

Om mentalsjukvårdens organisation

Vid ett möte med sjukhuschefer inom mentalsjukvården i november 1965 på Falbygdens sjukhus förekom diskussion om den nya mentalsjukvårdsorganisation som är under uppbyggnad. Överläkaren Stig E. Jacobson, Falbygdens sjukhus, höll ett inledningsanförande om "Akutklientelet ur psykiatrisk kliniksypunkt", vilket ställts till förfogande för publicering. Till belysning även av andra aspekter som framkommit i diskussionen om mentalsjukvården har överläkaren vid psykiatriska kliniken i Västerås R. Schlaug lämnat ett bidrag.

Stig E. Jacobson:

De förhållanden som jag här närmast skall redogöra för, har ur Er synpunkt ett relativt begränsat värde, därför att Falbygdens sjukhus hittills är det enda mentalsjukhuset i landet, som har fått en psykiatrisk klinik ansluten till sjukhuset. Skaraborgs läns landsting hade, som många här redan vet, och som jag tidigare redogjort för i Psykiatriska föreningen, från början planerat förlägga psykiatriska kliniken till Falköpings lasarett, men så beslöt sig då stat och landsting för att samordna mentalsjukvården inom länet till ett gemensamt sjukhus, som staten tills vidare skulle administrera utan landstingets inblandning. I princip skulle den psykiatriska kliniken fungera som en lasarettsklinik med sedvanlig materiell och personell utrustning. På grundval av vunna erfarenheter skulle man sedan ta ställning till om denna centralisering av all mentalsjukvård inom ett län var fördelaktig och borde rekommenderas även andra landstingsområden — eller om man skulle fortsätta som tidigare med uppdelning på mentalsjukhus och lasarettpsykiatri.

Sedan detta sjukhus planerades har många vindar blåst och för närvarande ligger ju hela frågan om hur mentalsjukvården skall organiseras i stöpsleven. På ett möte i Karlstad 23—24/10 1965 mellan överläkarna på de psykiatriska klinikerna diskuterades dessa frågor rätt ingående, och det var frapperande hur olika man planerat i olika landsting. I princip hade från landstingen endast lasarettsoverläkarna tillfrågats — men i några landsting hade även medicinalrådet Sälde konsulterats. Mentalsjukhusläkar-

nas synpunkter tycks dock ej ha inhämtats eller beaktats.

För närvarande råder inom olika landsting stor osäkerhet i planeringen, och samarbetet mellan lasaretten och mentalsjukhusen förefaller inte vara det bästa. Lasarettsläkarna tycks i allmänhet stödja LMK:s linje, som innebär att akutvården skall koncentreras till lasaretten och fördelas mellan flera psykiatriska kliniker inom varje landstingsområde. Samtidigt har man tänkt sig att mentalsjukhusens överläkare skulle flyttas över till lasarettsenheterna, vars storlek man planerar till mellan 90—120—300 vårdplatser med flera överläkare, som var och en skulle från lasarettet dirigera mentalsjukvårdens hela spektrum — från akut neurosvård och psykosvård, rehabilitering, långtidsvård av olika kategorier, öppen vård på olika nivåer; lasarettens ansluten resp. ambulerande genom hembesök, konsultverksamhet i olika former, som nu hjälpverksamhetsläkarna mest sysslar med, långtidsvården skulle koncentreras till de nuvarande mentalsjukhusen, som skulle vara satelliter till lasarettsklinikerna eller ev. fungera som självständiga enheter med ett fåtal läkare.

LMK:s allmänna rekommendationer har uppfattats på olika sätt i olika landsting, någon riktigt enhetlig linje har inte kunnat skönjas trots viss synkronisering genom dr Schlaug, som representant för LMK och Psykiatriska föreningens fackliga utskott. Vissa landsting har mycket ambitiösa planer med ett flertal lasarettensanslutna mentalsjukvårdsenheter inom länet med en planerad hög personal-

täthet och riklig tillgång på psykiatriker, som om planerna skulle realiseras, skulle innebära ren utarmning av psykiatrin i mindre attraktiva landsting och kanske mest från de mentalsjukhus, som skulle syssla med långtidsvård.

Samtidigt utgår nu från Medicinalstyrelsen nya direktiv, som syftar till en ökad differentiering och specialisering inom mentalsjukvården efter somatisk vårdmodell på det sätt som redan genomförts på Ulleråkers sjukhus och som redan i praktiken länge tillämpats vid Falbygdens sjukhus — med Medicinalstyrelsens godkännande dock först från den 1/9 1965.

Enligt denna modell ansvarar varje sjukvårdsläkare för sin specialitet inom psykiatrin på två-könade avdelningar, men denna uppdelning överensstämmer såvitt jag kan finna inte med LMK:s rekommendationer, som ju tillställts varje psykiater personligen, och som, såvitt jag förstår, skulle konservera den gamla fördelningen av arbetsuppgifter, där varje sjukvårdsläkare behärskar hela det psykiatriska fältet utom hjälpverksamhet och familjevård.

Varför presenteras från centralt håll samtidigt två helt olika direktiv för mentalsjukvårdens organisation utan inbördes synkronisering?

De landstingsdrivna Mellringe och Hälsinge sjukhus förefaller även i fortsättningen förbli isolerade mentalsjukhus med därifrån avlägset belägna lasarettanslutna psykiatriska kliniker förlagda till regionsjukhuset i Örebro och centrallasarettet i Gävle med 120 resp. 60 vårdplatser, där också tyngdpunkten i den öppna vården sannolikt kommer att ligga.

Linköpingskliniken, som snart också blir universitetsklinik, har ju enligt docent Wretmark fungerat som ett mycket differentierat psykiatriskt centrum inom länet, som han närmare redogjort för i olika sammanhang, bl.a. i Läkartidningen tidigare i år och i Svenska Sjukhusförningens årsbok för 1962. Det avlägset belägna och underbemannade Birgittas sjukhus har på så sätt väsentligt avlastats även från akut psykosvård, som också ett flertal lasarettskliniker i andra län allt mer börjat syssla med — särskilt vill jag där nämna psykiatriska kliniken i Kristianstad, där länet saknar eget mentalsjukhus, — trots att väl huvudparten av lasarettsklinikerna

fortfarande till övervägande del ägnar sig åt neurosvård av traditionell modell och överlämnar psykosvården till mentalsjukhusen.

Att lasarettsklinikerna i allt större utsträckning måst ägna sig även åt korttidsvård av akuta psykosser beror — förutom på förbättrade terapeutiska resurser och patienternas större benägenhet att söka sig till lasarettskliniker — dock huvudsakligen på mentalsjukhusens insufficiens med läkarbrist, överbeläggning, låg omsättning, konservativ, otymplig organisation och alltför låg personaltäthet.

I Skaraborgs län har alltså all mentalsjukvård koncentrerats till ett sjukhus genom att vi inlemmat den psykiatriska kliniken i mentalsjukhuset. Av organisatoriska och utvecklingshistoriska skäl har vår klinik inriktats på neurosvård med ett klientel av både akut och kronisk karaktär, av rent praktiska skäl har det dessutom blivit så att jourfallen som regel lagts in på resp. jourhavande underläkares egen avdelning på kliniken eller mentalsjukhusets neurosavdelningar för att bibehålla kontinuiteten mellan öppen och slutna vård, platstillgången har också varit större på mentalsjukhusets neurosavdelningar.

Vår klinik har 64 vårdplatser på 2 underläkare, jämfört med minst 4 underläkare på lasarettanslutna klinik. På sjukhuset i övrigt utgörs cirka 10 % av neurosfall d.v.s. omkring 60 patienter, varav en del dock i äldre åldersgrupper än på kliniken, som sällan tar in patienter över 60 år. På 250.000 invånare i Skaraborgs län skulle enligt tumregeln 0,4 promille vårdplatser för neurosfall behövas, det vill säga cirka 100 vårdplatser, vilket sålunda rätt väl överensstämmer med faktiska förhållanden.

Sedan starten har ju Falbygdens sjukhus en organiserad öppen mottagning, gemensam för sjukhusets alla läkare, vilken väsentligt avlastar den slutna vården. På kliniken försöker vi i görligaste mån sköta patienterna ambulant och endast lägga in på stränga medicinska indikationer, vilket medför att vi också i princip har ett mer tidskrävande klientel än de andra avdelningarna, där läkarna av praktiska skäl hinner ägna sina patienter betydligt mindre tid och där terapin huvudsakligen är somatisk och medikamentell. Kliniken är också uppdelad på 2 överläkaravdelningar, där biträdande överlä-

karens avdelning ägnat sig åt speciellt tidskrävande, rikt differentierad psykoterapi med relativt långa vårdtider och låg omsättning, som påverkat klinikens totala omsättningssiffror. Eftersom många akuta exogena insufficiensstillstånd som jourfall kommit in på mentalsjukhusets neurosavdelningar och där relativt snabbt tillfrisknat, har en viss snedfördelning skett av neurosfallen, som gynnat omsättningssiffrorna på mentalsjukhusets avdelningar p.g.a. kortare vårdtider. De läkare, som arbetar på kliniken, har dock samtliga tidigare arbetat på mentalsjukhuset och anser arbetet på kliniken betydligt mer betungande, bl.a. på grund av tidskrävande psykoterapi samt det mer omfattande journalarbetet och anhopningen av intygskrävande utredningsfall av olika kategorier.

Vi tillämpar samma intagningsförfarande och registrering som lasaretten och använder inte § 55, vi utnyttjar därför heller inte retentionsrätten. På lasarettens anslutna kliniker mottas patienter, som omedelbart eller efter vård överförs till resp. mentalsjukhus, — hos oss placeras psykosfall och alkoholister direkt från mottagningen på resp. specialavdelning för dessa kategorier.

Vårt klientel remitteras till oss från länets lasarett, ofta från våra konsultmottagningar där, eller kommer på remiss från kollegerna på fältet. En del kommer från våra egna mottagningar, som är tidsbeställda, rätt många överförs från mentalsjukhusets neurosavdelningar för mer intensiv psykoterapi.

Klienteletets struktur växlar. 1963 vårdades 420 patienter, varav 33 psykos, huvudsakligen endogena depressioner (23 st.), resten utgjordes av olika neurosformer och avvikande personlighetstyper, däribland också enstaka alkoholister och narkomana. Bland de intagna utgjordes en stor del av rena utredningsfall, som remitterats från lasaretten eller mottagningarna för klinisk bedömning. Sammansättningen av detta klientel överensstämde i huvudsak med vad man ser på de flesta lasarett psykiatriska kliniker.

Enstaka patienter har av olika skäl överförs från psykiatriska kliniken till mentalsjukhuset på grund av bl.a. stor suicidalrisk, psykotisk utveckling eller behov av intensiv rehabilitering i grupp, där mentalsjukhuset har större resurser.

Antalet förstagångsfall utgjorde 1963 56 % mot 38 % resp. 35 % på mentalsjukhusets båda överläkaravdelningar.

Kliniken har ännu inte fått planerat antal underläkartjänster, vilket påverkat omsättningssiffrorna och gjort arbetet betungande för underläkarna. Omsättningen borde kunna fördubblas och på så sätt väsentligt avlasta mentalsjukhuset, där tillgången på neurosplatser minskat på grund av ökningen av åldringsklientelet. Med nuvarande läkartäthet och behandlingsmetoder kan man inte tänka sig väsentligt kortare vårdtider, vilket förutsätter en motsvarande ökning av den öppna eftervården, som också ställer större krav på tillgång till kuratorer, psykologer och skrivpersonal.

Den uppdelning av klientelet som vi gått in för vid Falbygdens sjukhus har visat sig praktisk med hänsyn till behovet av specialisering inom sjukhusets ram. Sjukhuset fungerar som en differentierad terapeutisk enhet inom länet och har hittills tillfredsställande kunnat möta kraven på psykiatrisk service, där behoven dock ständigt ökar, särskilt inom den eftersatta åldringsvården, där vi måst införa väntelistor trots ca 10-procentig underbeläggning. Denna spärr är nödvändig för att kunna bereda vård åt yngre åldersgrupper.

I detta län har vi hittills gjort den erfarenheten att det varit till stor fördel att koncentrera all mentalsjukvård till Falbygdens sjukhus, som tack vare god läkartillgång och klok administration kunnat fungera tillfredsställande. Sedan man nu planerat att bygga ett nytt lasarett intill sjukhuset, når man målet att effektivt integrera psykiatrisk och somatisk vård. En uppsplittring av mentalsjukvården på smärre enheter enligt LMK:s program ex.vis med en psykiatrisk klinik vid det planerade kärnsjukhuset i Skövde, kan vara ett mål på lång sikt men är tills vidare orealiserbart p.g.a. den alltmer tilltagande psykiaterbristen inom landet — underläkarvakanserna på många lasarettskliniker förutom på de flesta mentalsjukhus varnar för en uppsplittring på alltför många och små enheter — läkarbrist råder för övrigt också på små somatiska kliniker.

I andra län med omoderna, perifert belägna mentalsjukhus tror jag däremot, att läkarrekryteringen skulle vinna på nybyggnad av lasarettens anslutna men-

talvårdsenheter, de gamla mentalsjukhusen blir inte attraktiva hur man än moderniserar de gamla byggnaderna, som i stället borde rivas eller tillsvidare användas för andra ändamål, t.ex. somatisk och möjligen också psykiatrisk långtidsvård.

Tills vidare anser jag det klokt att några landsting försöksvis prövar olika modeller innan man revolutionerar hela mentalsjukvården på bred bas utifrån teoretiska spekulationer utan hänsyn till personaltillgången. Annars kan vi riskera att komma ur askan i elden. Falbygdens sjukhus har hittills visat sig vara en väl fungerande mentalvårdsenhet i detta län, det vore olyckligt, om man slog sönder en väl fungerande organisation.

R. Schlaug:

Den psykiatriska sjukvården har hittills utformats kring den bestående organisationen av mentalsjukhus.

När det blev uppenbart, att psykiatrin måste finnas även vid kroppssjukhusen inrättades de psykiatriska lasarettsklinikerna och man talade om betydelsen av att neuropsykiatrin eller "den lätta psykiatrin" med sina många utredningsfall blev tillgodosedd.

Utvecklingen har emellertid gått snabbt under de sist förflutna decennierna. Samtidigt som psykiatrin har utvecklats nya och delvis helt revolutionerande behandlingsmetoder såväl på det i vidsträckt mening psykoterapeutiska som på det farmakologiska området har den psykiatriska sjukvården hamnat i en svår krissituation.

Läkarförbundets mentalsjukvårdskommitté (LMK) har i sitt principprogram pekat på den riktiga vägen ur krisläget: den psykiatriska sjukvården måste bli en integrerad del av den allmänna sjukvården. Det förutsätter, att de organisatoriska formerna för psykiatrin radikalt förändras. Det finns ej någon medicinsk anledning att bevara tudelningen i "mentalsjukvård" och "kroppssjukvård" och följaktligen ej heller att samla de psykiskt sjuka av alla kategorier i särskilda sjukhus.

I stället för att utgå från den befintliga organisationen med mentalsjukhus och psykiatriska lasarettskliniker bör man utgå ifrån det psykiatriska patientklientelet och dess behov av sjukvård, rehabilitering, stöd och omhändertagande och anpassa den organisatoriska strukturen därefter. Intet är därvid naturligare än att förlägga den akuta psykiatriska sjukvården där övrig akut sjukvård meddelas, nämligen vid lasaretten, och övrig vård och rehabilitering där annan långtidsvård och rehabilitering har visat sig kunna drivas ändamålsenligt eller där det ur medicinska och psykoterapeutiska synpunkter är lämpligt.

Det kan ej vara riktigt att låta de psykiatriska lasarettsklinikerna få karaktären av exklusiva "neurosavdelningar" (de egentliga neuroserna bör f.ö. i största utsträckning ej behandlas inom traditionell slutenvård). De bör utgöra den psykiatriska sjukvårdens *akutsektioner*, som därefter skall kompletteras av de övriga till sin utformning mycket skiftande vårdresurser som erfordras. Den gamla indelningen i "tung" och "lätt" psykiatri förlorar därmed sin mening. Den integrerade psykiatriska sjukvården skall *inom sig* kunna ge en differentierad sjukvård.

Falbygdens sjukhus är ett mentalsjukhus i traditionell mening vartill knutits en "psykiatrisk klinik", d.v.s. en "neurosklinik". För den, som känner förhållandena där, står det klart, att sjukhuset fungerar väl och på hög nivå, men utformningen ger föga möjlighet att realisera det program om den psykiatriska sjukvårdens integrering med övrig sjukvård, som LMK eftersträvat. Den geografiska isoleringen har ju också framtvingat psykiatrisk konsultverksamhet vid landstingsområdets lasarett, och dessa i sin tur förblir exklusiva kroppssjukhus liksom Falbygdens sjukhus förblir ett funktionellt isolerat mentalsjukhus.

Någon väsentlig förändring kommer ej att ske om ett "kroppssjukhus" förlägges intill Falbygdens sjukhus. Den inre strukturen förblir densamma: mentalsjukhuset är det sjukhus där all psykiatrisk sjukvård inom sjukvårdsområdet koncentreras medan övrig sjukvård grupperas enligt den nya plan, som antagits i landstingsområdet. Den planerade koncentrationen av sjukvården till Skövde betingas

av vad som är medicinskt och organisatoriskt önskvärt, ej därför att jättesjukhus i och för sig är en nödvändighet. Däremot är det i Skaraborgsplanen självklart, att långtidsvården decentraliseras utom vad gäller den psykiatriska sjukvården, där man följer det gamla hospitalstänkandet. Samma oförmåga att lämna invanda tankemodeller kommer till uttryck litet varstans runt om i landet, när man planerar nya eller utbyggda mentalsjukhus.

Någon funktionell integration med övrig sjukvård får man ej genom att placera ett kroppssjukhus vid sidan av eller vägg i vägg med ett mental-

sjukhus om detta i sin struktur fortfarande är uppbyggt enligt gamla principer med akutsjukvård, långtidsvård och invalidsjukvård i samma byggnad eller rent av på samma avdelning eller i samma sjukrum.

Huvudtanken i LMK:s program är att den psykiatriska sjukvården skall lämna sin hittillsvarande isolering och byggas in i den allmänna sjukvården, varvid den bör följa sina egna linjer men ansluta till den uppdelning i akutsjukvård, rehabilitering och långtidsvård, som har visat sig riktig och ändamålsenlig inom den övriga sjukvården.

Dr Stig E. Jacobsons litteraturförteckning

1. Cirkulär den 30/4 1965 till Direktionerna vid Statens mentalsjukhus med överlämnande av P.M. angående mentalsjukhusens organisation.
2. *Hartelius, H.*: Om mentalsjukvårdens överlämnande till landstingen. Socialmedicinsk tidskrift nr 2, 1965, s. 62—67.
3. Hälso- och Sjukvård i Skaraborgs län. Betänkande avgivet av Landstingets sjukvårdsutredning, 1965.
4. *Jacobson, Stig E.*: Synpunkter på psykiatrisk klinik i anslutning till mentalsjukhus. Opublicerat föredrag hållet vid Svenska psykiatriska föreningens vintermöte på Falbygdens sjukhus den 6/3 1965.
5. Läkarförbundets principprogram om den psykiatriska sjukvården. Läkartidningen nr 14, 1965, s. 1060—1064.
6. Läkarnas syn på mentalsjukvårdens upprustning. Socialmedicinsk tidskrift nr 4, 1965, s. 148—150.
7. *Pehrson, G., Fredriksson, E.*: Hur skall mental-sjukvården organiseras? Svenska sjukhusföreningens årsbok 1964, s. 161—168.
8. Mentalsjukvården. S.O.U. 1958:38.
9. *Schlaug, R.*: P.M. med principplan för utbyggnad av den psykiatriska sjukvården i Västmanlands län. 1963.
10. Skaraborgs läns landstings förhandlingar 1964, s. 421—453.
11. *Wretmark, G.*: Vårdorganisation vid psykiatrisk klinik. Svenska läkartidningen nr 20, 1961, s. 1492—1509.
12. *Wretmark, G.*: Utnyttjas sjukhusen rationellt? Svenska sjukhusföreningens årsbok 1962, s. 21—30.
13. *Wretmark, G.*: Psykiatrins ställning i den allmänna sjukvården. Synpunkter från en psykiatrisk klinik. Socialmedicinsk tidskrift nr 2, 1963.
14. *Wretmark, G.*: Differentieringsbehovet inom mentalsjukvården. Läkartidningen nr 28, 1965, s. 2176—2181.
15. *Wålinder, J.*: Svenska psykiatriska föreningens vintermöte i Uppsala 16—17 februari 1963. Diskussion i anledning av L.M.K:s promemoria rörande mentalsjukvården. Referat 1963.
16. *Zethraeus, S.*: Mentalsjukvård i Sverige, särskilt i Älvsborgs län, 1961—1970; Tankar, planer, förhoppningar. Socialmedicinsk tidskrift nr 3, 1962, s. 92—102.
17. *Åseby, E.*: Falbygdens sjukhus. Svenska läkartidningen nr 51, 1964, s. 4049.