

Psyksiska problem och hjälpbehov

Undersökningar av sökande på psykiatriska jourmottagningar samt patienter med psykiska problem i primärvården.

Lars Kebbon

Leif Ericsson

Gunila Bernhardson

Christina Hultman

100 sökande vid Jourmottagningen på Ulleråkers sjukhus har studerats med avseende på demografiska data, problembild, hjälpbehov, medicinskt-psykiatriskt tillstånd samt psykosocial problematik i en undersökning, vilken genomförts av psykologerna Leif Ericsson och Christina Hultman och överläkaren Gunila Bernhardson.

Den visade förekomsten av psykosocial problematik motiverar att åtgärderna inriktas på patientens totala miljö. En sektoriserad psykiatri med närhet, tillgänglighet, tidigkontakter med riskgrupper samt samverkan med andra samhällsorgan förespråkas.

Undersökningar vid två vårdcentraler i Uppsala visar en förekomst av psykiska och psykosomatiska symtom hos drygt 18 % av patienterna.

Inom den psykiatriska vården har på senare år skett en tyngdpunktsförskjutning från sluten till öppen vård. Det är idag den allmänna uppfattningen att få om några psykiatriska patienter skall behöva leva hela eller större delen av sitt liv på slutna vårdinstitutioner. Systematiska efterundersökningar ger vid handen att i varje fall ca 20–30 % har fullständigt återanpassats. En ganska stor del, uppskattningsvis 40–50 %, har till och från sjukdomsperioder, som kräver sjukhusvård. Det förefaller som om den tidi-

gare sk mentalsjukhuskarriären, som i de svårare fallen dominerades av kronisk hospitalisering, nu ersatts av behov av återkommande lättare vårdinsatser (Erickson, 1975; Lindhagen, 1979). Detta ställer annorlunda krav på vårdorganisationen, framför allt med avseende på flexibilitet. Lättare vårdformer erfordras, tex dagvård och andra kortvariga hjälpinsatser och stödåtgärder. Inte minst har behovet av en utbyggd akutpsykiatri aktualiserats.

Erfarenheter och framsteg inom såväl biologisk psykiatri och psykofarmakologi som psykodynamisk psykiatri har skapat förutsättningar för denna utveckling. I detta sammanhang skall dock främst uppmärksammas de socialpsykiatriska aspekterna som kan sägas vara karakteristiska för den aktuella vårdinriktningen inom området med dess betonande av de psykosociala faktorernas betydelse för uppkomstbetingelser och vårdåtgärder.

Förändringen av den psykiatriska vårdorganisationen har under de senaste åren behandlats inom ramen för dels Socialstyrelsens arbete på principprogram och dels de enskilda landstingens vårdplanarbete. En förändring har successivt skett mot allt större inslag av öppna vårdformer. De riktlinjer

.....
*Det förefaller som om den tidigare sk mental-
sjukhuskarriären nu ersatts av behov av åter-
kommande lättare vårdinsatser*
.....

som givits av Socialstyrelsen (1973, 1978 och 1979) karakteriseras av att man i högre grad ser patienten som en del av ett socialt system, vilket motiverar vårdens förankring i den totala miljön och samverkan mellan psykiatrisk, somatisk och social vård. Den psykiatriska analysen syftar till en helhetsuppfattning, innebärande ett samtidigt och växelvis tillämpande av två olika synsätt på människan, det naturvetenskapliga och det humanvetenskapliga. Bakgrundsfaktorerna till psykisk störning kan principiellt delas upp i huvudkategorierna somatiskt-biologiska, intrapsykiska, interpersonella och sociala faktorer. I behandlingshänseende motsvaras dessa av medicinskt-biologiska, psykologiska och sociala åtgärder. Det främsta instrumentet för psykiatrins del för att realisera denna nya inriktning har varit decentraliserad (sektoriserad) psykiatrisk verksamhet i vårdlag, sammansatta av psykiater, psykolog, kurator, sjuksköterska och skötare. En första och mönsterbildande försöksverksamhet har denna arbetsform fått i det sk Nackaprojektet (Berggren/Cullberg, 1978).

Denna bredare syn på psykiska problem har med nödvändighet aktualiserat frågor om avgränsning och arbetsfördelning, främst mellan psykiatri, primärvård och socialvård. Hur man administrativt skall lösa detta av alla erkända samverkansproblem är dock fortfarande oklart. Försöksverksamheter pågår inom flera landsting och Socialstyrelsen har nyligen presenterat "Riktlinjer för utveckling av psykiatrisk vård under 1980-talet". Då "betydande osäkerhet råder om utvecklingen av landstingens och primärkommunernas framtida uppgifter och resurser till följd av förestående förändringar" anser man inte att ett grundläggande, långsiktigt reformprogram nu bör utarbetas, men att pågående reformarbete skall stimuleras och att anpassning till lokala förutsättningar bör ske.

Projekt Öppen psykiatri

Mot denna bakgrund och med syfte att följa den lokala vårdutvecklingsprocessen i Uppsala län har projektet "Öppen psykiatri" startat 1979. Man inriktar sig speciellt på att studera arbetet i de psykiatriska vårdlag, som planeras fr o m 1980 och dessas samverkan med primärvård, socialvård och den

.....
Denna bredare syn på psykiska problem har med nödvändighet aktualiserat frågor om avgränsning och arbetsfördelning, främst mellan psykiatri, primärvård och socialvård

slutna psykiatriska vårderna. I en första fas genomförs ett antal probleminventerande studier, varav några kort redovisas i det följande. Sålunda har hittills undersökningar av patientsammansättning och problempanorama genomförts vid psykiatrisk jour- och öppenvårdsverksamhet, vård- och hälso-centraler samt socialvårdsdistrikt.

