

Om mentalsjukvårdens överlämnande till landstingen

En mindre lustig historia

Av överläkare *Hans Hartelius*, Kristianstad

*Den 1 januari 1967 skall landstingen över-
taga huvudmannskapet för den statliga men-
talsjukvården. Till grund för reformen ligger
vissa principiella överväganden och därefter
ett riksdagsbeslut, som till sina verkningar
kan befaras bli ganska ogynnsamt för sjuk-
vården ifråga.*

Medan den svenska kroppssjukvården i lands-
tingens och i de fria städernas regi under det
senaste halvsekle undergick en remarkabel och
internationellt mycket uppmärksammas utveck-
ling släpade den statliga mentalsjukvården efter
på ett sätt som efterhand blev alltmera groteskt.
På den somatiska sidan skedde en snabb utveck-
ling både av de vetenskapligt grundade kliniska
metoderna och den organisatoriska uppbyggnaden
av sjukvårdsenheter. Utvecklingen präglades
inte av några politiska programmatiska upp-
läggningar utan av ett kontinuerligt utvecklings-
arbete, lett av de ansvariga läkarna men lika hel-
hjärtat stött av sjukvårdshuvudmännen. Den
personliga närheten mellan dessa båda krafter
på fältet torde ha varit en stor tillgång. Konst-
lade barriärer, ömsesidig misstro och negativ
likgiltighet torde ha hört till sällsyntheterna.
Den sjukvårdssökande allmänhetens inställning
ändrades från fruktan för lasarett till nära nog
obegränsat förtroende, och detta möttes med be-
redvillighet att "ta hand om".

När det gäller den statliga mentalsjukvården
var situationen länge den helt motsatta. Läkarna
ute på sjukhusen ifråga hade mycket litet infly-
tande på resurserna och deras användning, de
dispenserades uppifrån på ett njuggt sätt, varvid
man särskilt sades beakta en jämn fördelning av
det terapeutiska armodet. Vården präglades ock-
så av föråldrade administrativa former, låsta vid

retentionsrätt — tvångsintagning, och den prak-
tiskt taget totala avsaknaden av en aktiv öppen
vård föregående en eventuell sjukhusvård. Må-
hända låg bakom detta rädsla att "ta hand om",
i vart fall verkade det som en mäktig rejektion
av de sjuka. Det var också mycket litet dynamik
i fältet och den som en gång blivit intagen be-
traktades ofta som varaktigt obotlig — alltså
något än värre — rejektion genom inlåsning.
Det var attityderna i samhället, kanske mera än
sjukdomens egen art, som skapade dessa tragis-
ka öden över vilka stod skrivna "I som här in-
träden låten hoppet fara". Läkarna själva käm-
pade icke sällan heroiskt men ganska förgäves
mot denna ofördragsamma attityd från samhäl-
lets sida. Kollegor förslets ned till apati.

En ljusning kom med tillskapande av de lasa-
rettspsykiatriska klinikerna. Till en början ut-
tryckligen avsedda för ett annat slags klientel,
neurosklientelet, skulle de åtminstone kunna
hjälpa de människor, som inte var vad som
kallades egentligen sinnessjuka. Men utveckling-
en gick fort och den ursprungliga målsättningen
stjälpes över ända av de tillströmmande patien-
terna.

De lasarettssykiatriska klinikerna upphörde
rätt snabbt att vara neuroskliniker och övergick
till s. k. emergency clinics d. v. s. kliniker, som
tog emot alla slags akuta psykiatriska sjukdoms-
tillstånd för kort tids behandling. Men ändå blev
deras främsta insats i den öppna vården. Sjuka,
olyckliga människor kunde söka specialister utan
att i första hand behöva demonstrera ett inspärr-
ningsbehov.

