

Allt färre patienter i sluten psykiatrisk vård

Förändringar i Gästrikland 1985 - 1993

Lennart Tysk

Bernice Wessén

Den psykiatriska vården har genomgått genomgripande förändringar på senare år. I Gästrikland genomfördes omorganisationen huvudsakligen under andra hälften av 1980-talet. Då minskades den slutna vården till förmån för en utbyggd och decentraliserad öppen vård. Under 1990-talet förändrades förutsättningarna genom att nya regler för vårdköp mellan sjukvårdsdistrikten infördes. Samtidigt minskade de ekonomiska ramarna. Detta kan ha bidragit till att slutenvården fortsatt att minska. Genom patientinventeringar 1985, innan förändringsarbetet tog fart, 1991, efter sektoriseringens genomförande och 1993, i skedet efter sektoriseringen, kunde förändringar i patientsammansättning och vårdtider avläsas. Drivkraften bakom förändringarna diskuteras.

Lennart Tysk är med dr och chefsöverläkare på psykiatriska mottagningen i Sanviken. Bernice Wessén är sjukvårdssekreterare vid Sanvikens sjukvårdsdistrikt.

Inledning

Den psykiatriska vården i Sverige omorganiserades, främst under 1980-talet, från en i huvudsak sjukhuscentrerad till en decentraliserad organisation med tyngdpunkten lagd på öppna och halvöppna vårdformer. Den öppna vården skulle stå för närhet, tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn. Den slutna vården skulle reduceras kraftigt. På de flesta håll var detta också en förutsättning för att kunna frigöra resurser för utbyggnad av öppna vårdformer. Mindre geografiska områden, s k sektorer, skulle ha en psykiatrisk vårdorganisation med totalansvar för befolkningens vårdbehov såväl i öppen som sluten vård.

Denna s k sektorisering har utvärderats på flera håll. Lindholm (1) fann i sin tidiga studie ingen minskning

av slutenvårdsutnyttjandet, men de flesta senare studier har bekräftat att sjukvården minskat i samband med psykiatrins omorganisation. Stefansson et al (2) fann att fr a intagningsfrekvensen hade minskat, Hansson (3) rapporterade att antalet vård dagar hade minskat med 40%. Liknande förhållanden, med en reduktion på 44%, rapporterades från Danmark av Valbak (4). Munch-Jorgensen (5) rapporterade en minskning med 43%. Alla diagnostiska grupper var berörda, främst äldre patienter. Neurosklientelet hade nästan försvunnit från sjukhusens vårdplatser. Licht et al (6) fann att minskningen främst gällde de långtidsvårdade patienterna. Westrin et al (7) fann att vårdtyngden ökat då vårdplatsutnyttjandet minskade.

I Gävleborgs län tillskapades under 1960-talet psykiatriska klinikerna i Bollnäs med omkring 600 vårdplatser, ett av de sista psykiatriska sjukhusen, och psykiatriska lasarettskliniken i Gävle med 60 vårdplatser. Patienter i behov av långvarig vård eller tvångsvård vårdades i Bollnäs. Dessutom fanns sedan länge några sjukhem för sk lättsköta psykiskt sjuka. Psykiatrins omorganisation innebar att landskapet Gästrikland, som utgör den södra länsdelen med 147.000 invånare, skulle utgöra en psykiatrisk sektor. Resurser för utbyggnad av den öppna vården skulle frigöras genom stängning av vårdavdelningar i Bollnäs. Gästrikland skulle bli huvudsakligen självförsörjande beträffande både öppen och sluten vård, men vissa länsgemensamma resurser skulle finnas kvar i Bollnäs.

Sektoriseringens genomfördes enligt planerna under 1980-talets andra hälft. Vårdplatsantalet i Bollnäs minskade drastiskt. Samtidigt reducerades antalet patienter vid de gamla sjukhemmen, där vårdmiljön behövde

Sektoriseringen genomfördes enligt planerna under 1980-talets andra hälft

förbättras. Vården av åldersdementa patienter överfördes från psykiatri till annan vård i landstingets eller kommunernas regi. En inventering av den slutna vården hade genomförts 1985 som ett led i planeringen inför förändringsarbetet (8). År 1991, när sektoriseringen i huvudsak var genomförd, utfördes en ny inventering, som till stor del kunde jämföras med den föregående. Det materialet utgör en del av underlaget för denna presentation.