Datainsamlingen i samtliga undersökningar baseras på en generell modell, omfattande patientstatistikdata, uppgifter om symtom, skattningar av problem och psykosocial situation (rörande sex livsområden), uppgifter om förekommande behandlingsåtgärder samt vissa mått på behandlingsresultat. Tyngdpunkten läggs dock något olika i enskilda studier och modellen modifieras därefter. Undersökningsmetodiken är i regel intervjuer eller enkäter. Man söker i största möjliga utsträckning kombinera och konfrontera patientens/klientens upplevelser, specialisters bedömningar och objektiva registreringar (Kebbon/Ericsson, 1980).

Psykiatriska jourmottagningar

En ökad tillströmning av jourfall under den senaste tioårsperioden tycks vara regel vid de psykiatriska akutmottagningarna, främst i storstadsområdena och har tidigare beskrivits (Lindegård/Nyström, 1969; Idestrom/Jäverfalk/Licke, 1972; Ekblom/Bernhardson, 1971 och 1972; Lindelius/Wode/Helgoth, 1973 och Schubert, 1977).

Rapporterna är samstämmiga i beskrivningen av demografiska data, exempelvis att männen utgör en större andel än kvinnorna av jourpopulationen (50–60 %), att åldrarna 20–40 år dominerar och är överrepresenterade i förhållande till totalpopulationen och att ensamstående är överrepresenterade hos båda könen.

Den ökade jourtillströmningen har också medfört att intagningsfrekvensen på akutavdelningarna har ökat. Andelen nybesök har legat vid ca 20–50 % i

I diskussionerna kring den ständigt ökande besöksfrekvensen har som orsak angetts otillräckliga resurser för planerad öppenvård, storstadsbefolkningens ökade krav på snabb service dygnet runt och insufficiens inom storstädernas sjukvårds- och socialservice

de olika materialen; således är mellan 50–80 % av besökarna sådana som är kända tidigare på sjukhusen.

Att männen och de ensamstående övervägt anses bero på den stora andelen alkoholmissbrukare. Detta förklarar också att så många tidigare är kända på sjukhuset; alkoholmissbrukare gör ofta upprepade besök. Andelen alkoholmissbrukare i rapporterna är mellan 35–45 %.

I diskussionerna kring den ständigt ökande besöksfrekvensen har som orsak angetts otillräckliga resurser för planerad öppenvård, storstadsbefolkningens ökade krav på snabb service dygnet runt och insufficiens inom storstädernas sjukvårdsmässiga och sociala service – framför allt inom den öppna vårdsektorn.

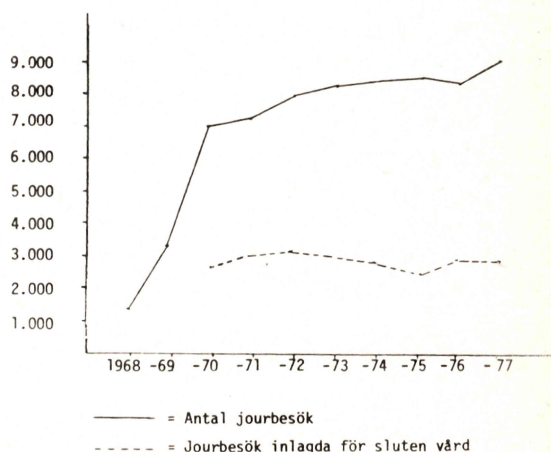
På många håll har man på senare år, trots resursförstärkningar, haft svårt att orka med den alltmer ökade jourbördan (Schubert, 1977). Resursförstärkningarna har skett huvudsakligen till de lasarettanknutna akutmottagningarna som i sina arbetssätt har använt den somatiska vården som förebild. Det har ifrågasatts om det föreligger indikationer för psykiatriskt omhändertagande av alla dem som söker sig till akutmottagningarna. Dessa förefaller tjäna som en tillflyktsort för personer med varierande art och grad av psykosociala insufficienser som kanske bättre skulle omhändertas på annat sätt. Man har också diskuterat psykiatriens kompetens att ta hand om dessa varierande typer av psykosociala insufficienser. Rapporterna vittnar enligt Schubert om en överbetoning av medicinskt-diagnostiskt tänkande.

Ulleråkersundersökningen

Ulleråkers sjukhus tillhörande Uppsala län började 1967 ha öppen jourverksamhet och har sedan 1968

svarat för hela den öppna psykiatriska jourverksamheten i länet. Denna typ av jourverksamhet vid ett f.d. statligt mentalsjukhus tillhörde då ovanligheten (Ekblom/Bernhardson, 1971). 1974 byggdes ny jourmottagning vartill anknöts lokaler för observation- och intagningsavdelning med 19 vårdplatser. Personaltätheten är relativt hög, personalen är välutbildad och personalomsättningen låg. En överläkare har det medicinska ledningsansvaret för enheten och till intagningsavdelningen är knuten en underläkare (FV-läkare). Primärjournen delas av sjukhusets samtliga underläkare (ca 25 tjänster). Pga den höga patienttillströmningen är primärjournen dubblerad vardagar 13.00–20.00; övriga tider tjänstgör en jourhavande läkare. Enheten har en kurator som tjänstgör måndag–fredag 08.00–16.30. De senaste två åren har också psykolog från centrala psykologavdelningen arbetat i jourteamet. Sjukvårdspersonalen tar aktiv del i jourarbetet men det formella ansvaret åvilar jourhavande läkare, överläkare och bakjour. Den första patientkontakten har alltid sjukvårdspersonalen som också under handledning av klinikens läkare, kurator och psykolog deltar i en uppföljning av jourärenden i ett senare skede. Det är då främst kriserapiert som är aktuella. Inom enheten göres ca 3 000 dylika eftervårdsbesök per år. Besöksfrekvensen sedan öppnandet 1967 framgår av figur 1.

