

Vårdplatsbehov för psykiskt sjuka i Västerbottens län¹

Av dr Jan Beskow, Umeå

Hösten 1964 och vintern 1964—65 planlade och ledde jag en inventering av psykiskt sjuka i Västerbottens län² i syfte att få fram material för bedömning av vårdplatsbehovet. Inventeringen utfördes i form av individuell psykiatrisk bedömning av misstänkt psykiskt sjuka, som var inläggande eller på annat sätt kända vid olika vårdinstitutioner eller uppspårades vid besök i länets kommuner. Vid planeringen rådfrågades bl.a. professor Jan-Otto Ottosson och hjälpverksamhetsöverläkare Åke Malmgren. Den senare följde kontinuerligt utredningen och gjorde bl.a. alla kommunbesöken.

Utredningen har legat till grund för ett förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka i länet³, som även presenteras i artikelform⁴. Liknande försök att skatta vårdplatsbehov för psykiskt sjuka har tidigare gjorts bl.a. i Stockholms län 1955⁵, ⁶, Hallands län 1956—57⁷ och Norrbottens län, 1961⁷.

I länet finns för närvarande Umedalens sjukhus med ett fastställt vårdplatsantal på 927 och vid tiden för undersökningen avsett för Västerbottens län jämte delar av Västernorrlands och Norrbottens län, landstingets vårdhem för lättskötta psykiskt sjuka, Flurkmark, Umeå, med 120 manliga vårdplatser och Grannäs, Burträsk, med 41 kvinnliga vårdplatser samt psykiatriska kliniken vid Umeå lasarett med 46 vårdplatser. I det avtal landstinget 1966 slutit om övertagande av statens mentalsjukvård, räknar man med 729 vårdplatser för "egent-

ligt mentalsjuka" från Västerbottens län, vari ej ingår s.k. specialvård, dvs. psykiskt sjuka barn, gjorde 31.12 1964 119.343 män och 114.506 kvinnor, totalt 233.849 personer.

Metodik och material

Sjukdomstyper

1. I materialet medtogs psykiskt sjuka som vanligen vårdas på mentalsjukhus, dvs. psykoser, senila demenser och andra gravare psykiska åldersförändringar, grava neuroser och grava psykopatier. Psykiskt efterblivna medtogs endast i den mån de krävde vård på mentalsjukhus. Detsamma gällde alkoholister. Detta motsvarar väsentligen vad som tidigare kallats "psychiatria major". För dessa genomfördes undersökningen i sin helhet och fall spårades på institutioner och vid kommunbesök.

2. En del av nuvarande vårdplatser är vid psykiatrisk lasarettsklinik. Innefattande och expektanter vid denna medtogs därför samt dessutom ett fåtal (7) patienter som vårdades på de medicinska lasarettsklinikerna i Skellefteå och Lycksele utslutande för psykisk sjukdom av "psychiatria-minor"-karaktär. Något försök att å övriga institutioner och vid kommunbesök spåra psykiskt sjuka av "psychiatria minor"-typ gjordes ej.

Nuvarande vårdplatsbehov

I materialet inkluderades endast personer, som vid undersökningstillfället bedömdes i behov av sluten

¹) Från socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet på initiativ av och med ekonomiskt bidrag från Västerbottens läns landsting.

psykisk vård. Härvid inverkade både medicinska och sociala förhållanden. Avgörandet var i de flesta fall ej svårt. Vissa grupper av sjuka erbjöd dock speciella problem.

Vid senila tillstånd var gränsen mellan behov av vård på ålderdomshem och sluten psykiatrisk vård flytande. Vi fastställde som riktlinjer att personer med uttalad desorientering och betydande behov av övervakning, med störande beteende såsom defäkation och urinering i korridorer och samlingsrum, eller störande hallucinos skulle anses medföra behov av sluten psykiatrisk vård, såvida symtomen ej var tillfälliga.

Gränsdragningsproblem fanns även mellan behov av vård på sjukhem för långvarigt kroppssjuka och sluten psykisk vård. Här bedömdes om behov av medicinsk vård förelåg och i så fall i första hand somatisk eller psykisk. I övriga fall, således främst med behov av omvårdnad, såsom skötsel och övervakning, togs hänsyn till för omgivningen störande beteende enligt ovan. Psykisk oro som kunde kontrolleras med små till måttliga doser psykofarmaka medförde ej i och för sig behov av sluten psykisk vård.

På sjukstugor fanns flera psykiska förvirringstillstånd, som sannolikt betingats av övergående somatisk sjukdom. Dessa medtogs ej i materialet.

Önskvärd vårdform

För att erhålla underlag för framtida planering angav den undersökande psykiatern för var och en i materialet även den lämpligaste vårdformen med hänsyn till dennes nuvarande psykiska och somatiska tillstånd men under förutsättning av en fullständigt utbyggd och väl fungerande vårdorganisation. Riktlinjer för dessa bedömningar angavs i en särskild PM; de återges här i förkortad form.

