

Problemets omfattning

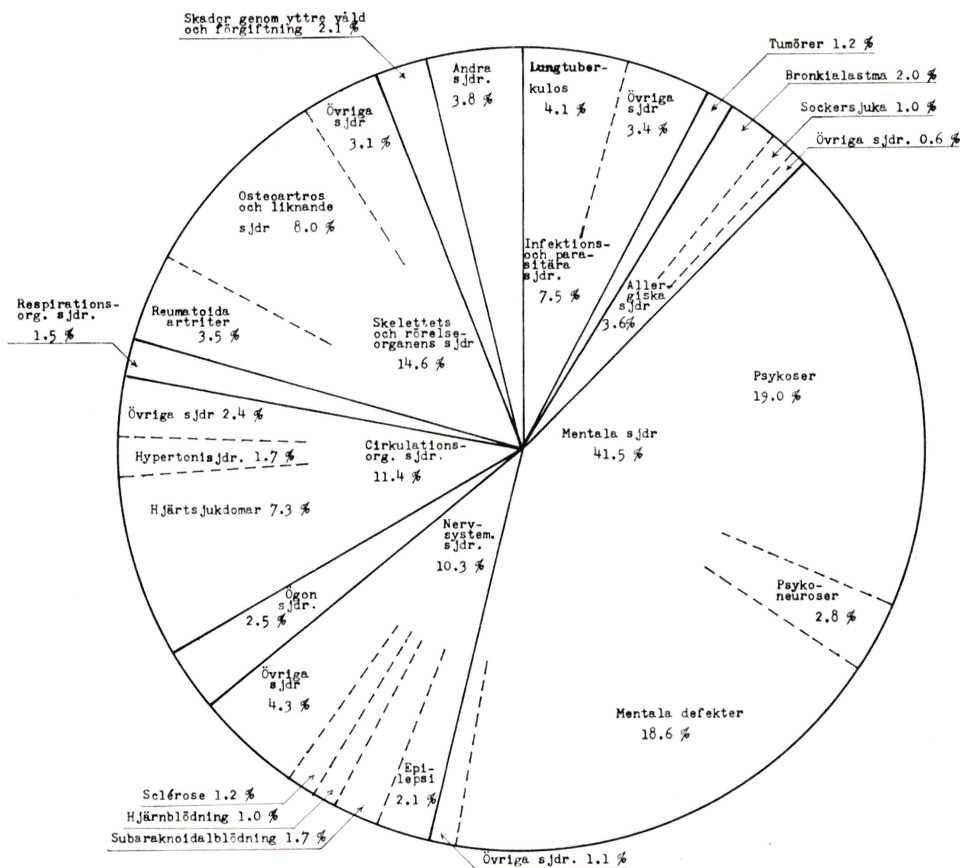
Av professor Gunnar Inghe, Stockholm

Allmänna synpunkter

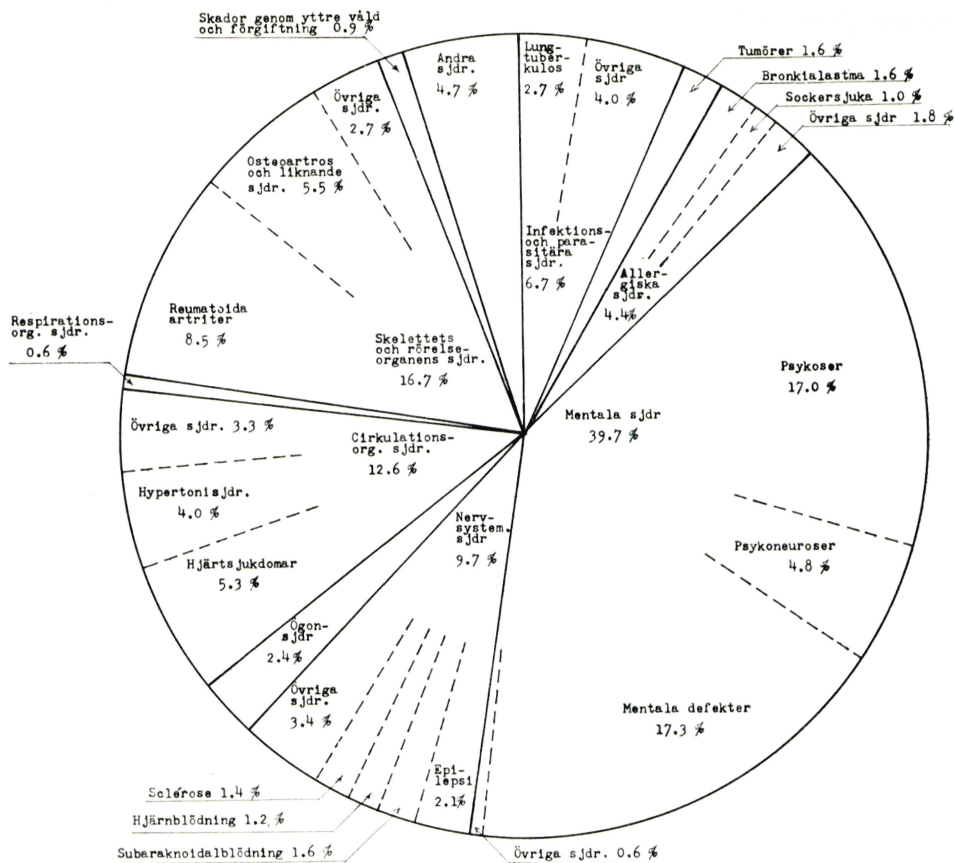
Min uppgift är att ge en uppfattning om storleksordningen av det psykiatriska rehabiliteringsbehovet. Det är en på en gång trivial och besvärlig uppgift. Det borde vara enkelt men var och en vet att något svar inte kan lämnas. Jag får nöja mig med att inringa frågan utifrån skilda utgångspunkter.

Invalidpensionärer

Av de förtidspensionerade har 40 % pensionerats på grund av psykisk sjukdom, efterblivenhet eller liknande (se figur 1a och b enligt sammanställning för år 1961 av Riksförsäkringsverket). Lägg märke till den höga frekvensen mentala defekter och psykoser; i 3—5 % är pensionsanledningen dock funktionella nervösa tillstånd.



Figur 1 a: Procentuell fördelning av invalidpensioner och sjukbidrag efter invaliditetsorsak januari 1961. Män.