Under 1990-talet har emellertid nya faktorer tillkommit, faktorer som starkt påverkat vårdorganisationens utveckling. Ekonomin sviktar, och man har infört regler för köp av tjänster mellan sjukvårdsdistrikten. De psykiatriska klinikerna har ålagts sparkrav. I Gästrikland medförde detta att sektorsorganisationen upplöstes. Sandvikens sjukvårdsdistrikt, som omfattar kommunerna Sandviken, Ockelbo och Hofors med tillsammans 58.000 invånare, skiljdes från Gävle sjukvårdsdistrikt, som har ca 89.000 invånare, och fick därmed en självständig psykiatrisk basenhet. Den var dock beträffande sjukhusvård hänvisad till att köpa vård i Gävle och Bollnäs. Gävle hade en mer pressad ekonomi. Där såg man sig tvingad att inte endast reducera vårdköpen i Bollnäs till ett minimum, man stängde också en egen korttidsvårdavdelning.

För att belysa vilka förändringar beträffande t ex patientantal, patientsammansättning och vårdtider som inträffat efter sektoriseringen utfördes en ny inventering i september 1993, nästan på dagen två år efter den föregående. Denna rapport avser att belysa förändringar i slutenvårdsutnyttjandet dels i samband med psykiatriens omorganisation, dels under de närmaste åren därefter.

Material och metoder

Samtliga psykiatriska vårdenheter i Gävleborgs län tillställdes ett inventeringsformulär, som skulle fyllas i en viss dag i början av maj 1985. När man undantar patienter från andra sjukvårdsdistrikt och patienter i dagvård eller särskilt boende omfattar det materialet 290 patienter. En liknande inventering utfördes i slutet av september 1991. Då var patientantalet 131. Den äldre inventeringen kunde efter omkodning av blanketterna jämföras med den senare. I september 1993 upprepades inventeringen från 1991. Denna gång försökte man även få med de patienter från Gästrikland som vårdades av annan vårdgivare, även utom länet. Materialet omfattade 76 patienter, varav 66 vårdades inom den

Psykospatienterna hade minskat i antal men ökat i andel

egna organisationen. Den senare siffran är alltså bäst jämförbar med de tidigare inventeringarna. Statistisk signifikans beträffande förändringar beräknades med chi 2-test.

Resultat

Resultat av jämförelse mellan inventeringarna 1985 och 1991

Patientantalet hade alltså minskat från 290 till 131, en minskning med 55%. Minskningen var jämt fördelad mellan kommunerna inom landskapet. Könsfördelningen var ej signifikant förändrad, men andelen män tenderade att öka (från 47% till 56%). Ungefär var tredje patient (36%) hade egen bostad 1985. År 1991 hade denna siffra ökat signifikant ($p < 0.01$) till 50%. Gävle, som den största kommunen med mest uttalad stadskarakter, hade något högre vårdplatsutnyttjande i förhållande till befolkningsunderlaget vid båda mätillfällena. Den aktuella vårdtidens längd hade minskat från i medeltal 6.73 till 5.67 år och fördelningen mellan korttids- och långtidsvårdade fall hade förändrats markant ($p < 0.001$). Det var fr a kategorin med vårdtid överstigande ett år som hade minskat. Patienternas medelålder hade minskat från omkring 65 till omkring 55 år.

Tvångsvården hade minskat från 61 (19,9%) till 36 (25,2%), men andelen hade alltså ökat något. Andelen patienter med enkelrum var 34% år 1985 och 51% 1991. Fem patienter delade rum i ett fall (på sjukhem) 1985, år 1991 förekom detta i samma utsträckning (men nu på lasarettskliniken). Antalet inneliggande på sjukhem hade minskat från 130 till 66. På det psykiatriska sjukhuset i Bollnäs var reduktionen från 135 till 19 patienter från Gästrikland.

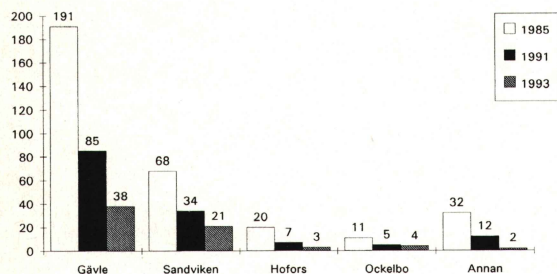
Fördelningen av patienter i diagnosgrupper hade förändrats signifikant ($p < 0.001$). Psykospatienterna hade minskat i antal men ökat i andel. Neurospatienterna hade minskat kraftigt. Den mest markanta förändringen gällde emellertid gruppen övriga diagnoser, som innefattade bl a demensvården. År 1985 angavs 93 fall av åldersdemens. Gruppen övriga diagnoser omfattade då 107 patienter. År 1991 torde endast enstaka patienter med demensdiagnos ingå i gruppen övriga diagnoser,

som nu omfattade 24 patienter. Omkring halva den totala minskningen från 1985 till 1991 förklaras alltså av att den psykiogeriatriska vården överförts till andra vårdgivare.