1. Vårdformer inom mentalvårdsorganisationen

Akut neuros- och psykosvård, inklusive geriatrisk akutvård. Innefattar all psykiatrisk akutvård (vårdtider upp till 2—3 månader), kräver kvalificerad psykiatrisk och somatisk diagnostik och terapi.

Långtidsvård. För patienter, som efter akutvård

bedöms icke kunna motsvara hemmiljöns krav och ej kan undergå rehabilitering i halvöppen eller öppen vård. Psykiatriska diagnostiken väsentligen avslutad, patienten undergår psykiatrisk och somatisk terapi samt rehabilitering. Långtidsvården delas i två typer.

Långtidsvård krävande högt kvalificerade somatiska resurser. Övervägande äldre psykiskt sjuka, som har behov av kvalificerade somatiska resurser ungefär motsvarande lasarett, men samtidigt aktivering och rehabilitering. Hit hör också det psykiatriska vårdklientel, både från sluten och öppen vård, som är i behov av mer intensiv rehabilitering, inklusive kvalificerad somatisk diagnostik.

Långtidsvård ej krävande högt kvalificerade somatiska resurser. Väsentligen behov av aktivering och rehabilitering, mindre av somatisk diagnostik och terapi.

Invalid, vårdkrävande. Aktiv rehabilitering bedöms utsiktslös. Målsättningen för aktiverande terapi är således blott att förhindra försämringar. Vårdkrävande av psykiska, somatiska eller sociala skäl, såsom övervakningsbehov m.m.

Invalid, mindre vårdkrävande, mentalsjukhem. Aktiv rehabilitering bedöms utsiktslös men tillgång till mindre kvalificerad sysselsättnings- och arbetsterapi. Mindre behov av tillsyn.

Familjevård. Motsvarar nuvarande familjevårdsorganisation.

Öppen- och halvöppen vård. Förutsätter väl utbyggd och fungerande öppen och halvöppen vård med läkare, sjuksköterskor, socialarbetare och psykologer. Möjlighet till hembesök. Skall kunna förmedla hemhjälp och arbetsterapi, tillgång till inackorderingshem, natt- och dagsjukhus m.m.

2. Vårdformer utanför mentalvårdsorganisationen

Somatisk geriatrik. Övervägande somatiskt vårdkrävande. Alla former av somatisk geriatrik från geriatriska lasarettssavdelningar till perifera sjukhem för långtidssjuka.

Ålderdomshem. Patienterna får ej vara störande, grovt orenande, ej så desorienterade att de bli vårdkrävande. Skall kunna bidra till klädsel och personlig hygien.

Psyiskt efterblivna, landstingsvård. Tillfrisknande eller med så små restsymptom att de kan återgå till landstingets vårdorganisation för psykiskt efterblivna.

Störande straffria, statlig vård. Straffria, väsentligen psykopater, som ej kan omhändertagas inom den normala mentalvårdsorganisationen, utan kräver vård på speciella statliga sjukhus.

Epileptiker, statlig vård. Epileptiker, som ej är psykiskt sjuka, är lindrigt sjuka eller med så små restsymptom att de bör vårdas inom den statliga epileptikervården.

Psyiskt efterblivna, statlig vård. Psyiskt sjuka efterblivna, som på grund av grav efterblivenhet, asocialitet, hypersexualitet m.m. är mycket störande på mentalsjukhus och i landstingets vårdorganisation för psykiskt efterblivna.

Materialinsamling

Undersökningen berörde personer skrivna i Västerbottens län, som 1964 fyllde minst 16 år.

I patientbedömningarna deltog sex läkare. Tre av dessa var psykiater på Umedalens sjukhus och de bedömde 90 % av de sjuka. Bedömningarna standardiserades genom ständigt samråd och genom att särskilda kriterier utarbetades för vissa återkommande gränsfall. En utförlig PM utarbetades angående den tänkta mentalvårdsorganisationen och diskuterades ingående med de bedömande läkarna.

Alla, som vårdades på Umedalens sjukhus den 2 november 1964, inklusive expektanter och familjevårdade, och alla intagna på landstingets vårdhem för lättskötta psykiskt sjuka registrerades och undersöktes individuellt av psykiater.

Samtliga överläkare vid övriga statliga mentalsjukhus tillskrevs angående intagna från Västerbottens län och från samtliga erhöles svar. De lämnade även uppgifter om dessa patienter och utförde nödvändiga bedömningar.

De första dagarna i november besökte jag lasaretten i Umeå, Skellefteå och Lycksele och den 2 november inläggande patienter i behov av sluten psykiatrisk vård registrerades och bedömdes tillsammans med vederbörande läkare. Expektanter till psykiatriska kliniken medtogs även.

November 1964 till januari 1965 reste dr. Å. Malmgren till länets samtliga kommuner, varvid han besökte sjukstugor, sjukhem för långvarigt kroppssjuka och ålderdomshem, intervjuade tjänsteläkare, distriktsköterskor och representanter för socialnämnder samt bedömde på detta sätt registrerade psykiskt sjuka. Samtliga intervjuade tjänstemän hade per brev orienterats om undersökningens syfte och ombetts notera fall av psykisk sjukdom. Till grund för diskussionen låg bl.a. akter från hjälpverksamhetsregistret vid Umedalen och ansökningar hos landstinget om vård eller bidrag till vård i hemmet för långvarigt kroppssjuka.