Figur 1. Antal jourbesök 1978–1977 vid jourmottagningen, Ulleråker



Syfte och uppläggning

En undersökning genomfördes i syfte att beskriva journalsökande i olika avseenden – demografiska data, problembild, hjälpbehov, medicinskt-psykiatriskt tillstånd samt att identifiera psykosocial problematik (Ericsson/Hultman/Bernhardson, 1978).

Undersökningen omfattar 100 journalsökande som intervjuats och vars medicinskt psykiatriska tillstånd bedömts utifrån WHO-diagnostik samt ett multiaxialt klassifikationssystem (MACM, Jacobson/v Knorrning/Perris, 1978).

I intervjuerna tillfrågades patienterna om besöksanledning och hjälpbehov. Patienternas psykosociala situation analyserades utifrån områdena familj, boende, sysselsättning, ekonomi, fritid och socialt nätverk.

Undersökningsgruppen omfattar det totala antalet jourbesök under en treveckorsperiod (780206-780227), 495 stycken. I undersökningsgruppen gjordes ett urval av 100 jourbesök som blev aktuella för intervjuundersökningen och jourläkarbedömningen. För övriga patienter genomgicks journaler.

För att få ett urval patienter täcktes olika tidsperioder och inom dessa gjordes ett slumpmässigt urval.

Undantag har gjorts för missbruksgruppen som svarar för ca 45–50 % av det totala antalet jourbesök. Denna patientgrupp är relativt homogen vad gäller problembild jämfört med övriga journalsökande (neuroser, psykoser, kriser etc) som kan vara mycket olika med hänsyn till problembild. Vi valde att minska missbruksgruppens proportion till ca 20 % i urvalet. Risken att vi inte skulle få en representativ bild av missbruksgruppen bedömdes med hänsyn till detta som liten samtidigt som våra möjligheter att uttala oss om den övriga gruppen journalsökande ökade.

Undersökningsgrupp och urval jämfördes med avseende på kön, ålder, ny/återbesök, patientkategorier och tids- och dygnsvariation och urvalet visade sig vara representativt. I det följande redovisade resultat avser de 100 journalsökande som intervjuats.

Resultat

Problemen kan beskrivas från såväl patienternas synpunkt som utifrån kliniska aspekter. Vi har tidi-

gare konstaterat att den ökade betoningen på miljöfaktorer och psykosociala faktorer är svår att innefatta i det konventionella diagnossystemet. Ett sätt att ta reda på patienternas problem utan att använda den medicinska begreppsapparaten är att utgå från patienternas egen upplevelse av huvudsakligt problemområde och systematisera detta utifrån innehåll och typ. Det innebär en tonvikt på individens tolkning av problemen. Dessa tolkningsprocesser har troligtvis avgörande betydelse både för hur individen möter belastningar, händelser i tillvaron, vilken mening och betydelse de får och hur individen uppfattar vård och behandlingsalternativ.

Beskrivningen av besöksanledning utgår från erhållna svar i intervjun på frågor angående orsaken till det aktuella jourbesöket. Patienterna angav oftast både symtom tex störningar i det elementära välbefinnandet, nedstämdhet, ångest, sömnsvårigheter och problem som uppfattades som orsak till eller knutna till symtomen. Man söker i allmänhet hjälp vid en tidpunkt när symtomen blivit så svåra att man inte kan hantera dem.

Vad söker man för?

Av *tabell 1* framgår att de vanligaste symtomen är nedstämdhet, olika uttrycksformer av ångest och oro samt sömnsvårigheter.

Tabell 1. Symtom i urvalsgruppen, rangordnade efter frekvens

Symtom	Antal (n = 100)
Deprimerad, nedstämd	35
Psykosom besvär (mag-, hjärtbesvär, huvudvärk, muskelspänning)	30
Sömnsvårigheter	21
Ångest	19
Nervositet, oro	11
Psykotiska symtom	9
Ångest i sociala situationer	5
Fobier	5
Koncentrationssvårigheter	5
Stress	2
Likgiltighet	2
Aggressivitet	2
Sa symtom	146
Antal personer med symptom:	87 (87 %)

Joursökandes problem visade sig utifrån intervju-data ofta vara av mycket sammansatt karaktär. En uppdelning har gjorts i huvudproblem och bidragande problem. I de fall patienten inte har kunnat uppge vad som är huvudproblem, har vi utgått från vad som under intervjuens gång tonat fram som dominerande besöksanledning.

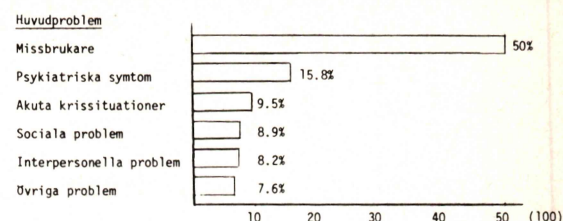
Problemklassificeringen har gjorts utifrån följande kategorier:

1. Psykiatriska symtom: Joursökande som uppgett symtom som huvudsaklig besöksanledning, t ex stark ångest eller en oförklarlig sjukdomskänsla som de uppfattar som psykiskt betingad.
2. Interpersonella problem: Relationsproblem mellan vuxna sammanlevande, till egna barn, föräldrar eller till andra människor. Till denna kategori har förts mer permanenta relationsproblem, som inte är av kriskaraktär.
3. Akuta krisreaktioner: Relationskriser som hotande eller nyligen genomförd skilsmässa, otrohet, närståendes sjukdom/dödsfall, egen somatisk sjukdom.
4. Sociala problem: Arbets-, studie- och sysselsättningsproblem, ekonomiska problem, boendeproblem, social isolering.
5. Övriga problem: Självmodsförsök, somatiska handikapp, sexualidentifieringsproblem. Denna kategori är att betrakta som en "restkategori".
6. Missbruksproblem: Alkohol-, narkotika- och blandmissbruk.

För att få en samlad, representativ bild av hur jourbesöksgruppen totalt sett fördelar sig på olika problemkategorier har en uppräknings gjorts med avseende på joursökande med missbruksproblem, som i undersökningsgruppen uppgår till ca 50 % mot ca 20 % i urvalsgruppen. Fördelningen utgår från huvudproblem och joursökande kan bara placeras i en kategori (Figur 2).

Systematiseringen av probleminnehåll visar att jourbesöket sätts i relation till mycket skiftande problem i patienternas situation. Bland gruppen patienter som söker för i första hand psykiatriska symtom finns sannolikt de som traditionellt betraktats som "psykiskt sjuka" – psykos, endogena tillstånd och svåra neuroser. Interpersonella problem, akuta krissituationer och sociala problem förekom-

Figur 2. Fördelning av huvudproblem. Andelen missbrukare uppräknat till den reella proportionen, 50 %.



mer med ungefär samma frekvens. Totalt sett utgör familjeproblem permanenta eller akuta en stor grupp (20 personer) och den subjektiva upplevelsen av problemen förefaller nära knuten till relationer i patientens primärgrupp. De sociala problemen är spridda på olika förhållanden i patientens situation; arbete, studier, ekonomi, isolering och omställningsproblem i nya miljöer som värnplikt och invandrarpolitik.

Analys av bidragande problem, som utförts enligt samma kategorisering som för upplevt huvudproblem, visar att sociala problem framför allt social isolering och problem relaterade till arbete/sysselsättning utgör den vanligaste bidragande besöksanledningen (31 %). Anhörigas sjukdom – fysisk eller psykisk – visar sig också utgöra en stark psykologisk påfrestning och nämns ofta som ett bidragande problem.

Patienternas vårdefterfrågan dvs de behandlingsalternativ och den vårdservice som efterfrågas har kartlagts genom en öppen fråga i intervjun. Jämförelse mellan tabell 2 och 3 visar att man genom att

Tabell 2. Vilken hjälp önskar man?

	Antal (n = 100)
Medicinförskrivning	42
Inläggning	32
Samtal/bearbetning	25
Sjukskrivning	10
Intyg/remiss	6
Omotiverad för hjälp	5
Vet ej	5
Hjälp för somatiska besvär	2
Avgiftning	2
Vila	2

Tabell 3. Vad skulle behövas för att komma i psykisk balans?

	Antal (n = 100)
Vet ej	32
Ändrade familjeförhållanden	17
Vila	16
Ändrade arbetsförhållanden	15
Medicinförskrivning	14
Samtal/bearbetning	14
Ändrade ekonomiska förhållanden	6
Inläggning	4
Hjälp för somatiska besvär	4
Avgiftas, sluta dricka	4
Ändrade fritidsförhållanden	2
Ingenting	1

ställa frågan mer allmänt – "vad tror du skulle behövas för att komma i psykisk balans" intressant nog får en annan bild som inbegriper patientens psykosociala situation i större utsträckning.

Intrycket från intervjuerna är att journalsökande i allmänhet hade svårt att formulera sitt hjälpbehov. Speciellt i nybesöksgruppen hade man en mycket oklar bild av vad man kunde förvänta sig och var ofta tveksam till att söka på grund av egna och andras fördomar.

Det tycks vara så att direkta åtgärder av medicinsk art som medicinförskrivning och inläggning efterfrågas i första hand. Detta beror förmodligen på att man känner sig så dålig i en jourssituation att man ser symtomlindring, avlastning, normal sömnrhythm etc som det viktigaste just då.

Man frågar sig i detta sammanhang om speciellt återbesöksgruppens förväntningar är en realistisk spegling av tidigare åtgärder vid jourbesök. Pga den stora tillströmningen av patienter är en långsiktig behandlingsplanering ofta svår genomförbar och kortsiktiga punktinsatser vanliga på grund av bl a brist på vettiga vårdalternativ och organisatoriska uppföljningsproblem.

Patienterna har dock också i allmänhet en uppfattning om vad som mera skulle behövas för att de skulle komma i balans, vilket innefattar mer långsiktiga lösningar/förändringar t ex förändrade familjerelationer, arbetsförhållanden, terapeutisk bearbetning. Det akuta omhändertagandet är naturligtvis viktigt, men det är väsentligt att det inte in-

skränkts till hjälp i form av symtomlindring, mediciner, sjukskrivning utan att man också tar ställning till uppföljande åtgärder. Vi har i denna undersökning konstaterat att den informella hjälpstrukturen – grannhjälp, släktingar, vänner – till stor del är uppbruten och att samhällets formella hjälpstruktur får ersätta detta.

Vidtagna åtgärder

En uppföljningsundersökning av journaler rörande 495 jourbesök, dvs hela undersökningsgruppen, (Sundström, 1979) visar vad gäller omedelbar åtgärd att 23 % läggs in på sjukhuset, knappt hälften enligt LSPV. De inlagda består av ca en tredjedel av vardera psykos, missbruksproblem och neuroser. 28 %, flertalet med missbruksproblem går till övernattningsavdelning. Återstående 49 %, majoriteten neuroser och en tredjedel missbrukare har fått återvända hem.

Under den följande tvåmånadersperioden fördubblades antalet intagningar. De flesta av de senare intagningarna gäller alkoholkliniken. Majoriteten av de tidigare intagna har å andra sidan skrivits ut under perioden.

Närmare en tredjedel av totalgruppen har gjort förnyade jourbesök, många av dem flera gånger. Ca 24 % har inte haft någon ytterligare kontakt med Ulleråker. En intervjuundersökning med längre uppföljningstid pågår f n.

Medicinskt-psykiatriska tillstånd

Klassificeringen av patientmaterialet enligt WHO-diagnoser visar att de tre största grupperna är neurotiska tillstånd, alkoholism och akuta krisreaktioner; psykosgrupperna utgör en mindre del.

Sammanfattningsvis överväger de lätta diagnosgrupperna enligt jourläkarnas bedömning utifrån WHO-klassifikation och över 4/5 bedömdes också enligt MACM som icke psykotiska. Orsaken till sjukdomstillståndet bedömdes i 75 % som beroende på miljö- och/eller personlighetsfaktorer. Symptomatologin i såväl totalgruppen som i de enskilda dominerande diagnosgrupperna präglas av förskjutningar i stämningsläge och affekter (främst ångest), asteniska symptom (trötthet och koncentrationssvårigheter) och rubbningar i vegetativa funktioner (tex

Tabell 4. WHO-diagnos / Förmodad etiologi enl MACM (n = 100)

	Soma to- gen Histo- gen		Psyko- gen Kemo-Socio- gen	Karak- Kryp- tero- to- gen	gen
Ålderspsykos					
Alkoholpsykos		1			
Psykos sekundär till som sjukd	1			1	
Schizofreni	1			2	
Affektiv psykos	1		1	3	1
Paranoid psykos	1		1	2	
Övriga psykos			1	1	
Neuroser	2	1	14	10	1
Alkoholism			8	5	5
Psykosom sjukd	1				
Akut krisreakt			13	2	
Reaktiv depress	1		7	1	
Sjukvård av soc skäl			2		
Ospec grupp			3	1	3
Summa	8	2	50	25	13

(Somatogen-Hereditär etiologi har inte skattats i något fall. Uppgift om diagnos/etiologi saknas för två personer.)

hjärtklappning, svettning m m). Missbruk förekommer ej frekvent i andra diagnosgrupper än alkoholismgruppen (tabell 4).

Vi har även varit intresserade av att se hur huvudanledning till jourbesök fördelar sig över diagnosgrupper och förmodad etiopatogenes enligt MACM.

Joursökande med interpersonella och sociala problem eller som befinner sig i en akut kris bedöms av jourläkare nästan genomgående i de icke-psykotiska diagnosgrupperna, men med spridning över diagnoserna Neuroser (300). Akut krisreaktion (307) och Reaktiv depression (790). Den patientgrupp som söker jourmottagningen för i första hand sina symtom, dvs har en oförklarlig sjukdomskänsla, som de uppfattar som övervägande psykiskt betingad, återfinns bland psykosdiagnoserna, neurosdiagnosen och reaktiv depression.

Vid analys av sambandet mellan huvudorsak till

Att en så stor andel som ca 50 % av jourpopulationen bedömts ha psykogena-sociogena orsaker pekar på behovet av diagnostiska beskrivningar som omfattar miljökomponenter och psykosociala faktorer

jourbesök och jourläkarens bedömning av dimensionen Etiologi i MACM finner man att för såväl interpersonella problem, akuta kriser, sociala problem som alkoholproblem uppfattas tillståndet till övervägande del som psykogen-sociogen dvs betingat av faktorer i den psyko-sociala miljön.

Det faktum att en så stor andel som ca 50 % av jourpopulationen bedömts ha psykogena-sociogena orsaker till sina psykiska besvär pekar på behovet av diagnostiska beskrivningar som omfattar miljökomponenter och psykosociala faktorer. Det sätt på vilket vi kategoriserat besöksanledning utifrån en problemorientering ger, speciellt för de icke-psykotiska diagnosgrupperna, en mer differentierad beskrivning av innehållet i problemen.

Psykosocial situation

Inom varje område av patienternas psykosociala situation har förutom insamlande av deskriptiva data också gjorts en skattning grundad på joursö-

Tabell 5. Fördelningen av skattningar inom respektive område

Område	Skattning						Totalt fall
	1	2	3	4	5	Bort	
Familj	28	36	5	17	12	2	100
Bostad	15	13	6	19	47	0	100
Boendemiljö	15	20	9	21	34	1	100
Sysselsättning	28	24	9	19	19	1	100
Ekonomi	27	26	4	15	24	4	100
Fritid	22	32	11	15	14	6	100
Socialt nätverk	32	24	7	21	15	1	100

Skattning 1 = mycket otillfredsställande
Skattning 5 = mycket tillfredsställande

kandes uppfattning av allmän trivsel och olika del-
aspekter.