Resultat av jämförelsen 1991 och 1993

Patientantalet hade nu åter minskat, från 131 till 66, en minskning med nära 50%. Om man räknar med de patienter som vårdades utanför länet, på rättspsykiatrisk regionenhet eller på behandlingshem, sammanlagt 10 patienter, blir vårdplatsutnyttjandet 0.52 per 1.000 invånare, för Gävles del 0.47 och för Sandvikens sjukvårdsdistrikt 0.59 per 1.000 invånare. Följande jämförelser gäller dock enbart de patienter som vårdades inom det egna landstingsområdet. *Figur 1* visar hur patient-

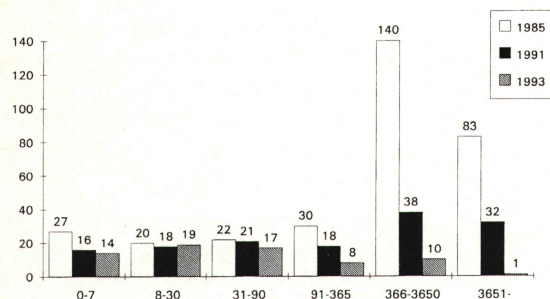
Figur 1. Patienternas hemortskommun.



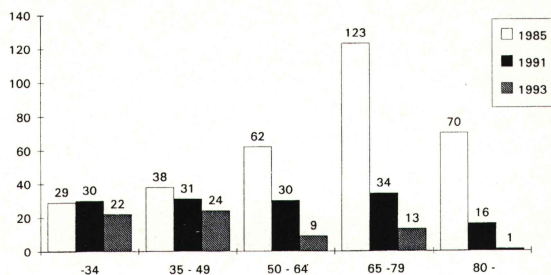
terna fördelade sig med avseende på hemortskommun vid de olika inventeringstillfällena.

Könsfördelningen var år 1993 57% män och 43% kvinnor, alltså ungefär den samma som 1991. Andelen patienter med egen bostad hade nu ökat från 50 till 80% ($p < 0.01$). Den aktuella vårdtidens längd hade minskat från i medeltal 5.67 år till 312 dagar! *Figur 2* visar fördelningen av grupperade vårdtider vid de tre mät-

Figur 2. Aktuell vårdtid vid inventeringstillfället.



Figur 3. Inneliggande patienters ålder.

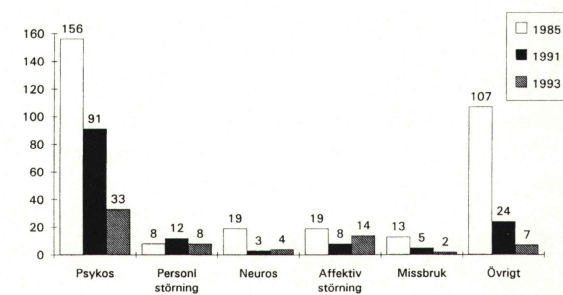


tillfällena. Endast 11 patienter vårdades vid den senaste inventeringen sedan mer än ett år. Inventeringen 1993 visade att 7 patienter, (10%) hade påbörjat mer än 4 vårdperioder sedan den 1 juli 1991, alltså sedan drygt två år tillbaka. Den siffran är ej jämförbar med tidigare inventeringar. Patienternas medelålder hade minskat från omkring 55 till omkring 45 år. *Figur 3* visar att fördelningen mellan åldersgrupperna hade förändrats markant ($p < 0.01$).

Tvångsvården hade minskat från 36 till 15 patienter, var 4 vårdades enligt LRV. Andelen tvångsvård är oförändrad. Andelen patienter med enkelrum var oförändrat 50% men antalet patienter som delade rum med 4 medpatienter hade ökat från 5 till 20. I klartext innebär detta fyra överbelagda 4-salar på lasarettskliniken i Gävle. Antalet patienter på sjukhem hade minskat från 66 till 6, och vårdköpen i Bollnäs hade minskat från 19 till 11 vårdplatser vid respektive inventeringstillfälle.

Diagnosfördelningen vid de tre inventeringstillfällena framgår av *figur 4*. Antalet patienter med psykosdiagnos hade minskat från 91 till 33, och numerärt hade denna grupp minskat mest, men andelen i materialet var inte signifikant förändrad. Däremot hade andelen patienter med affektiv störning ökat signifikant

Figur 4. Diagnosgrupper.



($p < 0.01$). Missbrukargruppen hade minskat ytterligare och representerades 1993 av endast två patienter.

Diskussion

Tvårsnittsundersökningar av det här slaget kan naturligtvis vara missledande, eftersom beläggningsantalen varierar från tid till tid. De nu konstaterade förändringarna är dock långt ifrån en tillfällig fluktuation. Den minskning av vårdplatsutnyttjandet som noterats under tiden 1985 till -91 sammanfaller i tiden med sektoriseringens genomförande. Minskningen överensstämmer väl med rapporter från andra håll. Till stor del kan den förklaras med att vården av åldersdementa överförts till andra vårdgivare. I övrigt är det den långvariga vården, särskilt av äldre patienter, som har minskat. De inneliggande patienterna har tyngre diagnoser. Neuroskientelet har nästan försvunnit från sjukhusplatserna.

Man har oroat sig över att avinstitutionaliseringen kan ha drabbat långtidssjuka, som har hänvisats till isolering och sysslöshet, ibland till bostadslöshet (9,10,11,12). En egen uppföljning av långtidsvårdade som skrivits ut till eget boende under åren 1984-88 visade dock att det övervägande flertalet hade funnit sig väl tillrätta ute i samhället (13). Huruvida detta också gäller dem som skrivits ut under de sista åren är inte utrett.

Minskningen från 1991 till 1993 är dramatisk eftersom den inträffat under så kort tid. Den kan delvis förklaras av att en redan pågående utveckling fortsatt. Man har utarbetat nya behandlingsrutiner och omvärderat nyttan av sjukhusvård. En viktig orsak finns också att söka i åldersstrukturen bland våra patienter. En generation av långvarigt hospitaliserade patienter på sjukhus och sjukhem har blivit gamla och främst i behov av somatisk vård eller åldringsvård. Några har också avlidit. Nyrekryteringen i denna grupp är mycket liten.

De gamla sjukhemmen har uppfattats som otidsenliga och som en ovärdig boendeform. De har därför lagts ned. De patienter som fortfarande har bedömts vara i behov av psykiatrisk omvårdnad har fått flytta till särskilda boenden med stöd av psykiatriskt utbildad personal. För de allra flesta har detta inneburit ökad autonomi och förbättrad livskvalitet.

Minskningen har även i någon mån omfattat vårdens yngre patienter. Av vårdtiderna att döma har emellertid korttidsvården inte berörts i nämnvärd utsträckning, trots att vårdplatsantalet har reducerats även på lasaretskliniken. Någon kompensatorisk uppbyggnad av den

Det ligger nära till hands att ekonomiska hänsyn varit en viktig drivkraft bakom utvecklingen efter sektoriseringsskedet

öppna vården för dessa patientkategorier har inte skett. Istället har man fått en klart otillfredsställande överbeläggningssituation i slutenvården.

Det ligger nära till hands att förmoda att ekonomiska hänsyn har varit en viktig drivkraft bakom utvecklingen efter sektoriseringsskedet. Minskningen av den slutna vården har onekligen inneburit besparingar. Psykiatrin har på detta sätt framgångsrikt anpassat sig till krympande ekonomiska ramar. Det finns emellertid en risk för att de sammantagna resurserna för psykiatrisk vård i olika former härigenom har blivit alltför begränsade.

REFERENSER

1. Lindholm H (1983): Sectorized psychiatry. A methodological study of the effects of reorganization on patients treated at a mental hospital. *Acta Psychiatr Scand*, 74 (suppl 304).
2. Stefansson C-G, Cullberg J (1986): Introducing community mental health services. The effects on a suburban patient population. *Acta Psychiatr Scand*, 74:368-78.
3. Hansson L (1989): Utilization of psychiatric inpatient care. A study of changes related to the introduction of a sectorized care organization. *Acta Psychiatr Scand*, 79:571-8.
4. Valbak K, Sorensen LV, Lindhardt A (1992): Evaluation of community psychiatry: a crosssectional study. *Acta Psychiatr Scand*, 85:183-8.
5. Munch-Jorgensen P, Lutzhoft JH, Jensen J, Strömgen E (1992): Trends in psychiatric hospitalization in Denmark: a 10-year register-based investigation. *Acta Psychiatr Scand*, 86:79-83.
6. Licht RW, Gouliæer G, Lund J (1991): Trends in long-stay hospitalization in Denmark: a descriptive register study. *Acta Psychiatr Scand*, 83:314-8.
7. Westrin C-G, Kjellin L, Axelsson-Östman M, Candefjord I-L, Ekblom B, Johansson K et al (1994): Större respekt för anhöriga. Studie bland patienter och anhöriga i psykiatrisk vård. *Läkartidn* 91:3:129-32.
8. Tysk L (1986): Sluten psykiatrisk vård i Gästrikland. En patientinventering. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10:547-60.
9. Wing JK (1990): The functions of asylum. *Br J Psychiatry*, 157:822-7.
10. Weller MPI (1989): Mental illness - who cares? *Nature*, 339:249-52.
11. Weller MPI (1990): Britain blazing a well-worn trail. *Hosp Community Psychiatry*, 41:239.
12. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulzinger F (1992): Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen *Acta Psychiatr Scand* 85:385-9.
13. Wessén B, Tysk L (1991): En uppföljning av långtidsvårdade patienter som skrivits ut från sjukhus i samband med psykiatris omdaning. *Nord Psychiatr Tidsskr*, 45:41-5.