

Vad händer med existerande institutioner?

Olle Östman

Det vanliga påståendet om att ingenting händer inom svensk psykiatri är inte sant. Antalet inneliggande patienter vid de svenska mentalsjukhusen har minskat från 27 000 till 17 000 på en 10-årsperiod. Den aktuella minskningstakten är mellan 1 000 och 2 000 patienter per år. Antalet tvångsvårdade har mer än halverats sista decennierna. Under samma tid har antalet öppenvårdskontakter mångfaldigats, särskilt hos skötarpersonalen i form av kontaktmannaskap.

Trots den kraftiga minskningen av antalet patienter vid mentalsjukhusen har personalen vid dessa ökat i antal. Om inte en omfördelning av personalen sker ut i samhället finns en risk för bakslag för psykiatris utveckling. Om patienten lämnas utan nödvändigt stöd och behandling ute i samhället kan trycket på slutenvården åter komma att öka.

Konsekvensen av en förändrad vårdorganisation blir omfattande för mentalsjukhusen. Förändringarna måste därför ske successivt. De personella resurserna som är bundna vid sjukhusen måste frigöras för att i stället stödja och behandla psykiatriska hjälpbehov ute i samhället och i alternativa vårdformer.

Olle Östman är chef för socialstyrelsens byrå för psykiatrisk vård.

gammalt och nytt. Fortfarande dominerar de äldre mentalsjukhusen och sjukhemmen. De senaste decennierna har emellertid vuxit fram nya och organisatoriskt fristående vårdenheter under inflytande av i och för sig positiva behandlingsinriktade ambitioner. Tillsammans har dessa förhållanden lett fram till att den psykiatriska vårdorganisationen varit mycket splittrad.

Splittringen av de psykiatriska vårdresurserna har resulterat i att det uppkommit systematiska skillnader i patientsammansättningen mellan olika typer av vårdinstitutioner. Detta framgår av *tabell 1*.

Som framgår av tabellen väljer lasarettsklinikerna att behandla yngre patienter med korta vårdtider och ofta neuros som diagnos och sysslar nästan enbart med frivillig vård. Mentalsjukhusen däremot får ta sig an tvångsvården och svara för vård av äldre med långa vårdtider och ofta diagnos åldersdemens och schizofreni.

Om man studerar olika grupper av landsting finner man att där psykiatrin sektoriserats och akutvården replierar på kliniker belägna vid vanliga läns- och länsdelssjukhus har man i allmänhet kortare vårdtider och klarar man sig totalt sett med färre vårdplaster. Omfattningen av tvångsvård är dessutom mycket lägre än inom de landsting där mentalsjukhusen utgör centrala vårdenheter.

Personer som bor inom en vårdcentrals upptagningsområde, och som behöver psykiatriska hjälp-

.....
Omfattningen av tvångsvård är mycket lägre inom landsting där psykiatrin sektoriseras och akutvården handlägges vid kliniker belägna vid vanliga läns- och länsdelssjukhus.
.....

Inledning

Mina synpunkter i detta sammanhang begränsas till i huvudsak konsekvenserna för dagens psykiatriska vårdenheter. Likaså sker en begränsning till tidsperspektivet för planeringsunderlaget, dvs innevarande årtionde. I ett ännu långsiktigare perspektiv kan konsekvenserna bli ännu mer omfattande och av en annan art.

Nuvarande splittring av de psykiatriska vårdresurserna

Dagens psykiatriska institutioner är en blandning av

Tabell 1. Vissa skillnader i den procentuella fördelningen av patientsammansättningen mellan olika typer av psykiatriska institutioner. (Från socialstyrelsens patientinventering 79 03 21).

	Lasarettss- psykiatriska kliniker	Lasarettss- psykiatriska kliniker med ansvar för långtidsvård	Mental- sjukhus	Sjukhem och enskilda vårdhem
<i>Ålder</i>				
–40	39	20	18	7
40 –60	31	21	20	26
60 –	30	59	62	67
<i>Vårdtid</i>				
– 1 v	22	9	5	0
1 v – 3 mån	55	27	21	6
3 mån – 12 mån	10	16	16	10
1 år –	13	47	58	84
<i>Diagnos</i>				
Åldersdemens	8	26	21	8
Schizofreni	15	26	36	59
Neuros	27	8	5	6
Alkohol diagnos	16	10	9	7
Vårdform LSPV	2 %	31 %	55 %	–

insatser, får ofta sina vårdbehov splittrade på ett stort antal självständiga psykiatriska enheter. Nackdelarna härav är uppenbara. Ingen av de psykiatriska enheterna får en samlad bild av den psykiska ohälsan inom sitt upptagningsområde. För psykiatrins viktigaste samarbetspartner – primärvårdens vårdcentraler och socialtjänsten samt den övriga länssjukvården – omöjliggörs härigenom ett fast samarbete kring de psykiatriska vårdproblemen.

Sammanförande av vårdresurserna

Såväl socialstyrelsen i sitt principprogram för psykiatri som SPRI i sitt här presenterade planeringsunderlag förordar bestämt att psykiatrins specialiserade vårdresurser på länssjukvårdsnivå förs samman till en sammanhållen organisation. Härigenom kan uppnås en rad stora fördelar. Länssjukvårdens psykiatri kan få en samlad bild av de psykiatriska problemen inom sina respektive upptagningsområden. Ett fast samarbete kan utvecklas mellan psykiatri och primärvården och socialtjänsten. Möjlig-

heten att bedriva viss subspecialiserad verksamhet kan tillgodoses genom att den psykiatriska kliniken utformas för att tillmötesgå differentierade vårdbehov, dock inom den sammanhållna klinikens ram.

Konsekvenserna för nuvarande vårdinstitutioner blir emellertid mycket stora. Jag har tidigare pekat på systematiska skillnader i patientsammansättningen mellan olika typer av institutioner. Efter ett genomförande av en sektoriserad psykiatri kommer varje klinik att ha vårdansvaret för samtliga typer av psykiatriska patienter inom sitt upptagningsområde. Möjligheterna att selektera bort vissa patientgrupper upphör helt. Alla sorters diagnoser, korttidsvård och långtidsvård, såväl frivillig vård som tvångsvård kommer att ingå i den sektoriserade klinikens ansvar.

En annan utvecklingslinje, som starkt betonas, är behovet av att bryta psykiatrins ställning som särorganisation. Denna är historiskt betingad med tanke på att psykiatri tidigare utformades för att varaktigt ta hand om psykiskt avvikande personer. Ända fram till 1967 hade den annat huvudmannaskap och

egen sÄrlagstiftning jÄmfört med övrig hälso- och sjukvård. Genom att psykiatrin numera har en behandlande och rehabiliterande inriktning framstår det alltmer som nödvändigt att den blir en med den övriga hälso- och sjukvården integrerad del. Gemensamt huvudmannaskap och gemensam lagstiftning med den övriga sjukvården markerar detta förhållande.

Resursfördelningen inom psykiatrin präglas emellertid fortfarande starkt av dess tidigare ställning som särorganisation. Huvuddelen av dess resurser är fortfarande bundna till mentalsjukhus och sjukhem. I utvecklingen av en sektoriserad psykiatri ligger också att göra de psykiatriska vårdresurserna tillgängliga på samma villkor som och tillsammans med övrig sjukvård. Detta torde också vara enda framkomliga vägen för att bryta tidigare olyckliga negativa attityder till detta vårdområde och till de psykiatriska patienterna.

Den psykiatriska akut- och korttidsvården måste därför i framtiden i sin helhet förläggas till vanliga läns- och länsdelssjukhus. Klinikerna vid dessa kommer därvid att förlora sin ställning som kliniker som behandlar endast frivilligt vårdade särskilt utvalda patienter. De måste i stället utformas så att de klarar akutvården av alla sorts psykiatriska patienter. Just patienter med sådana sjukdomstillstånd, att tvångsvård erfordras i den akuta fasen har särskilt ofta behov av hela det samlade läns- eller länsdelssjukhusets resurser för kvalitativt bra vårdresultat. Det får inte längre tillåtas att personer med psykiatriska sjukdomar diskrimineras vad gäller tillgång till den samlade länsjukvårdens kompetens.

Den psykiatriska slutenvården och den specialiserade psykiatriska öppenvården måste i framtiden bli nära knutna till varandra för att säkra långsiktig kontinuitet i behandlingen. Vården måste därutöver anpassas till övriga vårdgivare, främst primärvård och socialtjänst. En sektoriserad kliniks inre struktur måste därför utformas med tanke på samarbetsbehoven främst med primärvårdsnivån. Fristående psykiatriska öppenvårdsmottagningar som vare sig hör till länsjukvårdens psykiatri eller till primärvården kan därför inte längre anses lämpliga.