Nu vet vi att det stora vanvettet på de stat-
liga mentalsjukhusen för några årtionden sedan
var, att där praktiskt taget inte fanns någon öp-
pen vård med undantag för litet eftervård. Men

den statliga mentalsjukvårdens kris började anta sådana former, att det inte längre var politiskt möjligt att fortsätta att negligera desamma. En upprustning begyntes och man hade höga målsättningar, nämligen likvärdig standard med kroppssjukvården. Statsfinansiella hänsyn och personalbrist har hämmat utvecklingen, men mycket har gjorts till upprustning. Tanken var att först upprusta, därefter överlämna till landstingen. Upprustningen skulle ske i statens regi, men den reform som iscensattes den 1/1 1967 sker inte på basen av en fullt upprustad statlig mentalsjukvård. Former har dock skapats för avskrivning av äldre miserabla sjukhus, för upprustning av acceptabla och för nyetablering av moderna sjukhus. Det torde f. n. över hela landet pågå febril aktivitet från landstingens sida att sätta sig in i de nya uppgifterna och skyldigheterna. Överenskommelsen som träffats innehåller också principerna full kostnadstäckning från statens sida, likvärdig standard med den somatiska sjukvården och en vettig fördelning av resurserna både när det gäller investeringar och drift. Detta är den principiella målsättningen, men när man från den går över till riksdagsbeslutet, ser man snabbt att själva formerna för överlämnandet och soulageringen inte svarar mot dessa höga principer.

När det gäller den fulla kostnadstäckning, som landstingen i egenskap av sjukvårdshuvudmän knappast kan vara ointresserade för, torde denna, om den eftersättes, endast bli föremål för ett stillsamt gräl mellan landsting och statsmakter, men det förefaller inte sannolikt att landstingen — för den händelse de inte får hel kostnadstäckning — skulle eftersätta denna viktiga vårdgren. Man kan således med fullt förtroende överlämna åt politikerna från landstingssidan och statssidan att inbördes bevaka den ekonomiska sidan.

När det däremot gäller den s. k. likvärdiga standarden med den somatiska sjukvården, finns det all anledning också för läkarna att övertänka vad detta innebär. Behoven inom specialiteten ifråga i den praktiska sjukvården är *andra* än inom den somatiska sjukvården. Antalet respira-

torer, operationsbord o. dyl., så viktiga inom den somatiska sjukvården är av underordnad betydelse eller helt irrelevanta inom mentalsjukvården. Men vad man där verkligen behöver och således inte kan pruta av på är följande: *Utbildade människor*, eftersom det främsta remediet faktiskt är medmänsklighet i form av miljöterapi, med andra ord en människovänlig atmosfär på sjukvårdsenheterna, en psykoterapeutisk inriktning, en kunnighet ifråga om både psykoterapi och övervakningsuppgifter, en förmåga till inlevelse och förståelse. Detta kräver i sin tur att själva miljön utformas så, att personal och patienter inbördes kan samverka. Vi vet med säkerhet numera att en terapeutisk defaultism hos personalen är en verkligt skadlig faktor inom detta område.

Vidare behövs det sysselsättningsmöjligheter. Rehabiliteringsarbetet har just på mentalsjukvårdens område eftersatts, ja existerar knappast i programmatisk form. Till dessa grundförutsättningar kommer självklart också ordentliga utredningsmöjligheter, när det gäller centrala nervsystemets sjukdomar t. ex. neurofysiologi samt en vettig medicinsk terapi, psykofarmakoterapi o. dyl. Och ej heller får man glömma bort den viktiga psykiatriska socialmedicinen med kuratorsinsatser o. dyl. och slutligen den kliniska psykologin, som går in i så många olika sammanhang. Detta, men först detta, är likvärdig standard med den somatiska sjukvården, ty om man analyserar den senare litet närmare, så finner man att dess standard framförallt består i att man har relativt adekvata resurser till de behov som yppats, diagnostiska terapeutiska o. dyl. Här är inte platsen att diskutera den psykiatriska sjukvårdens organisation, men minst så mycket måste sägas när man berör den s. k. likvärdiga standarden.