Figur 1 b: Procentuell fördelning av invalidpensioner och sjukbidrag efter invaliditetsorsak januari 1961. Kvinnor.

De psykiska orsakerna till invalidpensionering har dessutom större specifik vikt ju yngre fall det är fråga om (se figur 2). I 16—19 års åldern är psykiska sjukdomar huvudorsaken i 78 % av samtliga invalidpensionerade, i 65—66 års åldern endast 20 %. Absolut ökar naturligtvis antalet invalidfall med stigande ålder (se figur 3) men stegringen är starkast för dem som invalidiserats på grund av somatisk sjukdom.

Alltså: Psykisk sjukdom står för 2/5 av alla för-tidspensionerade och för huvudparten av dem som är unga. Särskilt det sista är viktigt ur rehabiliteringssynpunkt.

Värnpliktiga

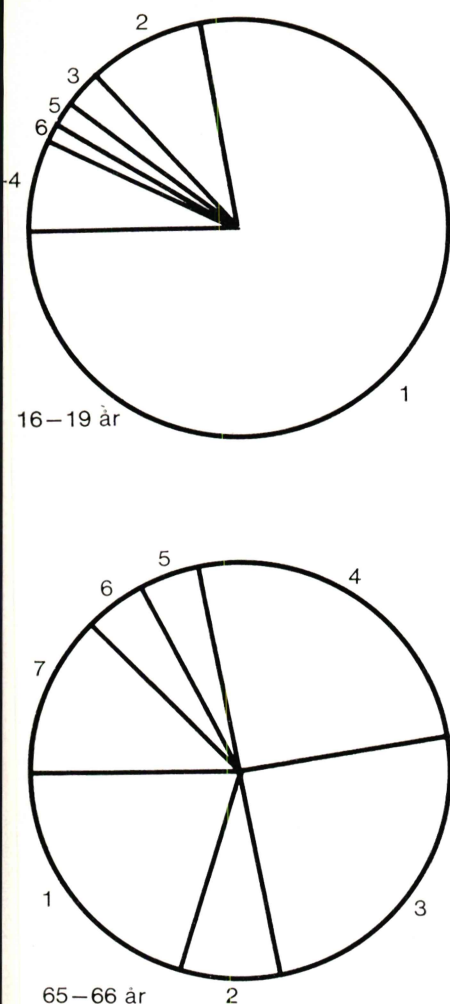
Av samtliga inskrivna vid 1964 års inskrivningsförrättningar blev 3,7 % frikallade (O) och 2,6 % förklarade tillfälligt odugliga (T) medan 5,6 %

fördes till besiktningsgrupp 4, d.v.s. förklarades odugliga för vapentjänst. Över hälften av de frikallade eller 52 % företedde psykisk sjukdom eller nervsjukdom. Närmast i storleksordning låg rörelseorganens sjukdomar med 13 %. Inom T-gruppen företedde 15 % besvär från cirkulationsorganen och 14 % av psykisk sjukdom eller nervsjukdom. I besiktningsgrupp 4 led 40 % av psykiska sjukdomar eller nervsjukdomar.

Alltså: I 20 års åldern utgör de psykiska sjukdomarna den viktigaste anledningen till oförmåga att fullgöra värnplikten på normalt sätt.

Försäkringskassornas 90-dagars fall

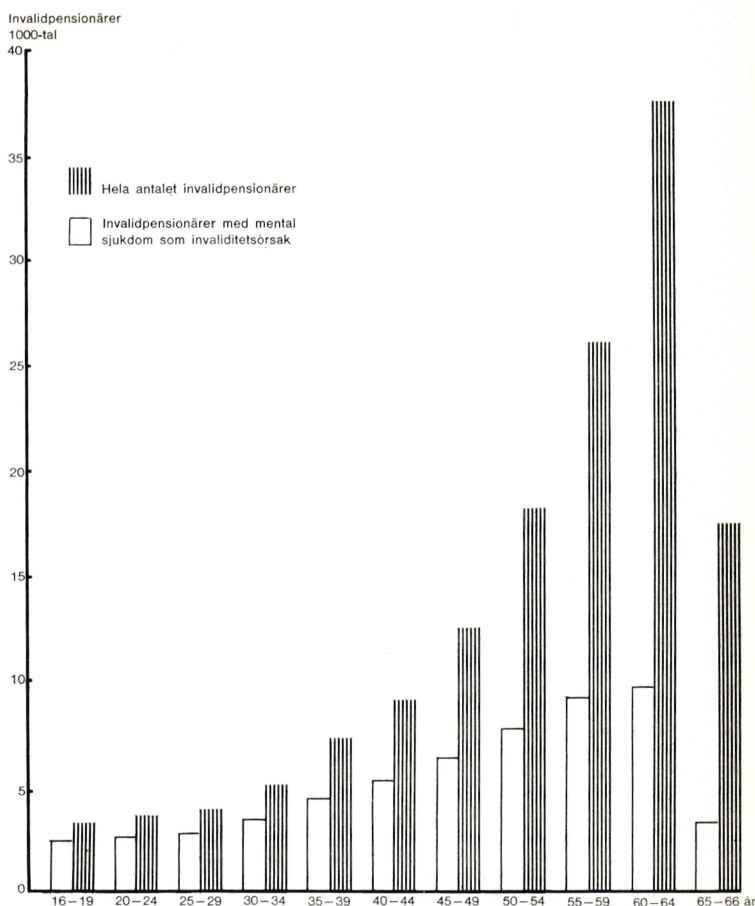
En sammanställning har företagits av de s.k. 90-dagars fallen i de 4 största städerna i Sverige år 1962 (Lindgren, Blomquist o.a., se Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 32). I den svenska för-



Figur 2: Invalidpensionärerna den 1 januari 1961 i åldersgrupperna 16—19 resp. 65—66 år fördelade efter invaliditetsorsak.

Invaliditetsorsaker: 1. Mentala sjukdomar, psykoneuroser, patologiska personlighetstyper. 2. Nervsystemets sjukdomar. 3. Skelettets och rörelseorganens sjukdomar. 4. Cirkulationsorganens sjukdomar. 5. Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar. 6. Allergiska, endokrina systemets, ämnesomsättnings-sjukdomar. 7. Andra sjukdomar.
Anm. Invaliditetsgrupp 4, som i yngsta åldersgruppen uppgår till mindre än 1 % har räknats in i grupp 7.

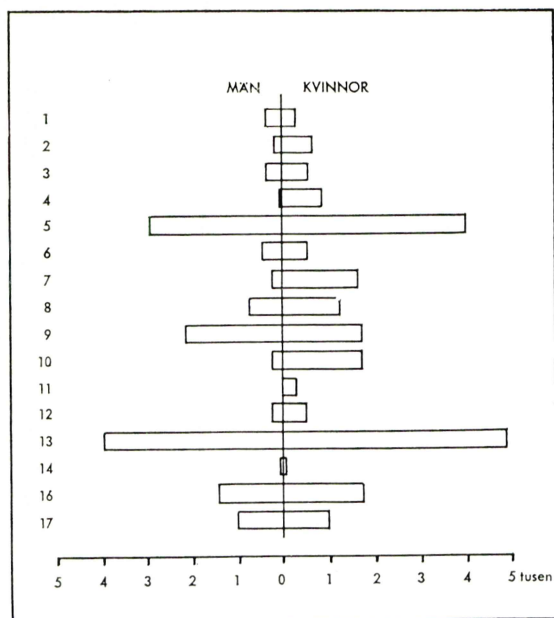
säkringslagen stadgas att efter 90-dagars sjukskrivning skall varje sjukdomsfall granskas av försäkringskassan och dess förtroendeläkare ur rehabiliteringssynpunkt. 90-dagars fallen i detta material omfattade 37.000 fall motsvarande 4,3 % av de försäkrade, i åldersgruppen 16—19 år = 0,7 %, i åldersgruppen 50—60 år = 7,0. Av samtliga 90-dagars fall företedde 1/5 psykisk sjukdom (05)



Figur 3: Hela antalet invalidpensionärer samt invalidpensionärerna med mental sjukdom som invaliditetsorsak, den 1 januari 1961, fördelade på åldersgrupper

— se figur 4. Det är den näst största enskilda sjukdomsgruppen bland 90-dagars fallen. Störst är gruppen rörelseorganens sjukdomar (= ryggsb-svär, ledsjukdomar o. likn., grupp 13).

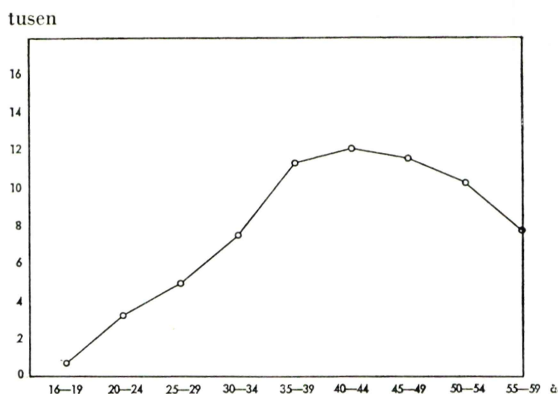
Psykisk sjukdom är vanligare bland yngre än bland äldre 90-dagars fall (se figur 5); 22,5 % i åldern 16—29 år, 17,5 % i åldern 30—60 år. De psykiska sjukdomarnas relativa betydelse är alltså högre bland yngre än bland äldre. I en restgrupp opreciserade fall förmodar man dessutom, att psykisk sjukdom i många fall utgör huvudorsaken till arbetsoförmåga. Man beräknar därför att psykiska faktorer är huvudsaklig orsak till nedsatt arbetsförmåga bland 90-dagars fallen i omkring 30 %, somatiska i omkring 70 %. I dessa 70 % ingår då också den icke obetydliga grupp som företer svår-



Figur 4. 90-dagarsfallens fördelning på diagnosgrupp och kön i totalmaterialet i absoluta tal (1.000-tal) (indelningen i diagnosgrupper följer den internationella nomenklaturen: 05 psykiska sjukdomar, 13 rörelseorganens sjukdomar).

Diagnosgrupp	Diagnos vid 90-dagarsfall	
	16—29	30—60
01	2,4	1,5
02	1,0	2,5
03	2,4	2,8
04	4,1	2,6
05	22,5	17,5
06	2,2	3,1
07	1,8	8,9
08	4,4	5,4
09	9,4	9,7
10	12,9	5,7
11	3,7	0,4
12	2,0	1,7
13	11,3	22,3
14	0,3	0,1
16	11,2	10,5
17	8,4	5,3
Totalt	100,0	100,0

Figur 5. Angiven diagnos vid 90-dagarsfallen 1962 (stockholmsmaterialet) i olika åldrar i procent. (05 psykiska sjukdomar, 13 rörelseorganens sjukdomar)



Figur 6. Diagnosgruppen 05 psykiska sjukdomar.

definierade somatiska insufficienstaganden av typen ryggbesvär etc., där det ofta föreligger psykiska komponenter. Absolut taget ökade antalet 90-dagars fall med psykiska förtecken upp till 40-års åldern (figur 6).

Alltså: Även vid måttligt långdragna sjukdomsfall utgör psykisk sjukdom en väsentlig orsak till nedsättning av arbetsförmågan.

Beläggningen på sjukhus

År 1963 uppgick det samlade antalet sjukvårdsplatser i Sverige till 122.000 (därvid medräknat också socialvårdens vårdshemsplatser). Av dessa disponerade den psykiska vården 49.000 platser + 2.000 platser på de psykiatriska och barnpsykiatriska klinikerna — summa 51.000 platser. Den samlade kroppssjukvården disponerade 71.000 platser. De psykiska sjukdomarna belade alltså omkring 40 % av hela platsantalet.

Samma år — 1963 — utskrevs efter frånräkning av dödsfallen 33.700 fall från mentalsjukhusen och 15.400 fall från de psykiatriska klinikerna = 49.100 fall fördelade på nedanstående huvuddiagnoser:

Schizofreni	7.900
Psykosis man. depr.	2.500
Senil demens m.m.	4.700
Alkoholpsykos	1.200
Depression m.m.	10.300
Övriga reaktiva tillstånd	6.600
Persona patologica och immatura	3.100
Alkoholism	5.200
Övriga	7.600

Det är denna population som rehabiliteringsverksamheten i sluten psykiatrisk vård har att syssla med i Sverige. I de andra skandinaviska länderna kan talen lämpligen divideras med 2 för att närmevärden skall erhållas. Naturligtvis är alla dessa inte i behov av särskilda rehabiliterande åtgärder. En del återgår till samhället i stort sett friska och väl anpassade. Andra är och förblir arbetsoförmögna (t.ex. de många senildementa). För denna grupp kan dock ADL-träning vara nödvändig. Hur stor del av sjukhuspopulationen som behöver särskilda rehabiliterande åtgärder torde icke vara säkert känt — i varje fall inte av mig.

Populationsstudier

Data om rehabiliteringsbehovet kan erhållas från hälsoundersökningar eller morbiditetsstudier. Av det senare slaget har företagits ett betydande antal, inte minst i Skandinavien. Man har funnit varierande frekvenstal för psykiska sjukdomar, vilka jag inte skall trötta med här, eftersom de är välbekanta för alla. I vissa studier har man också gjort försök att mäta graden av nedsättning av arbetsförmågan eller handikappgraden. Sådana undersökningar har i detta sammanhang större intresse. Alexander Leighton fann t. ex. på Nova Scotia prevalenstalet 37 % beträffande förekomsten av psy-

kiatriska symtom, varav 10 % med viss grad av "impairment". I Baltimoreundersökningen befanns 14 % förete mer eller mindre höggradig nedsättning av arbetsförmågan. I New York fann Rennie, Srole och deras medarbetare olika frekvens av handikapp i olika sociala klasser (se figur 7). I en av de senaste morbiditetsstudierna av detta slag, islänningen Helgasons, befanns "the total expectancy of mental disorders" uppgå till 19,0 % för männen och 19,3 % för kvinnorna om lättare fall inte medtogs.

Nu säger siffror av detta slag föga om det verkliga rehabiliteringsbehovet, eftersom många av dessa psykiskt sjuka torde ha nått så god social anpassning, som är möjligt med de sjukdomssymtom de förete. Å andra sidan måste somliga betraktas som definitivt ur leken eller på sin höjd aktuella för ADL-träning. Men så mycket säger siffrorna, att antalet psykiskt skadade och rimligtvis också rehabiliteringsbehovet framstår som mycket stort även i populationsstudier.

I de handikappstudier som företagits på populationsbasis har veterligen inga försök hittills gjorts att ta med psykiska handikapp. Den stora handikappinventering, som Socialforskningsinstitutet i Köpenhamn genomförde för ett par år sedan, avsåg blott fysiskt handikappade. Typiskt nog fann

Figur 7

Psykiskt tillstånd i åldern 20—59 år inom olika socialekonomiska grupper vid en representativ intervjuundersökning i New York (enl. Srole m.fl.).

Psykiskt tillstånd	Socialekonomiska strata i barndomen					
	A n=262	B n=245	C n=287	D n=384	E n=265	F n=217
Symtomfria	24,4	23,3	19,9	18,8	13,6	9,7
Lätta symtom, adekvat fungerande	36,0	38,3	36,6	36,6	36,6	32,7
Måttliga symtom utan märkbart inflytande på anpassningen	22,1	22,0	22,6	20,1	20,4	24,9
Handikappade	17,5	16,4	20,9	24,5	29,4	32,7
märkbara symtom med lätt inverkan på anpassningen	11,8	8,6	11,8	13,3	16,2	18,0
svåra symtom med försämrad funktionsförmåga	3,8	4,5	8,1	8,3	10,2	10,1
helt eller delvis oförmögen att fungera	1,9	3,3	1,0	2,9	3,0	4,6

Anm. A—F betecknar sjunkande socialekonomisk nivå.

man det ändå nödvändigt att ta hänsyn till psykiska variabler vid sin värdering av de fysiska handikappens betydelse för arbetsförmåga och anpassning. Den nyligen färdigställda handikappinventeringen i Göteborg avsåg blott personer med rörelsehinder. Utländska undersökningar som angripit detta problem känner jag inte heller till. Centrala rehabiliteringsutredningen diskuterade för ett par år sedan möjligheterna att genomföra en sådan populationsstudie i Västernorrlands län. Meningen var att beakta både somatiska, psykiska och sociala arbetshinder och i varje enskilt fall försöka mäta såväl handikappgraden som rehabiliteringsbehovet. Denna undersökning kom inte till stånd och nu har CRB upphört. I stället diskuteras nu projektet inom Stockholms läns landsting. Det är möjligt att en studie härom kan komma till stånd. I samband med den hälsokontroll, som skall företagas inom länet, skall också företagas metodologiska pilotstudier rörande möjligheterna att mäta rehabiliteringsbehovet. Problemet är dock besvärligt. Den danska undersökningen visade att redan svårigheterna att mäta fysiska handikapp och rehabiliteringsbehov är betydande. Svårigheterna torde öka betydligt om hänsyn även skall tagas till psykiska och sociala variabler. Å andra sidan kommer man från den artificiella gränsdragningen vid enbart fysiska besvär. Förutom de vanliga svårigheterna vid populationsstudier måste man i en sådan här studie dels mäta och gradera handikappet, dels bedöma graden och arten av föreliggande rehabiliteringsbehov. Enda sättet att komma tillrätta med dessa metodsvårigheter är emellertid praktiska försök, och jag hoppas att sådana skall kunna komma till stånd med landstingets hjälp.

Speciella synpunkter

Rehabiliteringsproblematiken är olika vid olika typer av psykisk sjukdom eller beteenderubbning. Följande föredrag om schizofreni resp. hjärnskada torde komma att visa detta. För depressioner, senildementia och andra kategorier är rehabiliteringsproblemen lika speciella. Den största sjukdomsgruppen är de funktionella mentalsjukdomarna, neuroser, fobier och insufficiensstillstånd av olika

slag. Många av dessa tillstånd medför som bekant åratals social insufficiens — för att låna en term av Lindegård — med stundom massiva symtom och kronisk vantrivsel i familj och samhälle. Ofta frestas man misstänka en lesionell kärna i dessa efter decennier opåverkbara fall. För rehabiliteringsansträngningarna är det viktigt att studera långtidsförloppet vid dessa funktionella sjukdomstillstånd mera ingående. Vi har fått ett instrument härför i försäkringskassorna.

Många av dessa fall möter man inte på sjukhuset utan i öppen vård. Rehabiliteringen måste alltså planeras även med hänsyn till öppen psykiatrisk vård — ett tills vidare alltför litet diskuterat problem.

Det är i detta sammanhang angeläget att påpeka att även andra betydande grupper kräver medverkan av psykiatriker i rehabiliteringen.

Alkoholskadade. Ett mycket stort problem. I Sverige var 1963 78.000 kända av nykterhetsnämnderna motsvarande cirka 1 % av befolkningen. Tvååtgärder (övervakning m.m.) företogs mot 19.000 och intagning på vårdanstalt av 8.000. Behandlingsresultaten är tvivelaktiga. Ingående studier av nykterhetsnämndernas åtgärder är därför behövliga. Den sista rapporten 1965 av psykologen Ardrell vid Gudhem är icke uppmuntrande. Han fann att 18 % förbättrats och 22 % försämrats, medan resten var ungefär som förut. Psykiatrikerna måste med i verksamheten i mycket högre utsträckning än hittills. En sådan utveckling är ju också långsamt på väg.

Kriminella. År 1963 dömdes 11.300 personer i Sverige till fängelse m.m. Samma år frigavs 12.500 personer. Under tillsyn stod 1 jan. 1964 18.000 personer. Som bekant är kriminaliteten ständigt stigande, särskilt bland yngre. Dessutom föreligger starkt ökad recidivfrekvens. I själva verket sker numera en utveckling till definitiv brottslighet och socialt förfall, som saknar tidigare motstycke i Sverige. Det är speciella och mycket svåra problem som också kräver omfattande psykiatrisk medverkan i rehabiliteringen.

Narkomaner. Narkomanin är nu i starkt tilltagande i Sverige, vanligast bland asociala, hur många vet ingen för närvarande.

Slummen. På ett år passerar 5.200 personer genom ungarshotell och härbärgen i Stockholm, motsvarande 1,4 % av den vuxna manliga befolkningen, flertalet svårt skadade särskilt i psykiskt hänseende.

Understödstagare. 80 % av de långvarigt understödda visar psykiska skavanker.

Prostituerade, homosexuella o.s.v.

Listan på särgrupper med rehabiliteringsbehov kan som synes göras lång. För alla dessa grupper krävs psykiatrisk medverkan i rehabiliteringen. Det psykiatriska rehabiliteringsbehovet är alltså enormt, mångfacetterat och överväldigande. Tills vidare är resurserna som var och en vet katastrofalt otillräckliga. Nu är det nödvändigt med ingående kartläggning och analys av problematiken, så att man får klart för sig vilka uppgifter som väntar.

Extent of the need for psychiatric rehabilitation

By professor Gunnar Inghe, Stockholm, Sweden

Summary

The extent of the need for psychiatric rehabilitation is exemplified by data from persons on disability pensions, conscripts exempted from military training, persons receiving long-term sickness allowances from health insurance companies, the bed occupancy at hospitals, and various population studies. The information gained from these sources demonstrates that mental illness is an important cause of reduced functional capacity and disabili-

ty. The younger the age group the greater is the relative significance of the mental causative factors.

Problems connected with psychiatric rehabilitation also arise in the treatment of many other categories such as alcoholics, criminals, drug addicts, and homeless recipients of public relief. The need for psychiatric rehabilitation services is thus increasing.