Mentalsjukhusen och sjukhemmen är som regel utformade under ett tidigare historiskt skede. När

De vårdbehov som hittills tillgodosetts vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka kommer att i framtiden till allra största delen ersättas av alternativa boendeformer.

psykiatrins förnyelse konsekvent genomförts i enlighet med dagens intentioner kommer dessa som självständiga vårdenheter därför inte längre att behövas.

De vårdbehov som hittills tillgodosetts vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka kommer i framtiden till största delen att kunna ersättas av alternativa boendeformer i kombination med sysselsättning vid primärkommunala dagcentraler. Naturligtvis kommer, för att denna målsättning skall lyckas, att behövas ett fortlöpande stöd från en utbyggd psykiatrisk öppenvård. En förutsättning är vidare ett nära samarbete mellan landsting och primärkommuner.

Nuvarande långtidsvård vid mentalsjukhusen kommer att kraftigt begränsas. Patienter som har behov av längre tids målinriktade rehabiliteringsprogram får dessa bättre tillgodosedda vid mindre behandlingshem än genom vård vid stora sjukhus. Huvuddelen av långtidsvården av patienter med åldersdemens beräknas i framtiden kunna ske vid lokala sjukhem inom primärvården. Utvecklingen medför således även konsekvenser för lokala sjukhem, vilka måste utformas och bemannas så att de klarar denna uppgift. En förutsättning är också att psykiatriska konsultinsatser kommer att finnas tillgängliga vid sjukhemmen.

Även i framtiden kommer emellertid att finnas ett behov av kvalificerad psykiatrisk långtidssjukvård. Denna blir dock jämfört med tidigare av begränsad omfattning och sannolikt någonstans i intervallet 0,5–1 vårdplats per 1000 invånare. Denna dimensionering beräknas då också rymma långtidsvård av bl a farliga patienter, vissa domstolsöverlämnade samt en mindre grupp patienter med åldersdemens, som även i framtiden beräknas behöva vårdas inom psykiatrin. Denna långtidsvård bör i framtiden vara en integrerad del av den sektoriserade psykiatrin.

Då den blir av begränsad omfattning ger den inte längre underlag för självständiga mentalsjukhus. En på sikt bättre lösning är att som i Sundsvall planera för en mindre långvårdsenhet i nära anknytning till den sektoriserade psykiatrins korttidsvård och utformad för så hemlikt boende som möjligt.

Konsekvenserna av beräknade förändringar för mentalsjukhusen kommer således att bli mycket omfattande. Dessa sjukhus är av tradition stora vårdinstitutioner med många anställda. Därigenom har de stor arbetsmarknadspolitisk betydelse. I många fall är de av stor primärkommunal ekonomisk betydelse. Förändringarna måste därför givetvis ske successivt. Socialstyrelsen kommer i en särskild rapport som kommer att presenteras under våren att belysa olika aspekter i samband med den förväntade utvecklingen för mentalsjukhusens del.

Med hänsyn till den beräknade utvecklingen är det viktigt att man nu snarast startar en planering för psykiatrins nya situation, där mentalsjukhusen som självständiga enheter inom ett tiotal år kommer att vara obehövliga. De personella resurser, som fn är bundna vid sjukhusen måste i framtiden frigöras och omfördelas för att i stället stödja och behandla personer med psykiatriska hjälpbehov, vilka i framtiden i ökad utsträckning kommer att finnas ute i samhället eller i alternativa vårdformer. Jag har här inte närmare gått in på konsekvenserna för primärkommunernas och socialtjänstens del. Med en förnyad psykiatri måste dock ställas krav på att kommunerna svarar för boende och sysselsättning. Inte minst kommer primärkommunala dagcentraler att bli av mycket central betydelse.

En utveckling redan på gång

Pläderandet för genomförandet av en sektoriserad psykiatri känns idag i viss mån som att slå in öppna dörrar. Vi befinner oss redan mitt inne i en period av snabba förändringar. Få andra vårdområden kan uppvisa ett så snabbt skeende som just dagens psykiatri. Det vanliga påståendet om att ingenting händer inom psykiatri är därför inte sant.

I själva verket minskar sedan några år tillbaka antalet inlagda patienter i svensk psykiatri med 1000–2000 patienter per år. Antalet tvångsvårdade har mer än halverats sista decenniet och

.....
Psykiatrin är väsentligt bättre än sitt rykte och kan faktiskt uppvisa en rad bra behandlingsresultat.
.....

under samma tid har antalet öppenvårdskontakter mångfaldigats, särskilt hos skötarpersonalen i form av kontaktmannaskap. Antalet kuratorer och psykologer har långt mer än fördubblats och tillfört social och psykoterapeutisk kompetens. Gamla passiva sjukhem har funktionellt ändrat karaktär och blivit aktiva behandlingshem. Antalet inlagda patienter vid de svenska mentalsjukhusen har minskat från 27000 till 17000 – således en minskning med 10000 patienter. Den kvarvarande patientpopulationen vid mentalsjukhusen har under den senaste tjugoårsperioden blivit ungefär 10 år äldre – ett uttryck för att tillkomsten av nya långvårdsfall har minskat kraftigt och att de patienter, som nu finns inlagda på mentalsjukhusen i relativt stor utsträckning är en restgrupp som successivt kommer att försvinna. Denna förväntade utveckling i kombination med att ca 5000 av de nu inlagda patienterna har åldersdemens och i framtiden beräknas erhålla vård vid lokala sjukhem samt att de 3000 vårdplatserna vid nuvarande mentalsjukhus som används för korttidsvård bör omfördelas till vanliga läns- och länsdelssjukhus gör det möjligt att prognostisera behovet av vårdplatser vid mentalsjukhusen under det kommande decenniet.

Psykiatrin är, som framgår av här redovisade utvecklingstendenser, väsentligt bättre än sitt rykte och kan faktiskt uppvisa en rad bra behandlingsresultat. På många håll i landet har också i det tysta men under inflytande av stort lokalt engagemang vuxit fram väl fungerande alternativ till traditionell slutenvård.

Det som möjliggjort dessa stora förändringar är en utveckling av vårdinnehållet. Även om de i dag tillgängliga psykofarmaka har stora brister så har de tillsammans med en utveckling av psykoterapi och sociala åtgärder möjliggjort att psykiatrin i allt större utsträckning genomförs av en aktiv behandling och rehabiliterande inriktning. Tyvärr hittar man emellertid fortfarande alltför många avdelning-

ar vid sjukhus och sjukhem, där man inte tagit del av denna utveckling, utan där det gamla vårdinnehållet och de gamla vårdformerna fortfarande dominerar. Tyvärr är antalet psykoterapeutiskt vidareutbildade personer fortfarande skrämmande lågt på de flesta håll inom svensk psykiatri. Bristen på psykiatrer försvårar på många håll förnyelsen.

Gammalt och nytt finns fortfarande jämsides. Det som nu ter sig mycket alarmerande i svensk psykiatri är att psykiatrins förnyade vårdinnehåll och inriktning i huvudsak fortfarande tvingas ske inom ramen för den ålderdomliga vårdstrukturen. Denna liksom den svåra splittringen av vårdresurserna verkar starkt hämmande och kan komma att förhindra en fortsatt nödvändig utveckling.

Till detta bidrar också att de personella resurserna inom psykiatrin hittills inte omfördelats i någon nämnvärd utsträckning. Trots den kraftiga minskningen av patienter vid mentalsjukhusen har personalen vid dessa ökat i antal. Om personalen

inte omfördelas ut i samhället finns en risk för bakslag i psykiatrins utveckling. Om patienter lämnas utan nödvändigt stöd och behandling ute i samhället kan trycket på slutenvården åter komma att öka. SPRI:s planeringsunderlag utgör emellertid en konkret modell för hur man nu inom samtliga landsting kan vidareutveckla sin planering och fatta beslut som även innefattar omfördelning av de personella resurserna.

I dag finns en bred uppslutning om behovet av att medicinskt och psykoterapeutiskt kunnande måste finnas samtidigt och att behandlingen av de enskilda patienterna måste ske med patienterna så långt möjligt kvar i sin lokala livssituation. Organisationen måste vara sådan att den inneboende terapeutiska potentialen hos samtliga anställda kan utvecklas och komma till sin rätt. Det finns nu inte längre någon anledning till att förnyelsen av det psykiatriska vårdområdet skall behöva fördröjas ytterligare.