En vettig fördelning av resurserna

Överenskommelsen stat—landsting har låsts vid den beläggning som landstinget ifråga har på statliga mentalsjukhus under år 1966, d. v. s. året närmast innan överenskommelsen träder i kraft. Detta var självklart ett mycket olyckligt

beslut. Undertecknad har också redan i mars 1963 med skärpa framhållit, vilka tokiga konsekvenser detta kan få.

Det finns län, som inom sitt område saknar statliga mentalsjukhus och därför varit direkt underförsörjda med sådana platser. Man kan göra en jämförelse mellan två län i södra Sverige. Det ena har ett relativt modernt statligt mentalsjukhus inom sitt län och en beläggningssiffra på cirka 5,4 promille, grannlänet saknar statligt mentalsjukhus men har byggt upp en egen psyksjukvårdsorganisation kring en modern lasarett-psykiatrisk klinik och har cirka 2,8 promille på

statliga mentalsjukhus. Det senare länet har i själva verket mera åldringar än något annat län, men kommer trots denna så tungt vägande faktor, när det gäller den samlade mentalmorbiditeten, att vara sämre ställt än de flesta andra län. Det rör sig därvid om mycket avsevärda belopp. Man torde kunna räkna med att en vårdplats per år på ett statligt mentalsjukhus 1966 kostar cirka 12.000 kronor. Under en avtalsperiod om 5 år gör det 60 000 per plats och varje årspatient, som under år 1966 vårdas på statligt mentalsjukhus är således för avtalstiden värd cirka 60.000 kronor. Diskrepansen mellan de

MENTALSJUKVÅRDSBEREDNINGEN/P.B.

Inneliggande och expektanter den 1 aug. -64 vid statens mentalsjukhus efter mantalskrivningsort.

Län	Summor			+ statliga pat. på storst. sjukh.		‰	Rang ‰	psyk-klinik inom länet	mentalsjukh. inom länet
	innel.	exsp.	s:a	inneh.	exp.	absolut			
B	897	83	980	15		1.85	1	+	—
C	457	29	486	3		2.79	4	+	+
D	602	9	611	1		2.62	3	+	+
E	1 101	11	1 112			3.08	7	+	+
F	972	11	983	1		3.40	15	+	+
G	841	21	862			5.38	25	—	+
H. N	321	26	347			3.92	20	—	+
H. S	525	23	548			3.77	18	+	—
I	231	2	233			4.34	22	—	+
K	739	37	776			5.29	24	—	+
L	759	15	774			3.01	6	+	—
M	1 304	49	1 353	2		3.34	13	+	+
N	485	28	513	1		2.94	5	+	—
O	844	24	868	4		3.74	17	—	+
P	1 241	40	1 281	3		3.37	14	+	+
R	780	36	816			3.25	10	—	+
S	1 036	33	1 069	2		3.71	16	+	+
T	839	19	858	2		3.27	11	+	+
U	489	15	504			2.11	2	+	—
W	1 244	14	1 258			4.42	23	+	+
X	313	108	921			3.15	9	—	+
Y	1 042	29	1 071			3.83	19	+	+
Z	532	25	557			4.15	21	+	+
AC	761	14	775	1		3.30	12	+	+
BD	791	25	816			3.10	8	+	+
Sthlm	511	47	558			4.45		+	+
Gbg	173	11	184			3.57		+	+
Malmö	94	2	96			3.62		+	+
Utl.	121	2	123	8					
S:a	20 545	788	21 333	443					

båda länen torde uppgå till cirka 400 platser, om man korregerar för befolkningsstorleken, alltså 24 millioner kronor.

Mot bakgrunden av detta exempel har författaren närmare analyserat beläggningssiffrorna. Den 1/8 1964 fanns enligt mentalsjukvårdsberedningen följande beläggningssiffror för de olika landstingsområdena, se tabell! Till dessa har i tabellen införts en rangordning efter promille-siffrorna för beläggningen samt införts om landstinget haft en psykiatrisk klinik, respektive ett mentalsjukhus, inom sitt område. Den därpå följande lilla tablan visar med full tydlighet att förefintligheten av ett mentalsjukhus inom länet har klar tendens att höja beläggningssiffrorna på mentalsjukhus från detta landstingsområde, medan förekomsten av en psykiatrisk klinik verkar i direkt motsatt riktning. De län, som har psykiatrisk klinik men saknar mentalsjukhus, har alltså låga rangpositioner, medan de som har mentalsjukhus men saknar psykiatrisk klinik genomgående har höga rangpositioner, och de som har både det ena och det andra ligger däremellan. Några klassificeringssvårigheter har inte förekommit utom när det gäller Örebro län, T län, där man väl kan säga att det finns ett statligt mentalsjukhus, men detta ännu inte hunnit öppnas mer än till en mindre del. Det har därför syntts lämpligt att inte ta med detta område i någon utav klasserna. Dessutom ligger ju rangsiffran 11 ganska nära medeltalet av rangsiffror för landstingsområden med både psykiatrik och mentalsjukhus, varför siffran ifråga är av ringa betydelse i detta sammanhang.

Här anförda siffror är endast till för att illustrera situationen. Säkertligen kan denna skevhet också illustreras med andra siffror. Det här torde räcka till att belysa att den rättvisa fördelningen utan tvekan är en myt. Det landsting, som redan nu saknar mentalsjukhus inom sitt område, kommer genom denna överenskommelse att också framdeles få mindre del av de statliga utläggerna för mentalsjukvården, och det kommer således direkt att träffa den sjukvårdsbesökande allmänheten inom dessa områden. Dessutom inbjuder denna egenartade skrivning, om

Psyk. klinik + Mentalsjh — Rangnummer	Psyk. klinik + Mentalsjh + Rangnummer	Psyk. klinik— Mentalsjh + Rangnummer
1	4	25
18	3	20
6	7	22
5	15	24
2	13	17
Σ 32	14	10
$X=6.4$	16	9
	23	Σ 127
	19	$X=18.1$
	21	
	12	
	8	
	Σ 155	
	$X=12.9$	

den stelt fasthålls, till ett evinnerligt disputerande om platser under år 1966. Varje landsting kommer med hänsyn till de jättelika belopp, det ändå rör sig om, att söka få så många människor som möjligt vårdade på statliga mentalsjukhus just år 1966. Några svårigheter att uppbåda sådana torde inte föreligga, då det särskilt inom åldringsvården finns en hel del fall, som rätteligen hörde hemma på mentalsjukhus. Men den vårdsökande allmänheten har sedan rätt länge allmänt föredragit de lasarettpsykiatriska klinikerna före de statliga mentalsjukhusen. De i öppen vård verksamma läkarna kommer således att konfronteras med en av konfliktpänningar fylld situation. Andra exempel på hur olustiga verkningar denna överenskommelse kan få för sjukvårdsområdet just under år 1966 antydes av att ett län i Mellansverige redan anklagat staten för att inte kunna bereda vårdplatser på mentalsjukhus för patienter på vårdhem för lättskötta sinnessjuka, vilka egentligen borde höra hemma på mentalsjukhus. Bakom dessa skymtar i sin tur landets alla primärkommuner, som sedan länge klagat över att de på sina ålderdomshem får vårda mentalt sjuka åldringar, till förfång för de friska åldringarna. Detta senare har också återverkat på personalen, som otillräckligt utbildad och otillräckligt kvantitativt tilltagen får dras med ett klientel, som i första hand icke borde vårdas på ålderdomshem. Andra gränsdragningsproblem kommer att bli aktuella, nämligen

till den somatiska kronikervården, där landstingen redan är hårt trängda från primärkommunernas sida.

Ett annat exempel. Ett statligt mentalsjukhus, som nu fullbordats har inte kunnat öppnas helt. Patienter från det länet måste således hänvisas till ett mentalsjukhus i ett grannlän och det grannlänet klagar naturligtvis på att deras egna mentalsjukhusfall inte därför i tillräckligt stor utsträckning kunnat mottagas på mentalsjukhuset ifråga. Vi torde under den närmaste framtiden kunna få ytterligare exempel på sådana irritationer, som just beror på konstruktionen av överenskommelsen.

Genom läsningen av överenskommelsen till 1966 års beläggningssiffror har också reformtakten självklart mattats. Landsting har noterat att man lämpligen bör avvakta och se överenskommelsens verkningar och vidare avvakta ett konkret avtal innan man engagerar sig i provisorier inom öppnen vård, halvöppen vård o. dyl.

Hur kunde nu denna olustiga situation ha undvikits?

Skillnaden i mentalsjukhusmorbiditeten (därmed avses beläggningen på mentalsjukhus från ett visst område) bestäms givetvis av en rad faktorer. Vi har ovan tecknat en skiss över hur de lasarettopsykiatriska klinikerna verkar vikarierande i detta avseende. Närheten till mentalsjukhus är också en väsentlig faktor. Därtill kommer framförallt sammansättningen av befolkningen efter ålder.

Förr har man ganska missvisande räknat med att antalet vårdplatser på mentalsjukhus behöver uppgå till 4 promille av totalbefolkningen. Men om man analyserar denna siffra litet närmare, finner man att för åldrarna upp till 15 år är det en mycket liten del, som överhuvudtaget hamnar på mentalsjukhus och sedan stiger motsvarande siffra genom åldrarna och blir särskilt hög i de översta åldersskikten. Nu finns det områden som är inflyttnings- och nyetableringsområden, dit unga familjer flyttar, och som har många barn proportionellt sett och det finns områden som är s. k. avfolkningslän. De senare har i regel också hög proportion åldringar. Den-

na betydande ojämnheter slår emellertid inte alltid igenom i beläggningssiffrorna just av de skäl, som ovan angivits, nämligen svårigheten att få in människor på mentalsjukhus om mentalsjukhuset ligger långt borta inom ett annat län. Det kan till belysning omnämnas att L län enligt senaste statliga utredningar har den högsta proportionen åldringar i hela landet, något som icke alls återspeglas i ranglistan enligt ovan, där det befinner sig på plats nr 6. Samma gäller i stor utsträckning också Hallands län med rangplatsen 5.

En bättre beräkningsgrund skulle vara att man för landet i sin helhet räknade ut hur många vårdplatser per tusental personer, som går åt för människor i åldern 0—15 år, 15—25, 25—35 o. s. v. På det sättet får man ett medeltal för åldersgruppen ifråga för hela landet. Ålderskaderna i vederbörande landstingsområde erhålles lätt ur befolkningsstatistiken och skulle kunna multipliceras med ovannämnt medeltal och efter en sammanräkning skulle man få en summa, som angav det således framvägda behovet av mentalsjukhusplatser. Ett sådant förslag framlade undertecknad redan den 6 mars 1963, men det blev tyvärr föga beaktat. Hur väsentlig denna korrektion är framgår av att mer än hälften av vårddagarna på åtskilliga av de statliga mentalsjukhusen konsumeras av patienter över 60 års ålder. Åldersfördelningen är som framhållits växlande från landstingsområde till landstingsområde, men de s. k. avfolkningslänen, som i regel har sämre skattekraft, har i regel också långt fler åldringar.

Denna procedur är en ytterligt enkel sak att administrera så mycket mer som numera medicinalstyrelsen får rapport om alla å mentalsjukhus vårdade patienter med ålder, vårdtid o. dyl.

Vidare kan man, om så önskas, få fram könsdifferenserna, men som dessa är rätt små torde de spela en underordnad roll. Vidare kan man utan minsta svårighet göra årliga beräkningar av det ökande mentalsjukvårdsbehovet betingat just av de ökande åldringskaderna.

Naturligtvis kan man från statsmakternas sida avfärda det hela med en axelryckning. Staten

tycks ju också ha alla trumf på hand vid själva förhandlingsbordet och dessutom gynnar konjunkturen staten vid förhandlingarna. Det är ju staten, som skall göra de nödvändiga investeringarna — utvidgningarna före 1966 och ju mindre, som händer där i positiv riktning ju bättre utgångsläge får staten vid beräkningarna, som bestämmer både vårdbidragen och investeringarna. Om på grund av personalbrist vid de statliga mentalsjukhusen avdelningar måste stängas och/eller färdigställda avdelningar inte kan öppnas, betyder det i sin tur att basåret 1966 kommer att uppvisa mindre beläggnings-siffror. Progressiva psykiater, som energiskt sökt utveckla öppna och halvöppna vårdformer och korttidsvård varigenom långvarigare mentalsjukhusvård kunnat undgå i betydande omfattning arbetar faktiskt också statsmakterna i händerna. Där bakom ligger den vårdsökande allmänheten, som alltmera deciderat tycks föredraga lasarets-klinikerna framför mentalsjukhusen och detta naturligtvis än mer om vårdkvaliteten kommer att släpa efter mer och mer på mentalsjukhusen.

Till detta kan komma mera force majeure-artade situationer. Låt oss tänka att vi på grund av av-talstvist får en nyanställningsblockad vid de statliga mentalsjukhusen under år 1966 eller betydande del därav.

Vad befalls? Insinuerar författaren brist på intresse från statsmakternas sida, när det gäller räta linjer och positiva tag inom denna viktiga sjukvårdssektor? Bestämt nej! Ty bakom denna stora reform, som av allt att döma blir den största sjukvårdsreformen under 60-talet, föreligger säkerligen ett varmt intresse att äntligen lyfta denna sjukvård över hela fältet upp till en människovärdig nivå. Det är denna övertygelse, som tillåter författaren framkomma med dessa kritiska synpunkter på ett avtal, som tyvärr inte kan betecknas som särskilt lyckat i sin tekniska utformning. Men kring vilket det stått påfallande litet debatt. Avsikten med artikeln är självklart att söka få en sådan debatt till stånd och om möjligt vinna en översyn av överenskom-melsen, när det gäller dess mest olyckliga konsekvenser.

Nyhet!

MEDICINSK ÅRSBOK 1964—1965

Årg. VIII

367 sid. ill. Kr. 84:—

NB

AB NORDISKA
BOKHANDELNS FÖRLAG

Grundläggande kurs i afasirehabilitering

Kungl. Maj:t har beviljat anslag för en för-söksvis anordnad grundläggande kurs för viss personal i afasirehabilitering vid Göteborgs Uni-versitet. Kursen avser att ge en allmän oriente-ring om grunderna för afasiläran och dess prak-tiska tillämpning i diagnostik och terapi. Kursen beräknas pågå 15 april—15 juni 1965.

Som deltagare skall främst ifrågakomma ar-betsterapeuter, logopeder, lärare, läspedagoger, sjukgymnaster, sjuksköterskor och andra perso-ner med erfarenhet av medicinsk rehabilitering eller med akademisk utbildning i ämnena psyko-logi och pedagogik. Genomgången kurs avser att vara en merit vid sökande av tjänst i medicinsk rehabilitering, där neurologiskt klientel behandlas.

Ansökan, åtföljd av meritförteckning samt be-tygsavskrifter jämte övriga meriter sökanden öns-ka åberopa, skall vara inlämnad till medicinska fakultetens exp. senast den 15 mars.

Närmare upplysningar om kursen erhållas av undertecknad.

Göteborg den 11/2 1965

Tore Broman
Professor

Neurologiska kliniken
Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg