

Patientinventering och sjukvårdsplanering

Betydelsen av inventering omfattande totala populationer

Olle Hagnell

Psykiatrisk epidemiologi är något centralt för forskningen inom socialpsykiatri. Den är också av hög angelägenhetsgrad för utvecklingsarbetet inom psykiatrisk sjuk- och hälsovård. De vanligen förekommande patientinventeringarna ger dock på inget sätt uttryck för vad den psykiatriska epidemiologin kan tillföra vårdplanerna. Genom longitudinella undersökningar av totala populationer kan man med epidemiologiska metoder få impulser att reducera mängden psykisk sjukdom i befolkningen och också bedöma den effektivitet en given vårdorganisation arbetar med.

Olle Hagnell är docent i psykiatri vid Lunds universitet och bitr. överläkare vid forskningskliniken, S:t Lars sjukhus, Lund.

Rubriken till den här artikeln säger oss att vi har med epidemiologi att göra. Inte epidemiologi i dess inskränkta bemärkelse som läran om infektionssjukdomar utan epidemiologi i dess ursprungliga betydelse som läran om sjukdomarnas utbredning i befolkningen.

Det finns tre allmänna metoder med vilka medicinska problem kan undersökas:

1. Experimentalpatologiska undersökningsmetoder
2. kliniska undersökningsmetoder
3. epidemiologiska undersökningsmetoder.

Deras användning beror på enheten av observation:

- a. Experimentalpatologisk = cell-vävnad
- b. klinisk = individ
- c. epidemiologisk = grupp, befolkning.

Morris, 1972, har satt upp sju punkter för epidemiologins användning. De är 1) den historiska; hur psykiatriska sjukdomar till mängd och utseende varierat under tidernas lopp. Dit hör den välkända frågan: "Har antalet psykiatriska sjukdomar ökat?" Exempel på sådana som har ökat

är senila och arteriosklerotiska demenser, sådana som minskat är hysteriska anfall och paralysis generale. 2) Samhällsdiagnos; med detta avser jag sjukdomarnas förekomst, natur och utbredning i befolkningen. 3) Hälso- och sjukvårdsorganisationernas arbete, beräkningar av behov, resurser och resultat. 4) Beräkna sjukdomsrisker; risken att få psykisk sjukdom. Detta har stort etiologiskt intresse men också praktiskt exempelvis inom försäkringsmedicinen. 5) Komplettera den kliniska bilden genom att ta med alla typer av fall i den proportion man finner dem i befolkningen. Den sjukdomsbild man är van vid från sjukhus kan, genom denna komplettering, ytterligare utökas och förfinas. Sätter man klinisk sjukdom i relation till subklinisk får man hållpunkter för den praktiska sjukdomsbekämpningen. 6) Genom identifiering av syndrom får man en uppfattning om kliniska fenomen i olika sjukdomsgrupper och till slut har epidemiologi stor betydelse vid 7) sökandet efter orsaker till psykisk sjukdom.

Av denna beskrivning framgår att de psykiska sjukdomarnas epidemiologi utgör en väsentlig del av socialpsykiatri.

Tre mått är vanliga inom den psykiatriska epi-

Efter ett föredrag vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Umeå 1971.

~~~~~  
*Patientinventeringarna har begränsningar genom att det är patienter på sjukhus eller personer som sökt läkare eller kommit till läkares eller myndighets kännedom.*  
~~~~~

demologin: *prevalens* med vilket menas en sjukdoms förekomst i en befolkning vid en viss bestämd tidpunkt; *incidens* som är antalet nyinträffade fall i en befolkning under en begränsad tidsperiod exempelvis under en månad, ett år och *risk*, vilket begrepp man brukar använda om den förväntade risken för en nyfödd, att upp till en viss ålder eller under hela livsloppet, få sjukdomen i fråga.

Vad vill vi veta?

"Patientinventering"

När vi gör patientinventeringar vill vi ta reda på hur många och vilken sorts psykiatriska patienter, som finns på sjukvårdsinrättningar eller liknande, men dessutom vill vi gärna få veta hur många och vilka potentiella psykiatriska patienter som finns.

Redan uttrycket "patientinventering" innefattar att man rör sig med "patienter" således människor som kommit i kontakt med samhällets vårdorgan, kommit in på sjukhus eller som sökt läkare för psykiska symtom.

Det finns många exempel på undersökningar av det här slaget. I Sverige har vi de kända undersökningarna av Torsten Sjögren och Tage Larsson (1954) där de undersökt de svårare psykiska sjukdomarna i ett upptagningsområde nära Göteborg. De räknade med alla svårt psykotiskt sjuka och svårt utvecklingsstörda som lagts in på sinnessjukhus. Alla personer med detta slag av sjukdom kan med fog tänkas ha kommit till mentalsjukhus och därför är denna metod användbar i ett fall som detta. Mentalsjukvårdsberedningen, (1958), har flera exempel på hur myndigheter närmast sig problemet. Där har vi undersökningar från Stockholms läns landsting, Hallands-undersökningen med en undersökning om vilka som varit intagna på mentalsjukhem och Torshällaundersökningen med alla patienter med nervösa besvär som sökt läkare i öppen vård. Detta är bara några exem-

pel. Flera olika landsting har gjort eller gör nu patientinventeringar. Vi har gjort en sådan i Malmöhus län 1966, där vi tagit alla patienter, som varit intagna en viss bestämd dag på någon av de vårdinrättningar som sorterar under landstinget, mentalsjukhus, psykiatrisk klinik, vårdhem (Hagnell & Nilsson 1966, 1967, Hagnell & Persson 1967). Andra exempel är den utredning som gjorts i Västerbotten och den "Principplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län", som Socialstyrelsen gett ut 1970.

Patientinventeringarna är prevalensundersökningar, i bästa fall är det point prevalensundersökningar d v s det är de personer som fanns på vårdinrättningen en viss dag. Tyvärr stannar undersökningarna ofta med en inventering av detta slag. Man får en hel del information om vilken sorts patienter man har hand om och man får impulser till omorganisationer. När man skall göra beräkningar för framtiden blir dock användbarheten av denna typ av undersökningar begränsad.

Patientinventeringarna har begränsningar genom att det är patienter på sjukhus eller personer som sökt läkare eller kommit till läkares eller myndighets kännedom. Vi vet att det finns många sjuka som inte dyker upp på sjukhus och som inte kommer till läkare eller om de kommer till läkare deras sjukdom inte känns igen. För att få en mer fullständig bild måste man därför gå ut och göra undersökningar i totalbefolkningar.

Tvärsnittsundersökningar i befolkningar

Tvärsnittsundersökningar i hela befolkningen blir omfattande och stora. Man kan ta en hel normalpopulation som Essen-Möller (1956) och Hagnell (1966) gjort, 1947 respektive 1957. Det var samma befolkning i ett geografiskt avgränsat område i Skåne, Lundby, 2.550 personer. Man kan också göra som Leightons (1959, 1963) gjort, ta en

~~~~~  
*Med tvärsnittsundersökningar undgår man felkällor som man får genom att arbeta med enbart sjukhusbefolkningar (eller de som sökt läkare).*  
~~~~~

Är det ett utflyttningsområde får man ofta proportionellt flera senila demenser och flera efterblivna i det området.

sample av personer på Nova Scotia, och göra intervjuundersökningar med dessa utvalda grupper i normalbefolkningen. Samma sak gjorde man i Midtown Manhattan-undersökningen i centrala New York (1962). Man tog där ett par kvarter, valde ut vissa hushåll och undersökte personerna i dessa. En variant av denna typ av undersökning är den som Ernest Gruenberg gjort i Suracuse i staten New York där han undersökte alla personer över 65 år (1961). Genom tvärsnittundersökningar vidgas vår kunskap om det psykiatriska sjukdomspanoramat. Man får en sorts totaldiagnos dvs vilka diagnoser som förekommer i ett samhälle och man kompletterar dessutom sin bild av de psykiatriska syndromen. De syndrom, som presenteras på sjukhus är ett urval och man får inte fram alla de olika nyanserna i en sjukdoms framtoning om man inte tar med samtliga personer med sjukdomen således även de subkliniska formerna.

Med tvärsnittundersökningar av refererade typer undgår man felkällor som man får genom att arbeta med enbart sjukhusbefolkningar (eller de som sökt läkare).

Den danske psykiatern Borup Svendsen (1952) har beskrivit hur intagningsfrekvensen inte enbart beror på sjukdomen som sådan utan också varierar på andra sätt. Han sätter upp tre typer av faktorer: a) befolknings- b) nosokomialis- c) tröskelfaktorer.

Med befolkningsfaktorer menar han befolkningens ökning i området, om vissa åldersgrupper ökar mer än andra. Är det ett utflyttningsområde får man ofta proportionellt flera senila demenser och flera efterblivna i det området. Är det ett inflyttningsområde får man flera lättare insufficienser så som man ser det i de större städernas förorter.

De nosokomiala faktorerna är de som avser förhållanden på sjukhus. Det kan röra sig om standard, platsförhållanden, förekomsten av vänte-

En stark familjesammanhållning, som man såg under kriget, minskar intagningsfrekvensen för neuroser.

listor, speciell inställning till läkare och vårdpersonal. Dessa kan ha olika attityder som exempelvis att bara ta in enbart mycket svåra fall eller speciella fall.

Tröskelfaktorerna är exempelvis sådana som sammanhänger med avståndet till sjukhuset. Man vet att sjukhus med stora upptagningsområden har förhållandevis lägre beläggning än sjukhus med små upptagningsområden. En stark familjesammanhållning, som man såg under kriget, minskar intagningsfrekvensen för neuroser. Ett ökat förtroende för psykiatrisk vård, en ändrad inställning till den psykiatriska vården, en större förhoppning om att kunna bli botad inverkar även. Detta har vi sett när vi har fått nya behandlingsmetoder som de nya medlen att behandla depressioner. Detta gör att folk söker vård mera eller försöker bli inlagda på sjukhus i högre grad. Ytterligare en faktor ligger i själva sjukdomen som sådan. Människor med psykiska sjukdomar med mera stormande symptom är besvärligare för omgivningen att tåla och de blir på så vis snabbare omhändertagna på sjukhus än i och för sig medicinskt väl så svåra sjukdomar men där patienten förhåller sig tyst, lugn, passiv och stilla.

Psykosor har man vid de olika tvärsnittundersökningarna funnit vara av ungefär samma storleksordning. Psykiska insufficienser av depressiv- eller ångesttyp har ökat. Detta beror kanske på att många som sökt läkare förr ej diagnostiserats utan kanske felaktigt fått en somatisk diagnos. Vid tvärsnittundersökningarna har man också funnit väsentligt mycket flera alkoholister och senila psykiatriska tillstånd.

Psykosor har man vid de olika tvärsnittundersökningarna funnit vara av ungefär samma storleksordning. Psykiska insufficienser av depressiv- eller ångesttyp har ökat.

Men tyvärr har man, som jag ovan nämnt, ofta stannat vid tvärsnittundersökningarna eller patientinventeringarna och inte följt upp dem. Detta är enligt min mening synnerligen beklagligt eftersom den psykiatriska epidemiologin har mycket mer att ge planerarna av den psykiatriska sjuk- och hälsovården. Vi har nu gjort så många och så olika patientinventeringar att det ofta finns tillräcklig information för nyplanering. Man behöver för att planera nya vårdfaciliteter inte invänta resultat av nya inventeringar utan man kan grovt uppskatta vad som behövs i olika regioner.

Longitudinella undersökningar

Tvärsnittundersökningarna ger bara en relativt bättre bild av sjukdomspanoramata. Man får inte något tidsperspektiv. För att få ett sådant måste man göra undersökningar som spänner över lång tid. Med långtidsundersökningar kan man också nå "potentiella patienter" och detta är något som enligt min mening är mycket förbisett och ett problem som bör vara synnerligen aktuellt för vårdplanerare. Jag antar att det är undersökningar av denna typ som Socialstyrelsen pläderar för i sin "Principplan för den psykiatriska vården" (1970).

Undersökningarna som sträcker sig över en längre tidsperiod blir incidensundersökningar om man noterar antalet nyinsjuknade fall per tidsenhet. Man kan då med nyinsjuknade fall mena insjuknade för allra första gången eller insjuknade på nytt (Hagnell 1966, 1970).

Vid dessa långtidsundersökningar vill man gärna veta något om personerna vid undersökningens början. Jag vill som exempel ta vår undersökning i Lundby där vi 1947 beskrev en hel befolkning, talade med samtliga personer inom ett begränsat geografiskt område och där vi sedan också fick uppgifter om sjukhusvistelse m m. Denna befolkning undersöktes tio år senare var personerna då än befann sig. Vi fann mer än 99 % av de vi tidigare hade talat med och fick deras berättelse om hur deras hälsotillstånd hade varit under den gångna dekad. Dessutom fick vi en del upplysningar från sjukhus och andra håll och kunde på så vis få en ganska god bild av sjukdomspanorata

På detta sätt får man en möjlighet att följa utvecklingen av en sjukdom från att det inte finns några symptom alls tills patienten är sjuk.

mat över perioden. Materialet delades i de som fått någon sjukdom och de som förblivit friska. Vi kunde sätta detta i förhållande till yttre omständigheter som yrke, flyttning m m.

På detta sätt får man en möjlighet att följa utvecklingen av en sjukdom från att det inte finns några symptom alls tills patienten är sjuk. Man kan få möjlighet att spåra tidiga symptom och tidiga yttre faktorer, som en social förändrighet, betydelse och dessutom kombinera detta så att man får den sociala förändrighetens inverkan på människor av olika personlighetstyp.

Detta är enligt min mening det enda säkra sättet att minska sjukligheten. Det är ett mödosamt och långt arbete men det enda som på sikt kan minska kostnaderna för psykiatrisk sjukvård.

Upprepade undersökningar bör göras med intervall och det bör inte bara ske på universitetskliniker utan även på vanliga sjukhus som Socialstyrelsen påpekat. Tio år är lite väl lång tid, helst bör man göra dem något tätare kanske med ett eller några års mellanrum. De bör också göras på många olika ställen, som exempelvis i storstäder, i utflyttningsområden. Undersökningarna bör kompletteras med transkulturella jämförelser, således jämförelser mellan olika regioner och olika länder såsom vi försökt göra mellan vår Lundbyundersökning och den kanadensiska Stirling County-undersökningen (Leighton, D. *et al.*, 1971).

Följa riskgrupper

Exempel på detta är att följa en grupp tvillingar med schizofrena föräldrar och se vilka som insjuknar och vilka som förblir friska, antingen de blivit kvar hos föräldrarna eller kommit i fosterhem.

Synnerligen viktiga undersökningar görs också på hela populationer av vissa sjuka som kroniskt psykiskt sjuka. Det främsta exemplet på detta är det som professor Ernest Gruenberg vid Columbia University gör i Dutchess County vilket är ett

område tio mil norr om New York (1969, 1970, 1971). Man har sammanfört alla patienter från ett område, Dutchess County, till vissa vårdenheter på ett mentalsjukhus och man började där med att mäta den kroniska sjukligheten. Alla tänkbara metoder att förbättra kommunikationer med omvärlden, social behandling, socialvård, psykofarmakologisk behandling, kontakt med olika samhällsaktiviteter etc har upparbetats och när man efter några år åter mätt den kroniska sjukligheten har man på ett mycket elegant sätt kunnat visa hur denna sjuklighet minskat. Likartade undersökningar har gjorts på andra håll t ex i England av Wing (1971).

Rent erafrenhetsmässigt vet vi också att vi har kunnat påverka hela den sjukdomspopulation av manier som finns, med Litiumbehandling.

Överhuvudtaget är denna typ av undersökningar av totala sjukdomspopulationer ett sätt att kontrollera sjukvårdens sätt att arbeta och därmed effektiviteten i vår vårdapparat.

Av det jag nu sagt framgår att jag inte tycker att de konventionella patientundersökningarna är tillräckliga och att de på inget vis ger uttryck för vad den psykiatriska epidemiologin kan tillföra vårdplanerna. Genom att införa longitudinella undersökningar av totalpopulationer kan man med psykiatriskt epidemiologiska metoder få 1) impulser till hur man skall reducera mängden av psykisk sjukdom i befolkningen och 2) bedöma den effektivitet en given vårdorganisation arbetar med.

Vi följer nu i Lund upp den befolkning som vi sett för 25 respektive 15 år sedan. Vi kan då se vilka människor som insjuknat i någon sjukdom, företrädesvis psykisk men även psykosomatisk och vissa somatiska sjukdomar. Dessutom se vilka som förblivit friska, vilka som insjuknat under denna tid och sätta detta i relation till den mängd av data vi har om varje person och dessutom sätta det i relation till en hel del yttre faktorer i samhället som inträffat under denna tid. Dessa undersökningar blir omfattande och kanske i förstörande tyckas något kostsamma, men torde i längden vara synnerligen billiga i förhållande till motsvarande sjukvårdskostnader.

Jag har här i huvudsak endast kunnat uppehålla

mig vid en liten del av epidemiologisk psykiatri, den som har anknytning till vårdplanering. Som framgår av de inledningsvis uppräknade "sju användningsområdena" av psykiatrisk epidemiologi utgör denna en mycket stor del av socialpsykiatri; den är central för forskning inom socialpsykiatri och av hög angelägenhetsgrad för utvecklingsarbete inom psykiatrisk sjuk- och hälsovård. Psykiatrisk epidemiologi i Skandinavien, inte minst i Sverige, har internationellt högt anseende. För att kunna fullfölja vår kvalitativt sett goda forskning, utveckla den samt för att kunna bevaka den internationella utvecklingen krävs att betydande resurser satsas på socialpsykiatriskt utvecklingsarbete och forskning.

REFERENSER

- Borup Svendsen, B.*, 1952, Psychiatric Morbidity among Civilians in Wartime. Acta Jutlandica Medicinsk Serie 8. Universitetsförlaget i Aarhus — E. Mungksgaard. Köpenhamn.
- Essen-Möller, E.*, 1956, Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Acta psychiat. et neurol. scand. suppl. 100. Lund.
- Gruenberg, E. M.*, 1961, Executive director. New York State Mental Health Commission. A mental health survey of older people, by staff of the mental health research unit, New York State Department of Mental Hygiene. State Hospital Press, Utica, New York.
- Gruenberg, E. M.*, 1969, From practice to theory. Community Mental Health Services and the nature of psychoses. Lancet, 1969, sid. 721—724.
- Gruenberg, E. M.*, 1971, Obstacles to Providing the Optimal Organization of Psychiatric Services for Persons with Severe Chronic Disorders. Föredrag vid the World Psychiatric Association Meetings in Mexico City, Nov. 1971.
- Gruenberg, E. M. & J. Huxley*, 1970, Mental Health Services can be Organized to Prevent Chronic Disability. Community Mental Health Journal, 6, sid. 431—436.
- Hagnell, O.*, 1966, A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder, Lund, Svenska Bokförlaget, 1966.
- Hagnell, O. & L. Nilsson*, 1966, Psykiatrisk vård och dess organisation. I: Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation inom landstingsområdet. Avdelning II, sid. 1—49. Malmöhus läns landsting; utredningsavdelningen, (Stencil).

Hagnell, O. & L. Nilsson, 1967, Psykiatrisk vårdplanering. Läkartidningen, 64, 1325—1332.

Hagnell, O. & N.-Å. Persson, 1967, Psykiskt sjuka. Patientinventering. Malmöhus läns landsting. Lund. (Stencil, 76 s.).

Larsson, T. & T. Sjögren, 1954, A methodological psychiatric and statistical study of a large Swedish rural population. Acta psychiat. et neurol. scand. Suppl. 89, Stockholm.

Leighton, A. H., 1959, The Stirling County Study, Vol. I, My name is legion. Basic Books. New York.

Leighton, D. C., J. S. Harding, D. B. Macklin, A. M. Macmillan & A. H. Leighton, 1963, The Stirling County Study, Vol. III. The character of danger. Basic Books. New York.

Leighton, D., et al., 1971, Psychiatric disorder in a Swedish and Canadian community: An exploratory study. Soc. Sci. & Med., 5, sid. 189—209.

Monroe, R. E., G. D. Klee & E. B. Brody, 1967, Psychiatric Epidemiology and Mental Health Planning. American Psychiatric Association, New York.

Morris, J. N., 1972, Uses of epidemiology. E. & S. Livingstone Ltd. Edinburgh och London.

Principiplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län, 1970, Socialstyrelsen redovisar.. AB Allmänna Förlaget, Stockholm.

SOU, 1958, Mentalsjukvården. Planering och organisation. Delarna 38 och 39. Stockholm.

Srole, L., T. S. Langner, S. T. Michael, et. al., 1962, Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study. McCraw-Hill Book Co, New York.

Wing, J. K. & G. W. Brown, 1970, Institutionalism and Schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960—1968. Cambridge University press.

KRONOBERGS LÄNS LANDSTING

ARBETSVÅRDSÖVERLÄKARE

Placering: Arbetsvårdsinstitutet i Växjö.

Arbetsuppgifter: Medicinsk chef för landstingets arbetsvårdsverksamhet med huvuduppgift att svara för den medicinska tillsynen vid arbetsvårdsinstitutet, där yrkesmässig rehabilitering bedrivs. Medverka vid bedömning av elevernas fysiska och psykiska förutsättningar för olika arbeten och ge medicinsk rådgivning.

Leda prövningsteamets arbete samt ha det medicinska ansvaret för de rekommendationer och omdömen som lämnas om elever som genomgår arbetsprövning/träning.

Kvalifikationer: Helst tidigare erfarenhet av medicinsk och yrkesmässig rehabilitering.

Socialmedicinsk inriktning.

Förmåner: KB 3 jämte avlöningsförstärkning med f n 3.630:—/mån.

Landstingets avtal och bestämmelser gäller.

Tillträdesdag: 1 maj 1973 eller efter överenskommelse.

Ansökningstid: 4 januari 1973.

Upplysningar: Sekreterare Gerhard Larsson eller arbetsvårdschef Thore Hjalmér, tel. 0470/250 00.

Ansökan till: Kronobergs läns landsting, Personalavdelningen, Fack, 351 01 Växjö 1.

I ansökan anges tidigaste tillträdesdag samt eventuella önskemål om tillgodoräkning av tidigare yrkeserfarenhet för inplacering i löneklass.

Tjänstbarhetsintyg enligt fastställt formulär lämnas efter anfordran.

Betygskopior, meritförteckning och övriga handlingar sökanden önskar återopa bifogas ansökan.