Avsikten var att vi även skulle notera fall av psykisk sjukdom inom landstingets vårdorganisation för psykiskt efterblivna. På grund av brister i tillgängligt journalmaterial skulle dock en sådan genomgång blivit mycket tidskrävande. Därför företogs i stället efter samråd med rektor, anstaltsläkare och professor Ottosson en ungefärlig skattning av psykiatriskt vårdplatsbehov för detta klientel.

För varje psykiskt sjuk i behov av sluten vård upprättades en särskild journal. Sedan dessa kontrollerats och kompletterats behandlades registrerade data med ADB, varvid särskilt program utarbetades för att avslöja dubbelregistreringar.

Resultat

Inventeringen redovisas i tabellform. Den omfattar åldrarna över 15 år, men fynden relateras till hela befolkningen för att siffrorna skall kunna jämföras med tidigare undersökningar. Beträffande ålder och civilstånd relateras dock antalet psykiskt sjuka till befolkningen i åldrarna 15 år och äldre. Gränsdragningen i den officiella statistiken är här ett år yngre än i materialet.

Diskussion

Urvalsmetod

Befolkningar omfattande ett större antal individer kan vanligen ej undersökas i sin helhet utan någon typ av urval krävs. *Slumpurval* är vetenskapligt mest tilltalande, då det kan tillåta slutsatser med angivna säkerhetsmarginaler, men är också ekono-

miskt och personellt mest krävande. Slumpurvalet kan göras med utgångspunkt från t.ex. folkbokföringsuppgifter. Urvalets storlek bestäms efter den förväntade sjukdomsfrekvensen, större ju mer sällsynt sjukdomen är, och efter hur ingående analys man avser göra. För att representativiteten skall bibehållas måste bortfallet hållas inom snäva gränser. Undersökning av en större befolkning genom enkelt slumpurval är mycket tids- och kostnadskrävande men metoden kan modifieras genom olika former av stratifiering.

Av praktiska skäl är man ofta nödsakad att använda någon form av *icke slumpmässigt urval*. En vanlig metod är att välja personer, som blivit föremål för *vård vid sjukhus*. Benägenhet att söka sjukvård, familjesammanhållning, avstånd till läkare, kommunikationer, väntelistor, den öppna och slutna vårdens kvalitet m.m. inverkar emellertid på urvalet, som därför alltid blir mer eller mindre skevt. Samma förhållande gäller i viss mån för undersökningar baserade på anhöriga till sjukhuspatienter. "*Case-finding*"-metodik är ett i princip likartat förfaringssätt men en rad källor utnyttjas, såsom sjukhus, provinsialläkarmottagningar, socialvårds- och pastorsexpeditioner för att erhålla information om alla tidigare kända fall. Fulla antalet uppnås emellertid aldrig eller nästan aldrig och resultatet är beroende av med vilken intensitet undersökningen drivs. Urvalet blir också här mer eller mindre snett med överbetoning av de svåra fallen.

Då antalet vårdplatskrävande psykiskt sjuka kunde förväntas ligga under 1 ‰ och Västerbottens befolkning är spridd över mycket stor yta var ett enkelt slumpurval otänkbart. Vid planläggningen övervägde vi att i stället noggrant penetrera någon eller några kommuner, t.ex. en fjällkommun, en kommun i skogsbygden och en vid kusten. Detta skulle ökat arbetets vetenskapliga värde men skulle sprängt den givna tids- och kostnadsramen. I utredningens förutsättningar ingick nämligen att preliminära data skulle meddelas inom 6 månader. Resultaten skulle användas vid planeringen av länets vårdorganisation för psykiskt sjuka. Det var därför meningslöst att utgå enbart från patienter vid nuvarande sjukhus. I stället valdes en case-finding-metodik.

Materialinsamling

Resultatet av en case-finding-studie beror på med vilken intensitet undersökningen drivs. En idealt genomförd studie bör omfatta ett stort antal misstänkta fall, varefter vissa inkluderas i materialet i enlighet med distinkta och konsekvent tillämpade kriterier. Tillräckligt antal uppgifter bör registreras för att urvalsprocessen skall kunna efterkontrolleras.

I detta fall måste ett väsentligt enklare förfaringsätt användas. Antalet misstänkta fall var jämförelsevis stort och genomarbetades systematiskt. Emellertid var det möjligt att göra endast ett besök i varje kommun, i de flesta omfattande endast en dag. Detta medförde att samtliga önskade befattningshavare ej kunde anträffas. Flera tjänster var vidare besatta med vikarier. Tidsgränsen tillät ej heller hembesök i önskvärd utsträckning. Bedömningarna redovisades i en schematisk journal. Detaljer registrerades blott för de gränsfall, som blev föremål för gemensam bedömning. Journalanteckningarna kunde därför ej ligga till grund för systematisk efterkontroll av urvalsförfarandet.

Nuvarande vårdbehov fastställdes av den undersökande psykiatern. I flertalet fall grundades bedömningen på individuella psykiatriska undersökningar (88 % av alla som inkluderades i materialet), i resterande fall på andrahandsuppgifter. För att åstadkomma likartade bedömningar gavs detaljerade instruktioner och upprätthölls ständiga kontakter med de olika bedömnarna.

Genom att läkare, som dagligen handlägger mentalsjukvården i länet engagerades fick undersökningen en värdefull realistisk anknytning. Å andra sidan måste en viss bristande enhetlighet bli följden av att flera läkare medverkade. Det är emellertid svårt för en utomstående läkare att bedöma intagna på mentalsjukhus, bl.a. därför att all för dylik bedömning relevant information ej journalföres. Även om en läkare gjort bedömningarna hade den behandlande läkarens närvaro och inflytande varit nödvändig.

Även om utredningen drivits konsekvent har dess grundlighet således begränsats av praktiska förhållanden. Man kan ej heller bestämt bedöma hur jämt det gjorda urvalet är. Den använda metodiken

har emellertid också obestridliga fördelar. Den är jämförelsevis snabb och billig och om dess begränsning klart anges har den sannolikt en för praktiska syften tillräcklig noggrannhet.

Nuvarande och önskvärd vårdform

En grundläggande uppgift var att i varje enskilt fall av psykisk sjukdom avgöra om behov av sluten vård förelåg eller ej. En sådan bedömning innebär att vederbörandes sjukdom och sociala situation jämföres med vårdorganisationens inriktning och resurser. Svensk mentalsjukvård är i en dynamisk utveckling med strävan mot mer differentierade vårdformer med ökad öppen vård och ökad rehabilitering. Denna utveckling kommer att förändra behovet av sluten vård. Mot vilken typ av mentalvårdsorganisation skulle bedömningarna göras?

Problemet löstes på följande sätt. Först bestämdes om vederbörande mot bakgrunden av dagens mentalvårdsresurser var i behov av sluten psykiat-

risk vård. Besvarades denna fråga med "ja" inkluderades vederbörande i materialet och klassificerades i "nuvarande vårdform".

Därefter bedömdes var vederbörande i dag hade placerats om en ideal mentalvårdsorganisation funnits tillgänglig. Som framgår av den tidigare beskrivningen var denna vårdorganisation höjd över dagens nödsituation och förutsattes kunna erbjuda adekvat vård i tillräcklig utsträckning.

Resultatet av denna senare bedömning uttrycker således ej platsbehovet inom de olika vårdformerna i denna ideala organisation, endast inplaceringen av de som i dag är i behov av sluten vård i de olika vårdmöjligheter en sådan organisation kan erbjuda. Man kan därför förutsätta en underskattning av för närvarande underutvecklade vårdformer, såsom öppen vård och rehabilitering.

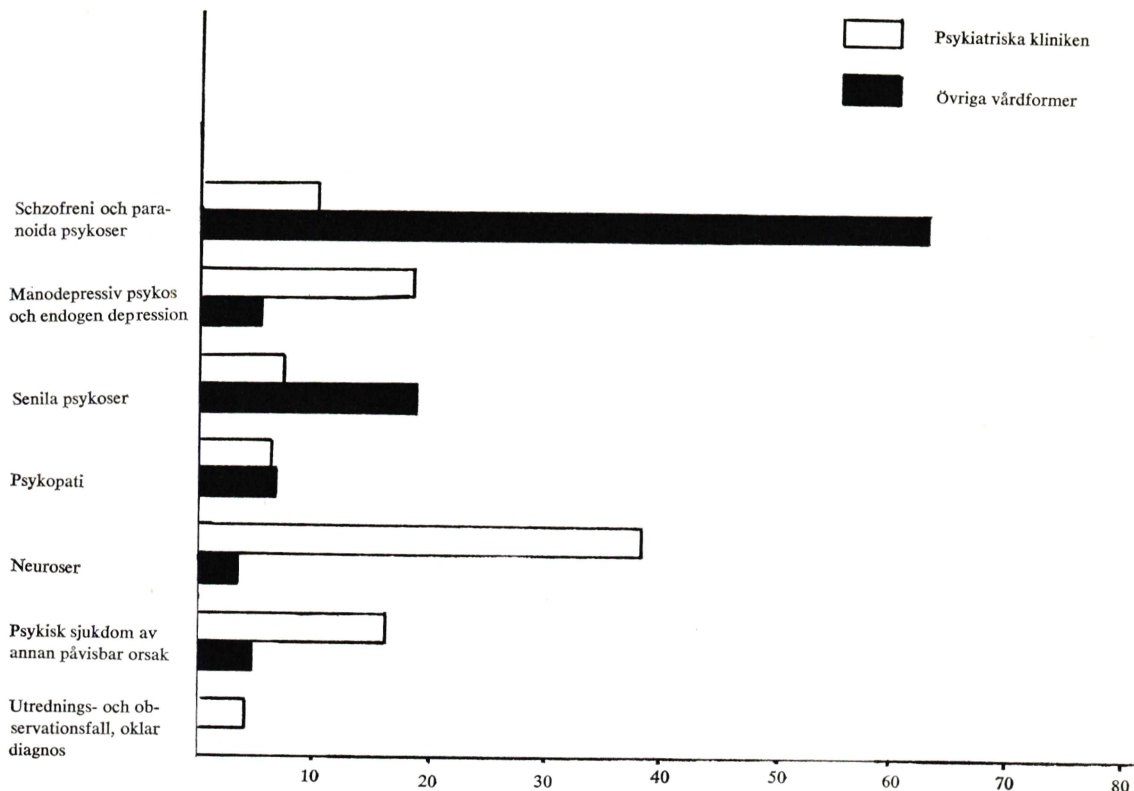
Resultat

Materialet omfattar 1.440 personer, eller 6,2 ‰ av

Tabell 1. Nuvarande vårdform.

	Män		Kvinnor		Summa		per
		%		%		%	100.000
Umedalens sjukhus:							
expektanter	7	0,9	3	0,4	10	0,7	4
intagna	416	55,8	353	50,9	769	53,4	329
försöksutskrivna	11	1,5	70	10,1	81	5,6	35
familjevård	41	5,5	65	9,4	106	7,4	45
Psykiatriska kliniken:							
expektanter	32	4,3	29	4,2	61	4,2	26
intagna	19	2,5	19	2,7	38	2,6	16
Annat mentalsjukhus	9	1,2	5	0,7	14	1,0	6
Sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka	120	16,1	41	5,9	161	11,2	69
Lasarett, sjukstuga	13	1,7	15	2,2	28	1,9	12
Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	6	0,8	9	1,3	15	1,0	6
Älderdomshem	31	4,2	35	5,0	66	4,6	28
I hemmet	41	5,5	50	7,2	91	6,3	39
Summa	746	100,0	694	100,0	1.440	99,9	616
per 100.000	625		606		616		

Figur 1. Diagnosgrupper



hela befolkningen, tabell 1. Männen överväger något i motsats till vad som vanligen förekommer i skandinaviska undersökningar^{1, 5, 6}.

Borttages 99 personer, som är intagna eller expectanter vid psykiatriska kliniken, samt 7, som vårdas på medicinska lasarettssavdelningar i Skellefteå och Lycksele för sjukdomar av "psychiatria minor"-typ, blir totalantalet 1.334 personer, 5,7 ‰. Denna siffra är jämförbar med totalsiffrorna i tidigare undersökningar, 5,6 ‰ i Stockholms län⁸, något under 5 ‰ i Hallands län⁶, samt 5,5 ‰ i Norrbottens län⁷. Siffrorna är påfallande lika.

Antalet intagna på mentalsjukhus är 3,4 ‰, tabell 1. Detta representerar ett medelvärde jämfört med övriga län. Vid materialbearbetningen har ett antal journaler uteslutits p.g.a. dubbelregistreringar. Bl.a. på grund härav redovisas endast 38 inneliggande på psykiatriska kliniken 46 vårdplatser.

Diagnoser. Schizofreni (inklusive paranoidea psykoser) är helt dominerande, figur 1. Frånräknas psykiatriska kliniken blir siffran 62,6 %. Samma

dominans återfinnes i övriga liknande material men är mer uttalad i Västerbotten än i Stockholm, 47 % och i Halland, 54,6 %. Både i Stockholm och Halland är andelen paranoidea psykoser under 1 %. I oktober 1962 hade 55,6 % av klientelet på de danska statliga mentalsjukhusen^{1, 5} diagnosen schizofreni. Den manliga dominansen återfinns i dessa undersökningar, men är mer uttalad i Västerbotten.

Manodepressiv psykos har sammanförts med psychosis depressiva och endogen depression i en grupp. Den genomsnittliga vårdtiden är betydligt kortare än för schizofrenierna, vilket förklarar den låga totalsiffran. På psykiatriska kliniken med dess inriktning på akutvård har 1/5 av klientelet denna diagnos, tabell 2. Kvinnorna överväger liksom bland senila, presenila och arteriosklerotiska psykoser. Övriga könsskillnader är osäkra.

Den förskjutning från "neurosklinik" till akutvårdsklinik för alla diagnostiska kategorier som ägt rum på psykiatriska lasarettskliniker under senare

Tabell 2. Nuvarande vårdform och diagnosgrupper.

	Statliga mentalsjukhus intagna familjevård				Sjukhem för lättskötta mentalsjuka		Psykiatriska kliniken		Ålderdomshem, sjukhem för långvarigt kroppssjuka, i hemmet m. fl.		Summa	
	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)
Schizofrena sjukdomsgruppen	311 (73,2)	185 (51,7)	35 (85,4)	54 (83,1)	103 (85,8)	31 (75,6)	4 (7,8)	6 (12,5)	38 (34,9)	82 (45,1)	491 (65,8)	358 (51,6)
Psykogeriatriska sjukdomsgruppen	44 (10,4)	83 (23,2)	1 (2,4)	1 (1,5)	4 (3,3)	4 (9,8)	3 (5,9)	5 (10,4)	41 (37,6)	69 (37,9)	93 (12,5)	162 (23,3)
Övriga	70 (16,5)	90 (25,1)	5 (12,2)	10 (15,4)	13 (10,8)	6 (14,6)	44 (86,3)	37 (77,1)	30 (27,5)	31 (17,0)	162 (21,7)	174 (25,1)
Summa	425 (100,1)	358 (100,0)	41 (100,0)	65 (100,0)	120 (99,9)	41 (100,0)	51 (100,0)	48 (100,0)	109 (100,0)	182 (100,0)	746 (100,0)	694 (100,0)

är illustreras bl.a. av att endast 1/3 av dessa patienter är neuroser.

Ålder. Antalet psykiskt sjuka stiger kontinuerligt med högre ålder, särskilt bland kvinnorna, figur 2. Det ökade antalet åldringar gäller främst de statliga mentalsjukhusen och vårdhemmen för lättskötta psykiskt sjuka. Familjevården har något yngre patienter, dock även här en förskjutning uppåt för kvinnorna, medan psykiatriska kliniken åldersfördelning närmar sig befolkningens.

Civilstånd. Den psykiatriska morbiditeten brukar vara högst bland fränskilda och lägst bland gifta medan ogifta och änkor/änklingar bildar mellan-grupper. I Västerbotten har änkor/änklingar högsta

frekvensen medan fränskilda absolut och relativt spelar en betydligt mer underordnad roll, tabell 3. Kvantitativt dominerar de ogifta med en fördubbling jämfört med totalbefolkningen. Framför allt är många schizofrena ogifta. Psykiatriska kliniken visar också här en helt annorlunda bild med en civilståndsfördelning, som närmar sig totalbefolkningens.

Geografisk fördelning. Antalet psykiskt sjuka var högst i Umeåregionen, tabell 4, möjligen sammanhängande med att Umedalens sjukhus och psykiatriska kliniken finns i denna region.

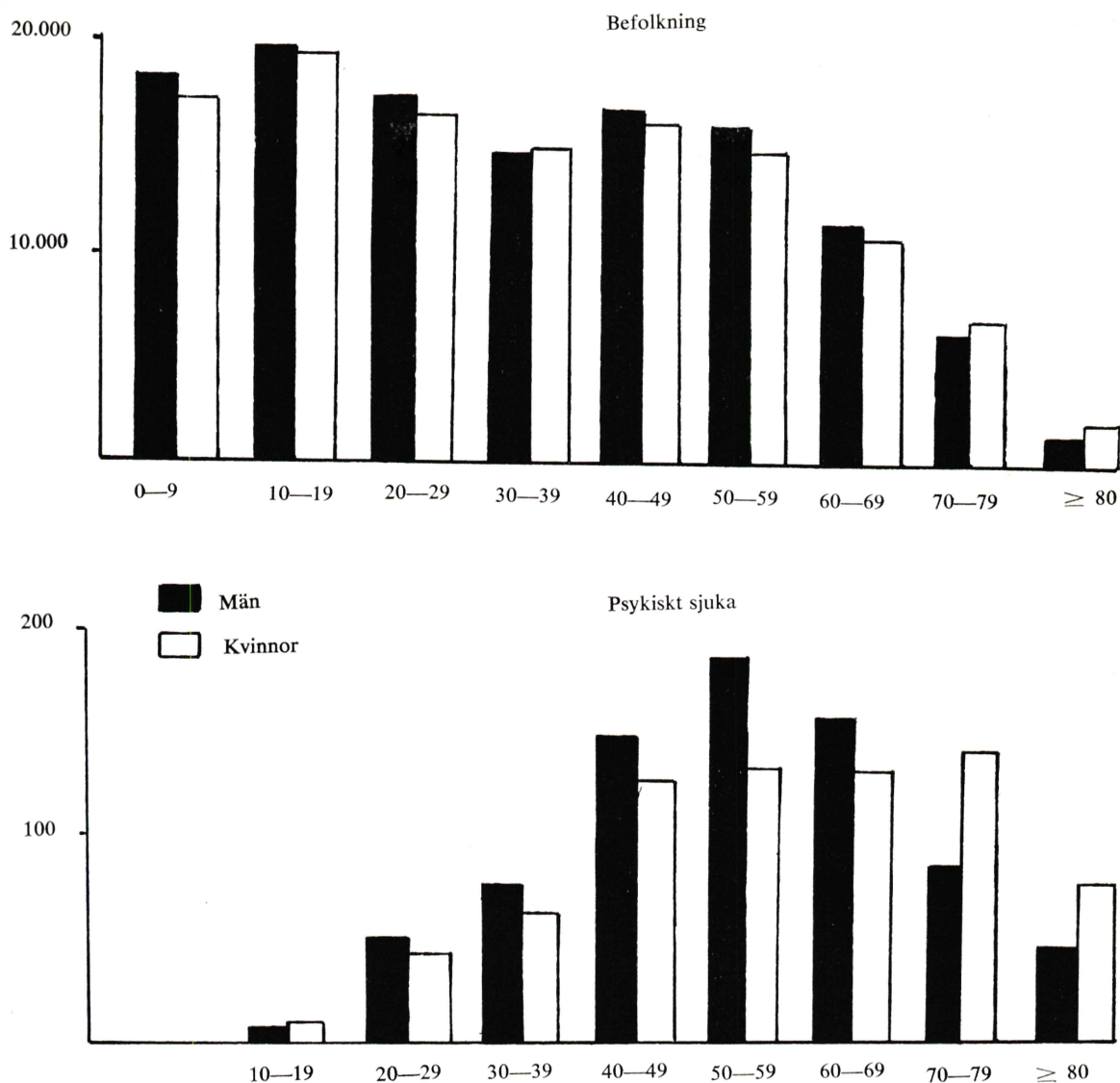
Önskvärd vårdform. Invaliderna är den största gruppen men även fallen för långtidsvård, vilka så-

Tabell 3. Civilstånd.

	Befolkning ≥ 15 år				Psyiskt sjuka					
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor			
	%		%		%		%		per 100.000	per 100.000
Ogift	32.896	35,5	23.278	26,6	538	72,1	1.635	357	51,4	1.534
Gift	54.683	59,0	54.682	62,5	136	18,2	249	191	27,5	349
Fränskild	971	1,0	1.125	1,3	32	4,3	3.296	39	5,6	3.467
Änka/änkling	4.116	4,4	8.422	9,6	40	5,4	972	107	15,4	1.270
Summa	92.666	99,9	87.507	100,0	746	100,0	805	694	99,9	793

a) Befolkning den 1.11 1960 enligt folkräkningen 1960, del III, Statistisk årsbok, 1964.

Figur 2. Ålder



Tabell 4. Psykiskt sjuka fördelade på 3 regioner^{a)}

	Befolkning 31.12. 1964	Män	Psykiskt sjuka Kvinnor	Summa	Per 1.000
Umeå-regionen	98.012	297	325	622	6,4
Skellefteå-regionen	83.781	267	231	498	5,9
Lycksele-regionen	52.056	182	138	320	6,1
Summa	233.849	746	694	1.440	6,2

a) A-regioner enligt Arbetsmarknadsstyrelsens regionindelning 1961.

Tabell 5. Önskvärd vårdform^{a)}

		Män			Kvinnor			Summa	
		%	per	100.000	%	per	100.000	%	per
Akut neuros- och psykosvård inkl. geriatrisk akutvård	103	13,8	86	114	16,4	100	217	15,1	93
Långtidsvård krävande högt kvalificerade somatiska resurser	16	2,1	13	18	2,6	16	34	2,4	15
Långtidsvård ej krävande högt kvalificerade somatiska resurser	67	9,0	56	152	21,9	133	219	15,2	94
Invalider:									
vårdkrävande	201	26,9	168	134	19,3	117	335	23,3	143
mindre vårdkrävande, mentalsjukhem b)	249	33,4	209	81	11,7	71	330	22,9	141
Familjevård	38	5,1	32	75	10,8	65	113	7,8	48
Öppen o. halvöppen vård	31	4,2	26	90	13,0	79	121	8,4	52
Somatisk geriatrik	13	1,7	11	3	0,4	3	16	1,1	7
Ålderdomshem	8	1,1	7	15	2,2	13	23	1,6	10
Psykiskt efterblivna, landstingsvård	13	1,7	11	6	0,9	5	19	1,3	8
Statlig vård:									
störande straffria epileptiker									
psykiskt efterblivna	7	0,9	6	6	0,9	5	13	0,9	6
Summa	746	99,9	625	694	100,1	606	1.440	100,0	616

a) Härtill kommer ett uppskattat vårdplatsbehov på totalt 18 platser för vuxna, som vårdas inom organisationen för psykiskt efterblivna, men som kräver vård på mentalsjukhus, fördelade på för vardera könet 3 akutplatser, 2 platser inom långtidsvård krävande högt kvalificerade somatiska resurser samt 4 platser inom långtidsvård ej krävande högt kvalificerade somatiska resurser.

b) dvs. sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka.

ledes har utsikter att förbättras, är relativt många, 17,6 %, tabell 5.

Fördelningen av långvariga fall och invalider på olika vårdformer visar stora könsskillnader. Dubbelt så många kvinnor som män bedöms som långvårdsfall medan tre gånger så många män som kvinnor bedöms som lättskötta invalider. Kvinnorna skulle således vara betydligt lättare att rehabilitera än männen. De flesta män på Umedalen har emellertid bedömts av en läkare och de flesta kvinnor av en annan. Trots försöken att erhålla likvärdiga bedömningsgrunder är det tänkbart att dessa blivit

mer optimistiska för kvinnorna. Möjligen har den större tillgången på manliga än på kvinnliga platser för lättskötta psykiskt sjuka omedvetet påverkat bedömningarna. För både män och kvinnor redovisas dubbelt så många lättskötta invalider som det finns vårdplatser på mentalsjukhemmen.

Hur många vårdplatser för psykiskt sjuka bör lasaretsanslutas, dvs. hur stort är behovet av kvalificerade somatiska vårdresurser? Genom att den somatiska diagnostiken vid psykisk sjukdom ofta är svår bör dylika bedömningar utföras i samarbete mellan psykiater och somatiskt inriktad läkare. Det-

ta var möjligt endast i ett mindre antal fall, nämligen för långvårdsfallen. 34 av dessa, 13,4 % bedömdes i behov av sådan vård. Räknar man med siffran 13,4 % även för invalider och familjevårdsfall, tillkommer 105, således totalt 139 personer. Därtill kommer dels hela sektorn av akut psykiatrisk vård, som ju regelmässigt kräver tillgång till kvalificerad somatisk diagnostik och somatiska vårdresurser, dels ett latent behov av kvalificerad psykiatrisk rehabilitering.

217 psykiskt sjuka, 15,1 %, bedöms tillhöra akutvården, således ett stort vårdbehov. Den långa väntelistan på psykiatriska kliniken antyder dessutom ett betydande latent vårdbehov. 121 personer, 8,4 %, är lämpade för öppen eller halvöppen vård. I materialet finns endast vårdplatskrävande psykiskt sjuka, vilket innebär att här angivna 121 personer nu upptar var sin vårdplats. De, som i första hand bedömdes vara i behov av öppen vård medtogs ju ej i materialet. Resultatet understryker betydelsen av den utveckling mot ökad öppen vård som är ett drag i modern mentalsjukvård.

Sammanfattning

En inventering av vårdplatsbehövande psykiskt sjuka personer 16 år och äldre skrivna i Västerbottens län har utförts med "case-finding"-metodik. Psykiskt sjuka väsentligen tillhörande "psychiatria-major"-området som den 2 november 1964 vårdades på sjukhus och vårdhem ingick i materialet liksom även patienter i familjevård samt expektanter. Under tiden november 1964 till januari 1965 besöktes sjukstugor och sjukhem för långvarigt kroppssjuka i länets alla kommuner och läkare, distriktssköterskor och representanter för socialnämnder intervjuades. Vårdbehovet bedömdes för varje så aktualiserad person på basen av insamlade data och psykiatrisk undersökning.

Stora sektorer psykiatriskt vårdbehov berörs ej av undersökningen, således ej större delen av det s.k. "psychiatria minor"-området, inklusive alkoholistvård, och ej heller vården för icke psykiskt sjuka efterblivna.

Antalet vårdplatsbehövande psykiskt sjuka är 1.440, 6,2 %/∞ av länets befolkning. Dessa fördelas på kön, nuvarande vårdform, diagnosgrupper, ål-

der, civilstånd och A-regioner. De psykiska sjukdomarnas större vanlighet bland äldre och ensamstående noteras.

Materialet fördelas även på önskvärd vårdform med hänsyn till nuvarande psykiskt och somatiskt tillstånd under förutsättning av en fullständigt utbyggd och väl fungerande mentalvårdsorganisation. Invalider dominerar, men antalet i behov av långvarig psykiatrisk terapi och rehabilitering i syfte att nå förbättringar är relativt stort, 17,6 %. Behovet av kvalificerade somatiska resurser för långvård- och invalidfall diskuteras. 217, 15,1 %, psykiskt sjuka, bedöms tillhöra akutvården och 121, 8,4 %, som nu upptar vårdplats, skulle kunna vårdas i öppen eller halvöppen vård om resurser härtill fanns.

Utredningen, som tidigare publicerats i utförligare form², har legat till grund för ett förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka i Västerbottens län. Detta har även presenterats i artikelform⁴.

1. *Arentsen, K. och Strömberg, E.: Patients in Danish Psychiatric Hospitals. Results of a Census in 1957. Acta Jutlandica, Aarskrift for Aarhus universitet, XXX, I, Universitetsforlaget i Aarhus, Ejnar Munksgaard, Köpenhamn, 1959.*
2. *Beskow, J.: Psykiskt sjuka i Västerbottens län. Utredning utförd 1964/65 på uppdrag av Västerbottens läns landsting, Västerbottens läns landstings handlingar, 1966.*
3. *Beskow, J.: Förslag till organisation av psykisk sjukvård i Västerbottens län, stencil.*
4. *Beskow, J. och Ottosson, J.O.: Vårdorganisation för psykiskt sjuka i Västerbottens län. Läkartidningen 64:1967:569.*
5. *Juel-Nielsen, N. och Strömberg, E.: Five Years Later. A Comparison between Census Studies of Patients in Psychiatric Institutions in Denmark in 1957 and 1962. Acta Jutlandica, Aarskrift for Aarhus universitet, XXXV, I, Universitetsforlaget i Aarhus, Ejnar Munksgaard, Köpenhamn, 1963.*
6. *Mentalvårdsdelegationen: Mentalsjukvården. Planering och organisation. Betänkande III. SOU 1958: 38, Stockholm 1958.*
7. *Norrbottens läns mentalvårdsutredning år 1961, del 1, stencil.*
8. *Stockholms läns landsting: 1955 års mentalvårdsutredning inom Stockholms län, del 1, Stockholm, 1957.*