Av tabell 5 framgår att familjesituationen är det område som har relativt sett största antalet låga skattningar.

Besöksanledning och psykosocial problematik

Det sammanfattande intrycket är att journalsökande uppvisar en problembild, som är komplex och synes innefatta orsaks- och utlösande faktorer på såväl intrapersonell nivå som interpersonell och strukturell nivå. En analys av besöksanledning dvs dominerande problem visar att ca 50% söker för missbruksproblem, övervägande alkoholmissbruk. För ca 8% av journalsökande är huvudproblematiken interpersonell, ca 9% söker för sociala problem, ca 10% för akuta kriser och ca 15% för psykiatriska symtom i form av mer diffus sjukdomskänsla som inte är problemorienterad. Ofta var anledningen till jourbesöket sammansatt av flera problem. Faktorer i patienternas familjesituation eller sociala situation uppgavs i 15–30% av fallen som delorsaker till jourbesöket. Om man sedan i vidare bemärkelse analyserar patienternas psykosociala miljö, som familj, boende, sysselsättning, fritid och sociala nätverk finner man ännu högre procenttal. Mellan 42 och 71% av missbruksgruppen och mellan 24 och 63% av övriga patientkategorier är otillfredsställda med olika aspekter av sin aktuella livssituation.

Bilden av de journalsökande i demografiskt och socio-ekonomiskt avseende skiljer sig ganska entydigt från motsvarande data för befolkningen i jourmottagningens upptagningsområde.

Benägenheten att söka psykiatrisk hjälp varierar med såväl bostadsort som stadsdel. Huvuddelen av de journalsökande kommer från Uppsala tätort och kommun. Landsortskommunerna är underrepresenterade, vilket dels kan bero på vårdens tillgänglighet dels på att de psykiska påfrestningarna är

Mellan 42 och 71% av missbruksgruppen och mellan 35 och 63% av övriga patientkategorier är otillfredsställda med olika aspekter av sin aktuella livssituation

Frågan om orsak och verkan är naturligtvis intressant, men än mer väsentlig är frågan om vilka åtgärder som blir konsekvenserna

större på storstadsbefolkningen. Skillnader i informell hjälpstruktur och benägenhet att utnyttja andra hjälpresurser, tex primärvård och somatisk vård, för sina psykiska symtom kan också finnas. De stadsdelar som är överrepresenterade utmärks bl a av att de är relativt nya, homogena med överrepresentation av unga samt att bostädernas upplåtelseform huvudsakligen är hyres- eller bostadsrätt. En faktor av betydelse kan vara bostasområdets expansion, instabilitet och svårigheter att bevara de sociala relationsnäten.

Journalsökande avviker från befolkningsunderlaget vad gäller ålder, proportionen män/kvinnor och civilstånd. Åldrarna 25–39 år är klart överrepresenterade medan de äldre åldersgrupperna är underrepresenterade. Vi misstänker att akut-psykiatriska vårdbehovet är större för de äldre. En förklaring till underrepresentationen kan vara att dessa i allmänhet har en mer etablerad kontakt inom somatisk vård och eventuellt också upplever det arbetsamt att söka på en jourmottagning. Männen dominerar klart bland de journalsökande vilket förklaras av det stora antalet missbrukare, som i huvudsak är män. Såväl ogifta som fränskilda är överrepresenterade.

De journalsökande skiljer sig från befolkningen i socio-ekonomiska variabler. Andelen förvärvsarbetande är lägre än i befolkningen samt andelen förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa är hög. Socialgrupp III är överrepresenterad i motsats till I och II.

Svårigheterna att visa om de socio-ekonomiska förhållandena är orsak till eller effekt av psykisk sjukdom är uppenbara. Frågan om orsak och verkan är naturligtvis intressant, men än mer väsentlig är frågan om vilka åtgärder som blir konsekvenserna. Ofta rör det sig om onda cirklar av orsak och konsekvenser, tex ensamhet/isolering som skapar låg självkänsla, osäkerhet och starkare benägenhet att isolera sig. Åtgärden kan i detta fall vara inriktad på att öka personens kontaktnät och finna gemen-

skap eller aktivitet oberoende av om isoleringen är orsak till eller följd av andra psykiska problem.

Vi kan naturligtvis inte ge något svar på den frågan utifrån vår undersöknings uppläggnings och våra resultat. Däremot har vi visat att de som söker psykiatrisk hjälp skiljer sig från befolkningen i vissa socioekonomiska avseenden som förmodligen präglar symtombild, benägenheten att söka hjälp och ökar sårbarheten för psykiska problem. Social isolering och frånvaro av informell hjälpstruktur förstärker sannolikt ytterligare svårigheterna.

Vi har sannolikt en dimension av psykosociala faktorer som kan vara av varierande vikt, dvs från huvudorsak över bidragande orsak till en svagare faktor som påverkar sårbarhet för påfrestningar. Man kan tex söka direkt för relationsproblem, alternativt kan problem i familjesituationen bidra till oro där huvudorsaken är en annan, exempelvis alkoholproblem. Slutligen kan familjeproblem i mer indirekt form finnas med som en komponent i personens livssituation, men ej kopplas till att man söker psykiatrisk hjälp vid detta tillfälle. I undersökningen belyses fördelningen mellan huvudorsak, bidragande orsak och allmän otillfredsställelse med psykosocial situation. Patienternas familjesituation framstår genomgående som en stark faktor. Undersökningen visar här betydelsen av den psykiska närmiljön, primärgruppen och dess roll som "skyddsnät" för individen resp dess starka sårbarhet. Ensamhets- och inaktivitetsproblem, betingade bl a av strukturella sociala förhållanden förekommer i hög grad. Kartläggning av intrapsykiska faktorer och personlighetsvariabler har inte varit syftet med denna undersökning, men den enskilda personens karakteristiska sätt att reagera måste naturligtvis beaktas när det gäller tolkningen av livsmiljön.

Tre dimensioner tonar fram i de psykosociala problemen: En gäller avsaknad av emotionell kontakt – isolering, ingen informell hjälpstruktur, avsaknad av gemenskap i boendet, på fritid. En andra är avsaknad av trygghet och stabilitet – ekonomisk otrygghet, sviktande relationer, rädsla att mista arbetet, egen eller anhörigs sjukdom m m. En tredje utgör passivitet och meningslöshet – avsaknad av meningsfull sysselsättning, passiv fritid.

Utifrån denna undersökning antyds följande risk-

Psykiatrin kan fungera som impulsgivare och konsult men knappast ha mentalhygien som huvuduppgift

grupper:

1) Frånskilda, speciellt män, 2) Ensamma totaliserade personer, 3) Personer med svåra somatiska sjukdomar och sjuka anhöriga, 4) Personer med sysselsättningsproblem, föremål för AMS-åtgärder, arbetslösa, 5) Omställning till nya miljöer, flyttning, invandrare, värnplikt etc.

En uppgift för psykiatrin borde vara att identifiera riskgrupper och ge information till andra samhällsorgan om var åtgärder kan sättas in i förebyggande syfte, var förändringar kan ske i samhället och var den psykiska hälsan är dålig. Denna sk alarmfunktion kräver en uppmärksamhet på sociala livsförhållanden som kan skapa psykiska problem. Psykiatrin kan fungera som impulsgivare och konsult men knappast ha mentalhygien som huvuduppgift. Konsultationsservice till andra instanser, tex arbetsvård, verksamheter som bedriver familjerådgivning, somatisk vård, företagshälsovård och primärvård borde vara konstruktivt.

Resultaten stöder en helhetssyn där man också beaktar psykosociala faktorer vid bedömning av problembild och åtgärd. Resultaten tyder på att man bör inrikta åtgärderna på patientens totala miljö med ökad kunskap om sociala strukturer vid sidan av medicinska faktorer och individtänkande. Det breda problemspektrum vi har fått fram låter sig inte inpassas i det konventionella diagnostiska systemet. Resultaten talar också för ett utvecklat samarbete mellan olika sjukvårdande instanser.

Psykiska problem i primärvården

En viktig utgångspunkt för att planera samverkan mellan psykiatri och somatisk vård är att närmare kartlägga förekomsten av psykiska problem i allmänläkarvården. I amerikanska undersökningar (för översikt se President's Commission on Mental Health, 1978) uppskattas frekvensen psykiska problem till 15–25 %. Mer än hälften av dessa återfinns i den allmänmedicinska vården och endast en knapp

fjärdedel inom mentalvården. Kvinnor och lågutbildade är i regel överrepresenterade. Europeiska undersökningar visar i regel något lägre frekvens än amerikanska. Som exempel kan nämnas att man i en engelsk undersökning av 53 allmänpraktiker, som betjänade ett upptagningsområde på ca 300 000 invånare fann att genomsnittligt 14 % kvinnor och 7 % män sökte sin "general practitioner" för någon form av psykiska besvär (Dept Health Secur, 1975).

Denna problematik har inom projektet till att börja med studerats i två undersökningar vid vårdcentraler i Uppsala.¹ Här redovisas kortfattat några av huvudresultaten från dessa. I båda fallen har ett registreringsformulär baserat på den ovannämnda modellen använts av psykolog, som gjort bedömningar på grundval av deltagande i läkarsamtal för ett urval av sökande och journalgenomgång för övriga. Observationsperioden har omfattat 1 vecka på vardera av centralerna.

Den ena vårdcentralen hade 5 läkare och som upptagningsområde de östra stadsdelarna med ca 40 000 invånare. Den andra hade 6 läkare och svarar för de västra stadsdelarna med ca 45 000 invånare.

Vid vårdcentral I sökte den aktuella veckan 355 patienter. Psykologen kunde delta i läkarsamtalen med 72 av dessa. Journalgenomgång gjordes för 269 patienter. Efter ett bortfall av praktiska skäl på 7 kom alltså undersökningsmaterialet att bestå av totalt 367 sökande. Vid vårdcentral II sökte 367 patienter, varav 79 bedömdes vid läkarsamtal och resten utifrån journaler.

Åldersfördelningen, 2–85 år, visar i båda grupperna en topp i intervallet 18–31 år. Kvinnor är överrepresenterade (68,7 resp 61,9 %). En klassificering enligt Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI -75) visar att mindre kvalificerade yrkesgrupper är överrepresenterade. Fördelningarna av somatiska diagnoser redovisas inte här.

De psykiska problemen har i bearbetningen kategoriserats i tre grupper:

1 *Psykiska symtom* avser i första hand psykiatriska symtom som depression, sömnbesvär, ångest, tvångshandlingar, men också sådana somatiska

symtom, som bedöms vara psykiskt betingade och behandlas enligt detta. Därutöver har hänsyn tagits till sociala problem, relationsproblem och krissituationer.

2 *Somatiska symtom* avser manifesterad kroppslig sjukdom, som till väsentlig del bedöms ha psykisk bakgrund, men där alltså behandlingsbehov föreligger av både psykiska och somatiska skäl.

3 En *gränsfallsgrupp* omfattar sådana fall där misstanke föreligger om psykisk bakgrund till somatisk sjukdom.

Vid vårdcentral I registrerades psykiska symtom hos 48 patienter eller 13,8 % av de sökande, varav 35 kvinnor. Psykosomatiska symtom noterades hos ytterligare 16 patienter eller 4,6 %. Som gränsfall bedömdes 32 patienter eller 9,2 %. Motsvarande frekvenser vid vårdcentral II var 10,9 % psykiska symtom, 7,6 % psykosomatiska symtom och 5,7 % gränsfall. Om man bortser från den mer osäkra gränsfallsgruppen så är resultatet från de båda materialen nästan identiskt: 18,4 resp 18,5 %.

Psykofarmaka och sömnmedel gavs vid båda centralerna till drygt 10 % av patienterna.

Varje läkarbesök tog i genomsnitt 15 minuter i anspråk i de observerade grupperna. Remittering eller specialistkonsultation för psykiska problem förekom i begränsad utsträckning. De psykologer som genomförde undersökningarna bedömde att ett icke tillgodosett behov av specialistinsats förelåg i ett antal fall. De aktuella undersökningarna var dock inte primärt inriktade på frågan om vilken typ av vårdbehov som förelåg, utan kan endast ge viss indikation om det allmänna problemets omfattning. I samarbete med Tierpsprojektet har nyligen en mer omfattande studie genomförts vid hälsocentralen i Tierp (Kebbon/Smedby/Swartling), där samtliga läkare under en fyraveckorsperiod registrerat förekomst av psykiska problem och bedömt bli behov av specialistinsats. Resultaten bearbetas f.n.

Den sektoriserade psykiatrin varken kan eller bör ta över alla patienter med psykiska problem. Detta aktualiserar svårlösta avgränsnings- och samarbetsproblem.

¹ Undersökningarna har genomförts av psykologerna Eva Persson, Gunvor Byström och Anne Pesonen.

REFERENSER

- Berggren, B., Cullberg, J.: Psykiatri i omvandling. Nacka-projektet. Bakgrund, praktik, erfarenhet. Spr-rapport 7/78.
- Department of Health and Social Security: Better services for the mentally ill. London, 1975.
- Eckblom, B. & Bernhardson, G.: Jourverksamheten vid ett lasarett för psykiatrisk vård. Läkartidn, 3326-3330, 1971.
- Ericson, R. C.: Outcome studies in mental hospitals: A Review. Psychol. Bull, 82: 509-540, 1975.
- Ericsson, L., Hultman, C & Bernhardson, G.: Problem, hjälpbehov och psykosocial situation hos sökande vid en psykiatrisk jourmottagning. Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, 1978.
- Idestrom, C-M, Jäverfalk, T. & Lick, V.: Psykiatrisk akutvård vid Karolinska sjukhuset. Från laboratoriet för experimentell psykiatri, Karolinska sjukhuset, Stockholm, 1972.
- Jacobsson, L., v. Knorrning, L. & Perris, C.: Multiaxial diagnostik vid psykiska störningar. Nord psykiatr tidskr, 31: 7, 1977.
- Kebbon, L. & Ericsson, L.: Förebilder och försök. Svenska och internationella erfarenheter av öppna psykiatriska vårdformer. Manuskript.
- Lindegård, B. & Nyström, S.: En årgång psykiatriska jourfall. Soc med tidskr, 46: 337-343, 1969.
- Lindelius, R. & Wode-Helgoth, B.: Jourverksamhet vid en psykiatrisk lasarettsklinik, Läkartidn, 11, 1056-1060, 1973.
- Lindhagen, L.: Mentalsjukhusen en skamfläck. DN 23/11, 1979.
- President's Commission on Mental Health: Task panel reports. Vol II, 1978.
- Schubert, J.: Konventionell psykiatrisk jourverksamhet ifrågasatt. Läkartidn, 42, 36-39, 1977.
- Socialstyrelsen: Den psykiatriska vårdens målsättning om organisation, 1973.
- Socialstyrelsen: Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram. Socialstyrelsen redovisar nr 5. 1978.
- Socialstyrelsen: Riktlinjer för utveckling av psykiatrisk vård under 1980-talet. 1979.
- Sundström, M.: Uppföljning av patienter som sökt psykiatrisk jourmottagning. Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, 1979.

Projektet öppen psykiatri

Inom projekt öppen psykiatri, som bedrivs vid Forskningsavdelningen, Ulleråker, under ledning av docent Lars Kebbon, avser man pröva vissa punkter i Socialstyrelsens vårdorganisatoriska principprogram (1973, 1978 och 1979) för psykiatrisk vård genom undersökningar i anslutning till verkställigheten av en lokal modell inom Uppsala läns landsting.

Undersökningar inriktas främst på att studera vårdkonsumtionen och dess förändringar i samband med sektorisering och inrättande av vårdlag med särskild tonvikt på psykosociala faktorer och problempanorama/patientstruktur. Även socialvård och vårdcentraler inkluderas. Några hittills genomförda förundersökningar redovisas i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift.