdade patienterna i grupp I var arton män och tolv kvinnor. Fördelningen inom grupp II var tjugoen män och åtta kvinnor.

Vårdform inom slutenvården - frivillig eller tvångsvård. Inom slutenvårdsgruppen total vårdades 66 % frivilligt. Tvångsvård enligt LSPV (lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) eller LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård) erhöll 8 % av totalgruppen. Resterande 26% var dömda till psykiatrisk vård enligt LSPV, N- eller O-fall, eller LRV (lag om rättspsykiatrisk vård)⁶

I grupp I var åtta av männen och en av kvinnorna domstolsöverlämnade. Motsvarande siffror för grupp II var sex män och en kvinna.

Diagnostik. Diagnostik enligt DSM-III-R, som är ett multiaxialt diagnosystem, axel I (till denna kategori hör bl a alla psykotiska sjukdomstillstånd) och axel II (personlighetsstörning och utvecklingsstörning), visade på en stor grupp med psykosdiagnos: 63 % och ytterligare 7 % med tidigare psykos i remission (utan aktuella sjukdomssymtom) vid bedömningen.

I grupp I hade 90 % av patienterna en psykotisk sjukdom. Endast två av de 34 patienterna i denna grupp hade enbart en axel II diagnos.

Axel II diagnos, enbart eller tillsammans med axel I diagnos, förekom hos 30 % av den totala gruppen. Vanligast var personlighetsstörning inom gruppen antisocial-, borderline-, narcissistisk- personlighetsstörning, vilket 16 % av de 92 intervjuade personerna uppvisade.

⁶ Psykiatrisk tvångsvård bedrevs fram till 1992 enligt LSPV i fyra olika kategorier av tvångsvård: O-, N- och PN-fall innebar tvångsvård efter brottslig handling.

Lagstiftningen ändrades 1992 till två separata lagrum; LPT för tvångsvård enligt vårdintyg utfärdat av läkare och LRV som innebär att patienten är av domstol överlämnad till tvångsvård efter att ha begått en brottslig handling under inflytande av psykisk sjukdom.

I den till vård dömda gruppen på totalt 15 individer hade fyra såväl axel I som axel II diagnos, t ex psykiatrisk depression och antisocial personlighetsstörning eller alkoholmissbruk och antisocial personlighetsstörning.

Totalt hade 53 % av patienterna i den dömda gruppen en axel II diagnos, detta att jämföra med hela gruppen långtidssjuka, där 23 % uppvisade en axel II diagnos.

Medicinering. En klar majoritet av de intervjuade, 80%, hade pågående medicinering med neuroleptika (antipsykosmedicin), varav 30 % i depot (långtidsverkande injektionsform). Vid intervjutillfället fick 47 % av patienterna i grupp I och 12 % i grupp II Klozapin (Leponex^R), enbart eller tillsammans med annat neuroleptika. Detta innebär att 25 % av totalgruppen intervjuade fick Klozapin, en markant ökning jämfört med under inventeringsåret, då endast 5 % var ordinerade Klozapin. Enbart Klozapin erhöll 13 % av totalgruppen. Medicinering med benzodiazepiner fick 38 % av hela gruppen. Endast två av de 92 intervjuade var helt medicin fria. Av de som ej hade kontakt med psykiatrik erhöill de flesta sin medicin från distriktsläkaren.

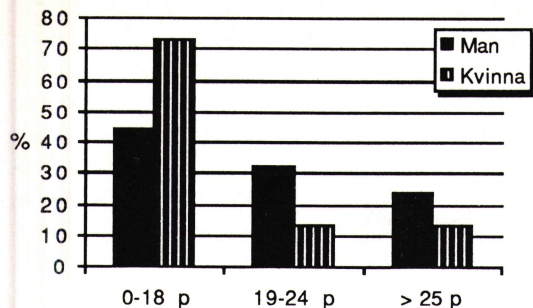
Sjukdomsgrad. Symtomskattning kunde fullföljas för 89 av de 92 intervjuade. Två av de patienter som avbröt intervjun hade en utvecklingsstörning som diagnos och bedömdes ej förstå frågorna i BPRS. Den tredje intervjun som avbröts berodde på fientlighet från patienten under pågående samtal.

Då individen bedömdes befinna sig i sitt habitualtillstånd hade hälften av de skattade patienterna en total BPRS-poäng över 19, vilket innebär handikappande symtom. Ytterligare en femtedel hade mer än 25 poäng, dvs mycket svåra symtom. De med längst sjukdomsduration visade också högst poäng: i grupp I hade 32 % av patienterna över 25 poäng, jämfört med 12 % i grupp II.

Vad gäller sjukdomsgraden finns också en tydlig könsskillnad såtillvida att männen hade en väsentligt högre BPRS-poäng. *Figur 2* visar sjukdomsgrad relaterat till kön.

Social funktionsnivå. Parallellt med ökad sjukdomsgrad vid längre sjukdomsduration och högre grad av

Manligt kön och lång sjukdomstid visade sig innebära mycket svåra symtom och lägst social funktionsnivå.



Figur 2. BPRS-poäng.

institutionsvård uppvisade patienterna i grupp I en markant lägre social funktionsnivå. Den skala som användes avser att endast bedöma social funktion, utan hänsyn till symtom.

Tabell 1 visar social funktionsnivå vid intervjutillfället fördelat på grupp I och II samt i totalgruppen.

Tabell 1. Social funktionsnivå enligt GAD - (vid intervjutillfället), fördelat på grupp I och grupp II och i totalgruppen.

GAD - poäng	Grupp I n=34	Grupp II n=58	Totalgrupp n=92
61 - 91 fungerar i stort bra	3 %	21 %	14 %
51 - 60 funktionssvårigheter	20 %	26 %	24 %
41 - 50 allvarlig funktionsstörning	15 %	22 %	20 %
0 - 40 uttalad funktionsstörning	62 %	31 %	42 %

Biverkningar. Vid förfrågan om medicinen totalt sett inneburit något positivt för patientens välbefinnande svarade 82 % av grupp I, och 59 % av grupp II att så var fallet. I grupp II tyckte så stor del som 36 % att medicinen hade en mycket stor del i det allmänna välbefinnandet.

Enligt Tabell 2 framgår de mest frekvent rapporterade biverkningarna vid förfrågan utifrån samtliga i UKU-s biverkningsskala ingående items.

UKU-s skala är uppdelad i fyra huvudgrupper av biverkningar:

1. Psykiska biverkningar
2. Neurologiska biverkningar

Tabell 2. De enligt UKU-skalan mest frekvent rapporterade biverkningarna, fördelat på grupp I, grupp II och totalgruppen.

Biverkan	Grupp I n=34	Grupp II n=58	Totalgrupp n=92
Sedering	56 %	33%	41 %
Tremor	29 %	41 %	41 %
Vikt ökning	41 %	29 %	34 %
Motorisk akatesi	53 %	22 %	34 %
Ökad sömn	41 %	26 %	31 %
Rigiditet	41 %	21 %	30 %
Psykiskt beroende	20 %	28 %	25 %
Sänkt salivproduktion	0 %	38 %	25 %
Ökad salivproduktion	38 %*	12 %**	22 %
Minskad sexuell lust	20 %	12 %	14 %

* 47 % av patienterna i grupp I medicinerar med Klozapin, som ger ökad salivation som vanlig biverkan

** 12 % av patienterna i grupp II medicinerar med Klozapin

3. Autonoma biverkningar

4. Andra biverkningar

Till varje huvudområde hör mellan åtta och 19 items, som vid en semistrukturerad intervju skattades enligt en fyrgradig skala, där 0 betyder inga biverkningar och 3 svåra biverkningar.

Diskussion

Via ett flertal inventeringar under 1980-talet har ett drygt hundratal personer med långa slutenvårdstider inom psykiatri identifierats. Av 113 tillfrågade personer accepterade 92 att delta vid en läkarbedömning och alla utom tre klarade av att genomföra den relativt tidskrävande intervjun. Flertalet har dessutom uttalat sig positivt om att bli tillfrågade att delta i undersökningen. En genomgående upplevelse vid intervjutillfällena har varit att dessa svårt handikappade personer, alla med allvarlig psykisk störning, flertalet med psykosdiagnos, visat ett stort intresse och väl klarat att genomföra intervjuens olika delar. De personer som deltagit har även visat intresse för de olika kartlagda aspekterna, "bra att du frågar, viktigt att ni tar reda på hur vi mår och hur vi har det". Att intervjuerna skett utifrån ett frågeformulär har av både patient och intervjuare upplevts ge situationen en positiv och lugnande struktur.

Av de 14 personer som vid förfrågan om deltagande i patientintervju II (psykolog) avböjde, angav flera att de inte ville bli föremål för en intervju som krävde djupt känslomässigt engagemang. Dessa personer uppgav också att de kände sig tryggare vid ett läkarsamtal än

vid kontakt med annan yrkeskategori - "doktorerna har jag träffat ofta men jag vet inte riktigt vad psykologer frågar om". Här kan naturligtvis resas vissa frågetecken kring frivilligheten vid deltagandet i patientintervju i - patienten lyder doktorn.

De instrument som använts; BPRS, GAD, UKU-s biverkningsskattning och i vissa fall SCID har samtliga upplevts som väl anpassade till patientgruppen. I efterhand konstateras att negativa symtom vid schizofreni fångats dåligt och ett tillägg av PANS⁷ -skalan(8) hade ökat möjligheten att ytterligare tydliggöra denna stora grupp av schizofrena patienter inom långtidsvården.

Vi valde att använda GAD istället för DSM-III-Rs axelV, GAF (3), fungerade vid intervjuerna bra och fyllde önskad funktion då GAD enbart skattar social funktionsnivå utan hänsyn till sjukdomsgraden (som skattades via BPRS).

Biverkningsskattningen via UKU-skalan är den som genomgående bemötts mest positivt av patienterna "viktigt att fråga om". Till UKU-skalan har tillagts frågan om positiv effekt av medicinen, vilket många, enligt ovan redovisade resultat, uppgav sig ha trots biverkningar.

I gruppen noteras en hög dödlighet, 6 % före 30 års ålder och ytterligare 5 % före 63 års ålder, dock få, om ens något suicid. Denna siffra över mortaliteten hos psykiskt långtidssjuka, främst de med schizofreni, stämmer väl med andra undersökningar (9,10). Dock överensstämmer den låga frekvensen av suicid inte med andra studier av prognosen vid schizofreni. Det är känt att omkring 10 % av schizofrena patienter suiciderar, de flesta inom de sex första åren efter insjuknandet (11, 12).

Första kända kontakten med psykiatrin skedde i mycket unga år, 56 % var yngre än 20 år då den första kontakten togs. Denna siffra skulle kunna vara ännu högre eftersom journaler från barn- och ungdomspsykiatrin inte har studerats. Detta stämmer till eftertanke hur vi ska kunna identifiera de blivande långtids-sjuka patienterna tidigt i "vårdkarriären" och kunna förhindra långa slutenvårdsvistelser via avpassade och tidiga insatser i så öppna vårdformer som möjligt. Detta är något som idag är alltmer aktuellt över landet i olika former av tidiga interventioner för nyinsjuknade psykoser.

Debuten för insjuknandet som vi funnit här är betydligt lägre än vad man funnit i flera internationella stu-

dier, där debutåldern, definierat som den första kontakten med psykiatrin, speciellt för schizofreni brukar anges till mellan 25 och 30 års ålder, högre för kvinnor än för män (13,14). Orsaken kan vara att vår population av patienter har selekterats utifrån en lång vårdkarriär, dvs patienter med en sämre prognos, och dessa brukar också debutera tidigt i livet (15). Ett faktum som stöder en sådan förklaring är att nästan två tredjedelar av patienterna befann sig inom slutenvården vid intervjutillfället.

Diagnostiskt dominerar som förväntat psykosgruppen men påfallande många av de intervjuade uppvisar en personlighetsstörning inom gruppen borderline-, anti-social- och narcissistisk- personlighetsstörning. Inom den personlighetsstörda gruppen återfinns flertalet av de domstolsöverlämnade patienterna i undersökningen. Dock bör noteras att de flesta av dessa patienter dömdes till psykiatrisk vård före LRV-lagen, dvs innan de striktare kriterier som nu gäller för rättspsykiatrisk vård trädde i kraft.

Det tycks föreligga en markant förskjutning mot flera rena psykostillstånd i gruppen med lång sjukdomstid, då endast fyra av totalt 34 patienter i denna grupp som insjuknade före 1983 ej har schizofrenidiagnos. Det ska jämföras med endast 50 % med diagnosen schizofreni i den grupp som insjuknat efter 1983. Ett sätt att tolka dessa siffror är att vi blivit bättre på att undvika institutionalisering av personer med schizofreni och kan omhänderta dessa i öppna vårdformer, vilket är bra. Ett annat sätt att tolka dessa siffror är att psykiatrin under 80-talet blivit så diversifierad att resurserna inte räcker till för en av dess kärngrupper, de schizofrena, vilket naturligtvis inte är bra.

En stor andel av patienterna har någon gång varit tvångsvårdade, något som indikerar den inventerade gruppens höga sjukdomsgrad. En annan förklaring kan vara att tvångsvård var vanligare på 70- och 80-talen och då ofta fungerade som en "inträdesbiljett" till den slutna vården och då lagstiftningen (LSPV) var något liberalare. På senare år förefaller antalet domstolsöverlämnade patienter ha ökat och här har psykiatrin skyldighet att vårda dessa.

Få patienter behandlades med enbart ett neuroleptika, de flesta hade tre eller fler, vilket troligen ger en genomsnittlig bild av hur omfattande polyfarmacin för psykiskt långtidssjuka ser ut idag. Vid psykotisk sjukdom är medicineringsmed neuroleptika en viktig faktor för att minska återfallsrisken. Dock visar denna studie att så många som 80 % av alla patienter behandlas med neuroleptika trots att endast 70 % har en psykos-

⁷Positive and negative symptoms in schizophrenia

sjukdom, aktuell eller i remission, vilket kan väcka frågan om slentrianmässig medicinföreskrivning till psykiskt långtidssjuka. Ett positivt fynd var dock att trots biverkningar tyckte 67 % av totala antalet patienter att de blev markant hjälpta av sin medicinering.

En starkt selekterad grupp psykiskt långtidssjuka med hög grad av tvångsvård, tidigt insjuknande, låg social funktionsnivå och svår symtomatologi trots medicinering har identifierats. Ett uppenbart stort behov av fortsatt stöd/fortsatta kontakter med den psykiatriska vården, där merparten fortfarande efter upp till 15 år från inventeringen är kvar inom slutenvård, har framkommit. Detta tillsammans med patienternas positiva inställning och förmåga att medverka vid intervjuerna ger stora möjligheter att aktivt jobba vidare med gruppen psykiskt långtidssjuka personer.

REFERENSER

1. Finn Å, Johansson K, Östman O: Institutionsvårdade patienter inom den psykiatriska vården. Redovisning av två patientinventeringar i Västmanland. Västerås Rapport nr 2. 1991.
8. Kay, S R, Sing M M: The positive-negative distinction in drug-free schizophrenic patients. Stability, response to neuroleptics and prognostic significance. Archives of General Psychiatry 1989;46:711-718.
9. Stephens J H: Long-term prognosis and follow-up in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1978;4:25-37.
10. Ciompi L: Learning from outcome studies. Towards a comprehensive biological-psychological understanding of schizophrenia. Schizophrenia Research 1988;1:373-384.
11. Jonson H, Nyman A K: Prediction of outcome in schizophrenia. Acta Psych Scand 1984;69:274-291.
12. Westermeyer J F, Harrow m, Marengo J T: Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 1991;179:259-266.
13. Goldstein J M: Gender differences in the course of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1988;145:648-689.
14. Lewine R R J: Sex differences in the course of schizophrenia: timing and subtypes? Psychological Bulletin 1981;90:432-444.
15. Salokangas R K: Prognostic implications of the sex of schizophrenia. British Journal of Psychiatry 193;142:145-151.

Fullständig referenslista kan erhållas från Åsa Rangford



Nya böcker från SPRI om psykiatri

Kvalitetsindikatorer i psykiatrisk verksamhet

Rapporten redovisar erfarenheter från lokalt arbete med kvalitetsindikatorernas praktiska användbarhet. SPRI rapport nr 445, 160:- exkl moms

Närstående om den psykiatriska vården - frågeformulär och erfarenheter från en studie

Erfarenheterna från en studie i Halland utgör underlag för en sammanställning av tips och råd för dem som i framtiden vill genomföra undersökningar bland närstående till psykiatrins patienter. SPRI rapport nr 448, 60:- exkl moms

Glöm inte Svenska Psykiatriska föreningens serie med kliniska riktlinjer för utredning och behandling av allt från schizofreni till suicidnära patienter. Årsabonnemang ca 600:- exkl moms



Hälsö- och sjukvårdens utvecklingsinstitut
Box 704 87, 107 26 Stockholm
tfn: 08 702 46 00, fax: 08 702 47 99