Psykiatrin och dess patienter

– levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

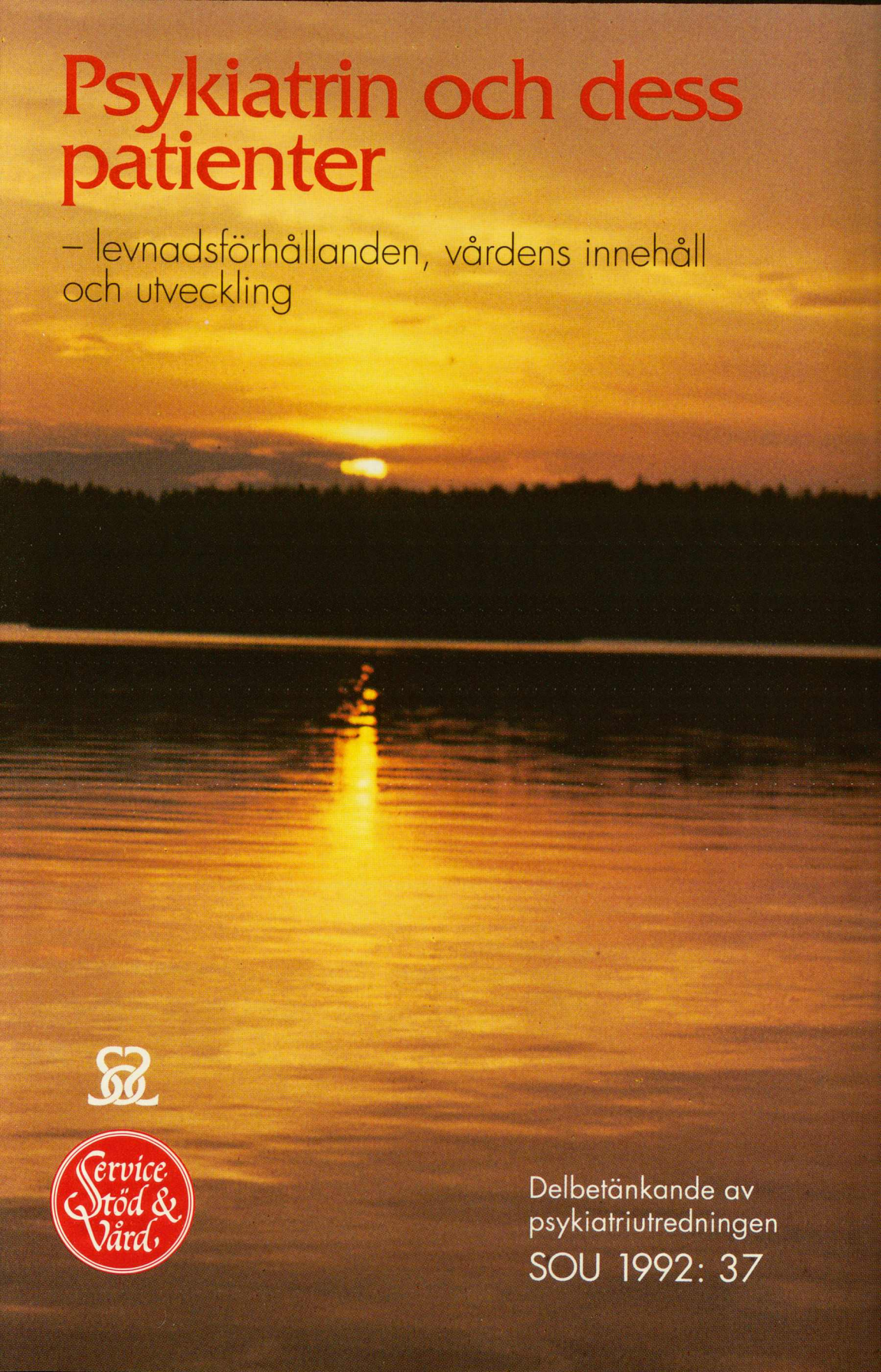
Service Stöd & Vård

Delbetänkande av psykiatriutredningen

SOU 1992: 37

Psykiatrin och dess patienter

– levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling



Service Stöd & Vård

Delbetänkande av psykiatriutredningen

SOU 1992: 37

Ref KB 06

Statens offentliga utredningar
1992:37
Socialdepartementet

Psykiatrin och dess patienter

– levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling

Delbetänkande av psykiatriutredningen
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

Omslagsfoto: Gert Knutsson
Foto: s. 10 Rune Österlund
Övriga Gert Knutsson

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1992

ISBN 91-38-13036-X
ISSN 0375-250X

Förord

En parlamentarisk kommitté har sedan i november 1990 arbetat med frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Kommittén, som antagit namnet psykiatriutredningen, skall slutredovisa sina förslag senast under sommaren 1992.

Utredningen skall enligt sina direktiv (dir. 1990:71) främst inriktas på att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Åtgärderna skall syfta till att förbättra de psykiskt störda livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

I direktiven anges också att utredningen skall kartlägga situationen för psykiskt störda personer samt att utvärdera och analysera den sektoriserade psykiatrin och de övriga förändringar från slutna till öppna vårdformer som skett under 1980-talet. Som ett led i detta kartläggningsarbete har psykiatriutredningen överenskommit med Socialstyrelsen om deras hjälp med kartläggningsarbetet när det gäller den psykiatriska vårdens utveckling under 1980-talet och dess nuvarande struktur, innehåll och organisation. Det bedömdes också som angeläget att få en aktuell kartläggning av hur vanlig psykisk störning är i befolkningen, dvs. en sammanställning av aktuella epidemiologiska studier.

Socialstyrelsen har för utredningens räkning enligt överenskommelsen kartlagt bl.a. följande:

- psykiskt ohälsa i befolkningen
- den psykiatriska vårdens organisation och resurser
- vårdutnyttjandet inom psykiatrin
- psykiskt störda levnadsförhållande och ej tillgodosedda behov
- hur målen för 1980-talets psykiatriska vård förverkligats och vad effekten för de psykiskt störda blivit?

Psykiatriutredningen redovisar i denna rapport resultaten av Socialstyrelsens kartläggningsarbete. När det gäller underlaget till den epidemiologiska kartläggningen av psykisk ohälsa i befolkningen har Socialstyrelsen anlitat sociolog Claes-Göran Stefansson samt dennes medarbetare Ilkka Mäkinen, Zontan Thinsz och Susanne Wicks. Vidare har planeringssekreterare Lars Kjellin deltagit som utredare av det statistiska materialet när det gäller den psykiatriska tvångs- och slutenvården.

Förändringen av den psykiatriska vården har under 1980-talet varit genomgripande. Tillkomsten av psykiatriska sektorer med områdesansvar och ett stort antal öppenvårdsmottagningar har i betydande grad inneburit en decentraliserad och mer tillgänglig öppen psykiatrisk vård än tidigare. De psykiskt störda finns i allt större utsträckning utanför institutionerna och bor numera i vanliga bostadsområden. Ett ökande behov av att

etablera samverkan med andra vårdgivare i samhället har därvid blivit mycket angeläget.

Särskilda avsnitt i rapporten behandlar därför psykiatrins samverkan med olika vårdgrannar, insatser för psykiskt störda missbrukare och psykiskt störda lagöverträdare. Resursutnyttjandet inom psykiatrin och de psykiskt störda i socialförsäkringen och i arbetsmarknadspolitiken behandlas också kortfattat liksom frågor kring kvalitetssäkring och effekter av vården.

Den omstrukturering av psykiatrin som innefattas i begreppet sektorisering fortsätter. Samtidigt har under de allra senaste åren nya överväganden och principer för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation förts fram i den sjukvårdspolitiska debatten och i planeringen. Denna rapport blir därför lika mycket en summering av en utveckling som en utgångspunkt för diskussioner om psykiatrins framtida roll.

Sammantaget ger den här rapporten psykiatriutredningen ett värdefullt bidrag till belysningen av bl.a. de psykiskt störda levnadsförhållanden och den psykiatriska vårdens innehåll och utveckling. Kommittén vill dock betona att den inte har tagit ställning till innehållet i rapporten. Faktaunderlaget och de analyser som görs svarar Socialstyrelsen för. Materialet är ett viktigt underlag för psykiatriutredningens fortsatta arbete med att föreslå åtgärder för att förbättra de psykiskt störda livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

För psykiatriutredningen

Sten Svensson

Bo Holmberg *Lars Jakobsson*

/Gert Knutsson
Svante Pettersson
Harald Wilhemsson

För Socialstyrelsen

Christina Doctare

/Ulf Brinck
Börje Lassenius

Innehåll

Ordlista		9
Sammanfattning		11
1	**Utgångspunkter**	19
2	**Psykisk ohälsa i befolkningen**	23
2.1	Inledning	23
2.2	Förekomsten av psykiska störningar i befolkningen	25
2.3	Alkoholmissbruk och alkoholrelaterad dödlighet	32
2.4	Självmord	40
2.5	Riskgrupper för psykisk störning	45
2.6	Förändringar av ohälsan över tiden	48
3	**Psykiskt störda levnadsförhållanden**	51
3.1	Inledning	51
3.2	Gruppindelning utifrån ULF 88/89 och ULF-F	51
3.3	Undersökta levnadsförhållanden	53
3.4	Boendeförhållanden	55
3.5	Civilstånd och hushållstyp	57
3.6	Utbildningsnivå	58
3.7	Arbete och sysselsättningsgrad	59
3.8	Sjukskrivning, sjukbidrag och förtidspension	60
3.9	Semester, fritid och relationer	62
3.10	Sammanfattning	63
4	**Vårdbehov och vårdefterfrågan**	67
4.1	Vårdepidemiologi	67
4.2	Insatser i övrig hälso- och sjukvård	78
4.3	Behov av psykiatrisk specialistvård	79
5	**Den psykiatriska vårdens organisation och resurser**	85
5.1	Från mentalsjukhus till sektorisering – utvecklingen 1967 till 1991	85
5.2	Inriktning på öppen vård	88
5.3	Den slutna vården	93
5.4	Primärvårdspsykiatri	97
5.5	Personal	100
5.6	Kostnader	109
6	**Vårdutnyttjande**	117
6.1	Öppen vård	117

6.2	Utskrivningar från sluten vård	121
6.3	Patientinventeringar i sluten vård	123
6.4	Vård enligt LSPV	126
6.5	Sluten vård och tvångsvård – regionala skillnader	133
7	**Vårdinnehåll**	157
7.1	Öppen vård	157
7.2	Psykoterapi	159
7.3	Biologiska behandlingar	170
7.4	Rutiner i vården	177
7.5	Tvångsåtgärder	178
7.6	Prioritering av resurser för diagnostik och behandling	181
7.7	Samverkan med vårdgrannar	182
8	**Psykiskt störda missbrukare**	185
9	**Psykiskt störda lagöverträdare**	189
10	**Resursutnyttjandet**	195
11	**Icke tillgodosedda vårdbehov**	199
11.1	Patienternas och de anhörigas syn	199
11.2	Personalens syn	201
11.3	Vårdgrannarnas syn	206
12	**Socialförsäkringen**	209
12.1	Socialförsäkringen	209
12.2	Arbetsmarknadspolitiska insatser	213
13	**Kvalitetssäkring och effekter av vården**	215

BILAGOR

1	Landstingsvis sammanställning	221
2	Sammanställning av ULF-material	249
3	Socialstyrelsens inventering av patienter i öppen vård 1991	251
4	Uppskattning av stödinsatser till psykiatriska patienter under ett år	255
5	Metodfrågor i samband med bearbetning av slutenvårds-statistiken samt kompletterande tabeller	259
6	Tidsanvändning inom psykiatrin	267
7	Referenser	289

Ordlista

ADL	Activity of daily living, dvs. färdigheter att klara den dagliga livsföringen
Abstinenssymtom	besvär som uppträder hos missbrukare när de plötsligt upphör att använda det medel de missbrukar. Det yttrar sig i ångest, hjärtklappning, smärtor och svettningar
Affektiv psykos	Psykisk sjukdom särskilt utmärkt av kraftiga sinnesstämningsförskjutningar
Alkoholism	Alkoholberoende
Dagsjukvård	Ett mellanting mellan öppen och sluten sjukvård där patienter som inte är inneliggande får sjukvård under dagtid
Demens	Psykisk avtrubbning
Diagnos	Klassifikation av olika sjukdomstillstånd
FU	Försöksutskrivning enligt LSPV = psykiatrisk tvångsvård
Geropsykiatri	Läran om psykiska sjukdomar hos äldre
HVB	Hem för vård eller boende
Incidens	Antalet nyinsjuknande i en viss sjukdom under en viss tidsperiod
LKELP	Landstingskommunernas ekonomiska långtidsplanering
LPT	Lag om psykiatrisk tvångsvård (gäller från 1992-01-01)
LRV	Lag om rättspsykiatrisk vård (psykiatrisk tvångsvård av kriminella patienter, gäller från 1992-01-01)
LSPV	Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall = psykiatrisk tvångsvård. Lagen har upphört årsskiftet 1991/92
LUPP-data	Lokal utvärdering av praktisk psykiatri
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall (kompl. tvångslag till socialtjänstlagen)

Narkomani	Beroende av narkotika
Neuros	Ett samlingsnamn för flera olika nervösa tillstånd där patienten har bibehållen verklighetsförankring
NIMH	National Institute of Mental Health i USA
N-fall	Patient som intagits på psykiatrisk vårdenhet på grund av domstols förordnande som brottspåföljd enligt LSPV
O-fall	Patient som under inflytande av psykisk sjukdom gjort mot annans personliga säkerhet riktad handling på vilken åtal inte väckts och som vårdas enligt LSPV
P-fall	Patient intagen på vårdintyg för sluten psykiatrisk vård enligt LSPV och som ej är O- eller PN-fall
PN-fall	Patient som varit intagen på kriminalvårds-anstalt och under tiden för anstalts-vistelsen intagits för sluten psykiatrisk vård enligt LSPV och som inte ska återföras till anstalten
Prevalens	Antalet fall av en viss sjukdom som förekommer vid en viss tidpunkt
Profylax	Sjukdomsförebyggande åtgärd
Psykofarmaka	Läkemedel som inverkar på de psykiska funktionerna
Psykos	Psykisk sjukdom med symtom som innebär förlust av verklighetsförankring
Psykoterapi	Målinriktad psykologisk behandlingsmetod
RSMH	Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
Schizofreni	Beteckning för en grupp psykotiska tillstånd, karaktäriserade av viss typ av tankerubbningar och störningar i känslolivet. Vanliga symtom är tankevillor och sinnesvillor
Senil demens	Psykisk avtrubbning som träffar äldre
Sluten vård	Dygnet-runt-vård på sjukvårdsinrättning
Spri	Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut
Symtom	Upplevt eller iakttagbart tecken på sjukdom

Suicid	Självmord
ULF-undersökning	SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden
Vårdplaneringsgrupp	En grupp som består av flera personer med olika kompetens, representerande såväl sjukvård som socialtjänst, som träffas regelbundet för att diskutera, planera och följa upp enskilda människors behov av vård och service inom ett geografiskt avgränsbart område
WHO	Världshälsoorganisationen

Mentalsjukhuset i Säter sprängs i luften

Sammanfattning

Rapporten beskriver inledningsvis en modell för samspelet mellan den psykiatriska vården och andra resurser i samhället som på olika sätt används för människor med psykisk störning. Vid ett upplevt vårdbehov till följd av psykiska problem är ofta de närstående den närmast tillgängliga resursen innan man vänder sig till den psykiatriska vården. Många människor söker sig också till primärvården eller kommer i kontakt med t.ex. socialtjänsten. Den enskilde patientens behov av en vårdkontakt med psykiatrin beror således inte enbart på denna organisations resurser, kompetens och arbetsinriktning utan är i hög grad beroende av vad som finns i omgivningen. Detta gäller i synnerhet för människor som har mer djupgående och långvarig psykisk störning. I de kartläggningar som Socialstyrelsen här redovisar har inriktningen varit att ur ett befolkningsperspektiv belysa såväl vårdens resurser och insatser som samverkan med anhöriga och vårdgrannar.

Psykisk störning är ett begrepp som innefattar många olika grupper av psykiska sjukdomar. Psykoser, som tillhör de svårare psykiska sjukdomarna, förekommer hos lite drygt 2 % av befolkningen och där diagnosen schizofreni utgör en 1/2 %. Neurotiska tillstånd av typen ångesttillstånd och depression finns hos drygt 10 %. Dessa siffror utgår från bedömningar av specialister men det blir ungefär samma procenttal när folk själva i levnadsundersökningar får ange om man lider av psykiska besvär och problem. Enstaka undersökningar ger högre siffror. För psykoser framkommer ingen skillnad mellan könen. Däremot är neurotiska störningar vanligare bland kvinnor både när dessa bedöms av professionella eller av kvinnorna själva. Hos män förekommer fler självmord och en större dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar än hos kvinnor.

Resultaten av mätningar i befolkningen om förekomsten av psykisk störning svarar ganska väl mot vad som framkommer vid olika undersökningar i t.ex. primärvården av psykisk ohälsa. Distriktsläkarna som kommer i kontakt med en stor del av befolkningen under ett år anger vid särskilda studier av psykisk ohälsa att 12–17 % av patienterna har psykiatriska symtom eller psykosociala problem. 3 % av dessa behöver bedömas av en specialist i psykiatri. Som jämförelse kan konstateras att den psykiatriska vården uppsöks av mellan 2–3 % av befolkningen under ett år.

Människor med psykisk störning har generellt sett väsentligt sämre levnadsförhållanden än den övriga befolkningen. De bor oftare på institution eller i kollektiva former och saknar därvid i högre grad än andra en egen bostad. Det är betydligt vanligare att psykiskt störda är ensamboende. Deras utbildningsnivå är lägre och förvärvsgraden klart lägre än

normalbefolkningens. Arbetslöshet, långtidssjukskrivning, sjukbidrag och förtidspension är också mer omfattande bland patienter i öppen psykiatrisk vård än bland befolkningen i övrigt. Bland nybeviljade förtidspensioner i yngre åldersgrupper dominerar psykiatriska diagnoser. I samtliga livskvalitetsfrågor som rör sociala relationer, semester, fritid och ekonomi framstår de psykiskt störda som klart sämre ställda. När yngre förtidspensionärer med somatiska handikapp jämförs med psykiskt långtidssjuka i motsvarande åldersgrupper faller resultaten också här tydligt ut till den senare gruppens nackdel.

Till strukturförändringen av den psykiatriska vården hör minskningen av vårdplatser främst på mentalsjukhus. Dessa platser är nu ungefär fem tusen och var i slutet av 1960-talet 26 000. Av vid den tiden totalt 35 000 vårdplatser i sluten vård återstår nu 14 500. Samtidigt har under motsvarande tidsperiod antalet patienter som årligen skrivs ut från ett vårdtillfälle fördubblats vilket avspeglar att vårdtiderna har blivit mycket kortare. Antalet patienter som under ett år skrivs ut från ett tvångsomhändertagande har legat i stort sett oförändrat det senaste decenniet men andelen inneliggande som tvångsvårdas har minskat till en tredjedel dvs. runt tre tusen vid inventeringen i mars 1991, vilket också speglar att tvångsvårdstiderna blivit allt kortare. En inte oväsentlig del av minskningen av psykiatriska slutenvårdsplatser kan hänföras till överföringen av åldersdementa till somatisk långvård och primärvård samt en förändrad praxis i omhändertagandet av missbrukare som får sin institutionsvård främst inom socialtjänsten.

Akut- och korttidsvården har alltmer förlagts till lasarett där även större delen av tvångsvården sker. Fortfarande förekommer dock även sådana vårdformer vid de gamla mentalsjukhusen. Flertalet sjukvårdshuvudmän har kraftigt minskat eller avvecklat sin sjukhemsvård. Däremot utnyttjas vård på enskilda vårdhem i en omfattning som inte har påverkats av övrig institutionsavveckling. I viss utsträckning har mindre enheter av typen behandlingshem och hem för rehabilitering tillkommit samt gruppboenden.

Alla sjukvårdshuvudmän har minskat sin slutenvård om än i olika grad och med betydande variationer i utgångsläget. Mellan åren 1979 och 1991 har Blekinge landsting minskat mest och Kristianstad minst. År 1979 hade Jönköping drygt dubbelt så många vårdplatser som Västmanland som vid den tidpunkten svarade för landets lägsta platsantal. År 1991 har Göteborgs kommun nästan fyra gånger så många vårdplatser som Västerbotten där slutenvården 1991 ligger lägst i landet.

En geografisk områdesindelning av landet i psykiatriska sektorer, 114 st, har genomförts. Därtill kommer ett drygt trettiotal kliniker av länsgemensam typ som är inriktade på specialverksamheter. Sektorernas befolkningsunderlag varierar mellan 21 000 och 173 000 med en median på 70 000 invånare. Sett över landet använder sektorerna en dryg tredjedel av tillgängliga vårdplatser för akut och korttidsvård. Fortfarande är 30 % av dessa platser lokaliserade till mentalsjukhus.

Den öppna vården bedrivs främst vid mottagningar och dagsjukvårdsenheter. En del av de sammanlagt 375 mottagningarna har specialiserade

uppgifter och betjänar flera sektorer. I genomsnitt sker 22 400 besök per 100 000 invånare med en avsevärd variation. Minst antal besök i psykiatrin noteras för Skaraborg, 8 800 besök, medan Göteborg har 47 400 besök. Totalt görs årligen drygt 2 miljoner besök i den öppna psykiatrin. Hembesök förekommer bara i begränsad omfattning och då främst som stöd till vissa långtidssjuka. Dagsjukvården är på de flesta håll dåligt utbyggd.

Behovet av att anpassa den öppna vårdens arbetsformer till de svårast sjuka patienterna har påbörjats. Hälften av sektorerna har rehabiliteringsteam, vartill kommer att på en del håll särskilda schizofreniteam startat. Var femte sektor har resurser för geropsykiatrisk verksamhet. Ungefär lika vanligt är det med mottagning inriktad på missbruksvård. Specialmottagningarna i öppen vård har ofta personal som är rörlig för bl.a. regelbundna hembesök hos långtidssjuka. Hälften av sektorerena har avdelat skötare och sjuksköterskor särskilt för den uppgiften. Att detta är otillräckligt bekräftas av ansvariga sektorschefer. Nästan hälften uppger att resurserna för stöd och uppföljning i öppen vård till de långvarigt psykotiska patienterna lider av påtagliga brister.

I fråga om tillgången på utbildad personal är psykiaterbristen fortfarande kännbar framför allt genom att den regionala variationen är så stor. Nio landsting har endast 5–6 psykiater per 100 000 invånare medan Uppsala, Göteborgs kommun, Stockholm och Bohuslandstinget har 14–16 psykiater per 100 00 invånare. Kuratorer och psykologer är jämnare fördelade.

I ett försök att kartlägga kostnaderna för den psykiatriska vården har varje enskilt landsting fått redovisa några poster för den allmänpsykiatriska vården. Totalkostnaden ligger med detta beräkningssätt på 8,7 miljarder kronor, varav 6,6 mdkr utgörs av personalkostnader inom respektive landsting. Beräknat per invånare varierar sjukvårdshuvudmännens kostnader för psykiatrin mellan 540 kr och 1 488 kr. Även om personalen utgör den stora delen av omkostnaderna är det främst omfattningen av sluten vård hos respektive huvudman som förklarar variationen i kostnaderna.

I rapporten ges en ingående redovisning av utskrivningsstatistik och av utnyttjandet av sluten vård under 1980-talet belyst genom de återkommande inventeringarna. Det framkommer som väntat att vårdtiderna förkortats och antalet inneliggande patienter kraftigt minskat. Det är särskilt missbrukarna och åldersdemenserna som inte längre vårdas inom psykiatrin annat än i vissa län. Orsakerna till de regionala skillnaderna diskuteras ingående.

I familjevård vistades alltjämt i mars 1991 nästan 500 personer. Eftersom hälften av alla inneliggande i sluten vård vid inventeringen saknade tillgång till egen bostad har uppgifter framtagits om hur många patienter som vårdats frivilligt i mer än tre år. Det är svårt att tro att flertalet av dessa 4 400 patienter verkligen är i behov av sluten psykiatrisk vård utan vården kan främst ses som en form av boende.

Dessa patienter är mycket ojämt fördelade över landet. I vissa kommuner finns det inte en enda, i andra kommuner nära 200 per 100 000 invånare.

En ingående studie av tillämpningen av LSPV redovisas också. Dessa data från inventeringar och utskrivningar under 1980-talet visar på ett minskat antal tvångsvårdade. Antalet av domstol till vård överlämnade patienterna har emellertid varit oförändrat omkring 600 vid de olika inventeringstillfällena. En sammanställning över användningen av tvångsåtgärder visar också på stora regionala skillnader. Alla dessa data kommer att utgöra ett viktigt jämförelsematerial i den uppföljning Socialstyrelsen skall göra av den nya lagregleringen av psykiatrisk tvångsvård.

Psykoterapin har haft en stark utveckling under 1980-talet. Synen på psykoterapi har blivit mer formaliserad både vad gäller kompetensfrågor och tillämpning. Legitimation för psykoterapeuter med en utbildning som motsvarar den statliga påbyggnadsutbildningen i psykoterapi infördes år 1985. I maj 1991 insamlades uppgifter om verksamhetsort, anställningsförhållanden m.m. genom en enkät till samtliga då 1 700 legitimerade psykoterapeuter.

Enkäten visade att även om det finns en anhopning av psykoterapeuter i storstadsområdena (48 per 100 000 invånare i Göteborg och 44 i Stockholm) så finns i varje län minst 5–7 psykoterapeuter per 100 000 invånare. Hälften av dem är landstingsanställda.

Trots den starka ökningen av antalet psykoterapeuter finns det ett stort icke tillgodosett behov av psykoterapi. Klinikcheferna uppger att över 1 000 personer väntar på psykoterapi. Kön är i själva verket betydligt större eftersom många klinikchefer inte finner det meningsfullt att sätta upp patienterna på väntelista. Från klinikernas sida önskar man nya metoder och efterlyser främst resurser för kognitiv terapi och beteendeterapi. Efterfrågan finns även på psykoterapimetoder för psykospatienter och på icke-verbala behandlingsmetoder.

I privat verksamhet har psykoterapeuterna år 1990 behandlat 13 500 patienter. Detta är sannolikt fler än de som behandlats inom sjukvården. Hälften av patienterna har betalat behandlingen själv eftersom de särskilda medel som finns för privat psykoterapi inte är tillräckliga. Kapaciteten att ta emot nya patienter motsvarar ungefär en fjärdedel av den verksamhet som i dag bedrivs. Man anser dock det som riskabelt att etablera sig för ytterligare verksamhet i privata former om man skall vara beroende av att patienten skall stå för hela kostnaden själv.

Användningen av lugnande medel, sömnmedel och bensodiazepiner har minskat under slutet av 1980-talet. Det finns dock stora skillnader mellan olika delar av landet. Man bör uppmärksamma den stora användningen hos äldre av dessa medel. Även i behandlingen med antidepressiva läkemedel och neuroleptika finns regionala olikheter. När det gäller neuroleptika uppmärksammas särskilt depåpreparaten. Många patienter går under långa tider på dessa medel och får sin behandling hos en distriktssköterska. Det är angeläget att psykiatrin tar ett ökat ansvar för uppföljningen av denna behandling liksom för uppföljningen i övrigt av psykiskt långtidssjuka.

Många sektorschefer uppger emellertid att de inte ha resurser för att följa upp de psykiskt långtidssjuka. Verksamheten är ofta inriktad på patienter som är välmotiverade och själva söker hjälp. De psykiatriska

sektorerna bör här förstärka sina insatser för stöd till de långtidssjuka i nära samarbete med socialtjänsten och andra organ i samhället. Flera sektorer har redan satsat på speciella schizofreniteam för att stödja de schizofrena.

Primärvården och socialtjänsten, som är psykiatrins viktigaste vårdgrannar, har vad som visats i olika undersökningar en kritisk inställning till psykiatrin för dess bristande vilja till samverkan. Klinikchefsenkäten visar dock att man har en omfattande konsultverksamhet till somatiska kliniker och att hälften av sektorerna minst en gång i månaden ger konsultstöd till minst hälften av vårdcentralerna i området. Bara en tredjedel av sektorerna har dock regelbundna månatliga möten med socialtjänstens hemtjänstgrupper.

Klinikchefsenkäten bekräftar att samarbetet med socialtjänsten, kriminalvården, omsorgsverksamheten och arbetsmarknadsorganen inte är bra. Man tycker inte heller att man får den hjälp man skulle önska från t.ex. socialtjänsten.

Endast 15 % av sektorerna har ett regelbundet samarbete med Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). 30 % säger sig inte ha något samarbete alls. Däremot har kontakterna med anhöriga utvecklats på senare år och bara var femte sektor säger sig inte ha någon organiserad anhörigutbildning.

Kommunerna får i allt större utsträckning själva ta hand om vården av missbrukarna. Detta har gjort att psykiatrin ofta inte tar sitt ansvar då det gäller vård av missbrukare med allvarlig psykisk störning. Ibland blir det bara fråga om tillfälliga insatser medan många allvarligt störda personer med missbruk vårdas på socialtjänstens institutioner. Här behövs ett aktivare engagemang från psykiatrin, bättre samarbete men också en utbyggd organisation för långvarig vård av vissa vårdkrävande patienter.

Ett liknande problem utgör den ganska lilla men vårdkrävande gruppen patienter med kriminalitet och psykisk sjukdom. Det finns en särskild regional vårdorganisation som på ett bra sätt sköter många av dessa patienter. Dessa enheter kan dock inte klara alla de till vård av domstol (numera till rättspsykiatrisk vård) överlämnade patienterna. Det måste finnas en länk till hemorten och därför behövs sektorsgemensamma enheter och behandlingshem för denna grupp, som också ofta har en missbruksproblematik. Även kriminalvårdens behov av psykiatrisk kompetens måste tillgodoses.

Många klinikchefer uppger att resurserna inte räcker till för alla behov. Resursutnyttjandet är dock i viss mån snedvridet. Flera tusen patienter bor på psykiatriska vårdinrättningar för att de saknar eget för dem anpassat boende. Den psykiatriska vårdorganisationen svarar också för andra sociala uppgifter för vissa av sina patienter såsom fritidsaktiviteter och sysselsättning. Socialtjänsten har inte kunnat hjälpa till med boendet och inte heller med sysselsättning och fritidsaktiviteter i tillräcklig omfattning.

Samtidigt har socialtjänsten stora kostnader och svårigheter i hanteringen av svårt psykiskt störda med missbruksproblem, vilka psykiatrin inte har resurser att vare sig ta hand om i sluten vård eller att samverka kring.

Inom såväl socialtjänsten som den psykiatriska verksamheten finns således anledning att se över resursutnyttjandet och fördelningen av arbetsuppgifter.

I en undersökning av patienternas upplevelser av vården framkommer att såväl tvångsintagna som frivilligt vårdade upplever sig ha blivit utsatta för informellt tvång. Spontant svarar ungefär hälften av patienterna att de känt sig kränkta någon gång under det aktuella vårdtillfället. En tredjedel av de anhöriga ansåg psykiatrin vara dålig. Man saknade tillfällen att tala om sin egen situation och tid att förbereda sig inför utskrivningen av patienten.

I en patientenkätstudie värderar fyra femtedelar av patienterna den hjälp de fått på avdelningen som bra eller mycket bra. Den positiva bilden bleknar dock något i samband med svaren på frågor om information och inflytande i vårdsituationen. Nästan var fjärde patient ansåg sig inte ha fått några upplysningar om olika behandlingsmöjligheter.

Vid öppenvårdsinventeringen år 1991 har personalen fått bedöma vilka behandlingsinsatser patienter skulle behöva men ej fått. Man saknar framför allt kvalificerad psykoterapi och anhörigstöd. Vidare bedömer man att det saknas möjligheter till vård för psykiskt störda missbrukare på lämpliga behandlingshem. Klinikcheferna instämmer i dessa bedömningar. Hälften av sektorerna har svårt att tillgodose behovet av psykoterapi.

I klinikchefsenkäten framkommer att bristen på psykiater gör att man på hälften av sektorerna anser att behovet av bedömning och behandling av specialist är svårt att tillgodose. En fjärdedel av sektorerna har brist på korttidsvårdsplatser. Hälften av de sektorer som har allvårdsavdelningar menar att det uppstår problem och svårigheter med denna typ av avdelning. Man önskar sig större möjligheter till differentiering i både sluten och öppen vård.

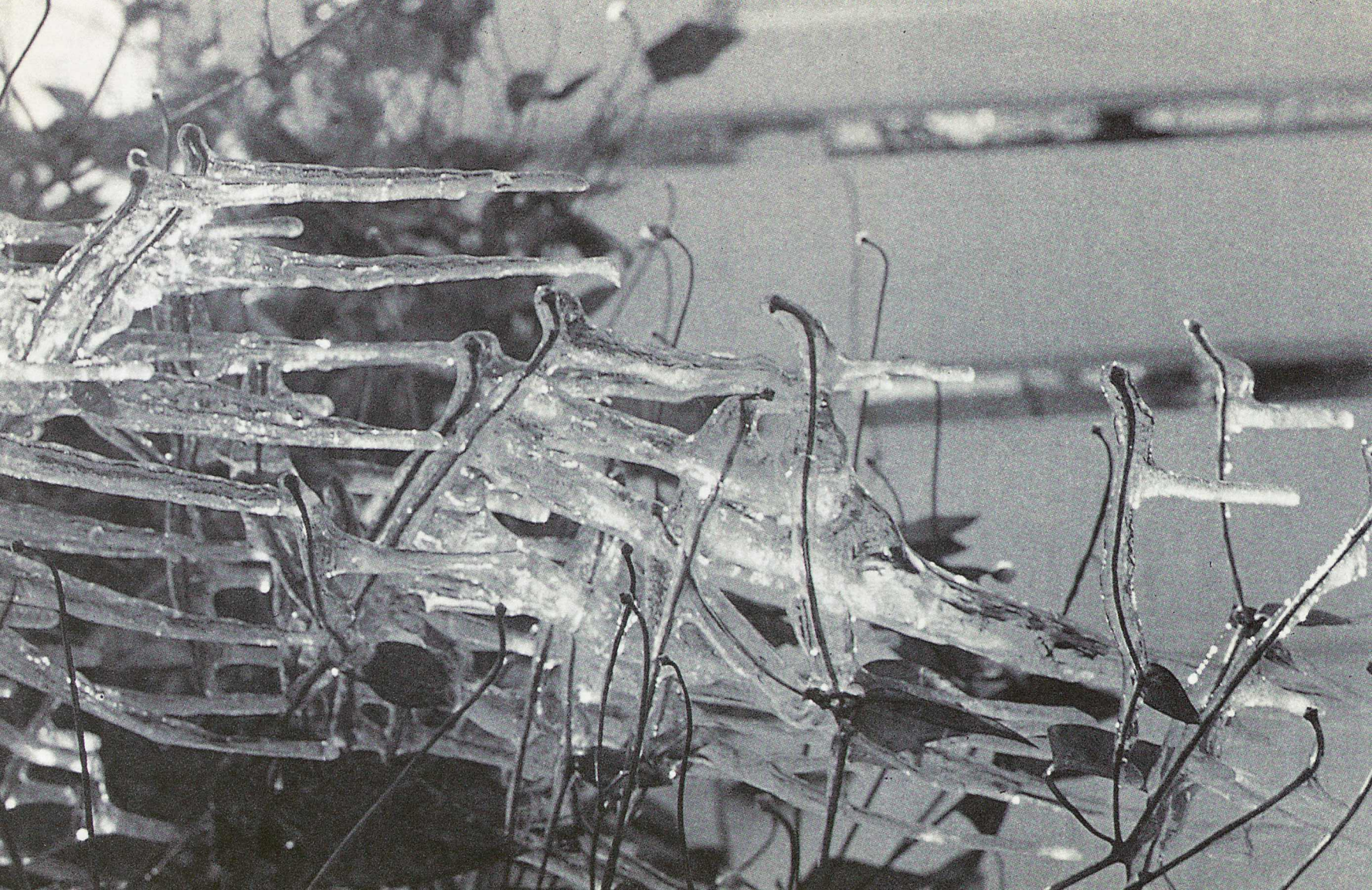
När det gäller behandling av ätstörningar önskar sig klinikcheferna stöd från regionsjukvården och 42 % tycker att sektorerna har begränsade möjligheter att behandla dessa tillstånd.

Tre fjärdedelar av sektorerna anser att primärkommunerna inte aktivt hjälper patienterna till boende efter långvarig sjukhusvård. Däremot är man i stort sett nöjd med hemtjänstens insatser. Över 80 % saknar aktiva åtgärder från kommunerna när det gäller sysselsättning och fritidsaktiviteter. Öppenvårdsinventeringen bekräftar denna beskrivning.

Vid öppenvårdsinventeringen har arbetsmarknadsinsatser för de aktuella patienterna kartlagts. Minst vanligt är att patienten har ett skyddat arbete eller genomgår grundläggande utbildning. Behoven på dessa områden är dubbelt så omfattande i förhållande till vad som faktiskt förekommer.

Vårdgrannarnas kritiska synpunkter på psykiatrin beskrivs i en studie som Spri utfört. I en annan undersökning riktad till primärvården och socialtjänsten anser hälften av vårdgrannarna att det är svårt att samarbeta med psykiatrin. I ett tidigare delbetänkande från psykiatriutredningen (SOU 1992:3) har dessutom socialtjänstens syn på problem, samarbete och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda redovisats.

Slutligen understryks vikten av att kvalitetsindikatorer tas fram för den psykiatriska verksamheten och att sektorerna utvecklar sitt arbete med uppföljning och utvärdering. Spri bedriver tillsammans med ett antal sektorskliniker en försöksverksamhet med insamling av data i form av en verksamhetsberättelse, som kan ligga till grund för en utvärdering av verksamhetens resultat. I en utvärdering av psykiatrins effekter behöver man ta fram olika data som belyser effekten för människorna i ett geografiskt avgränsat område. Det fordras ett utvecklingsarbete på nationellt plan för att ta fram och förankra kriterier och mätinstrument som hänför sig inte bara till sjukvårdens insatser.



1 Utgångspunkter

I de tidigare kartläggningar som Socialstyrelsen genomfört av den psykiatriska vården har tyngdpunkten lagts på insamling av uppgifter om den slutna vården inklusive tvångsvården. I en rapport (Socialstyrelsen 1985) behandlades sammansättningen av psykiatrins personal varvid den framtida organisationens behov av kompetens hos olika personalkategorier beskrevs.

I samband med ett regeringsuppdrag år 1987 redovisade Socialstyrelsen en mer samlad bedömning av psykiatrins utveckling mot bakgrund av de riktlinjer (Socialstyrelsen 1980) för förändring som antagits. I denna genomgång kunde också för första gången på nationell nivå presenteras viss statistik för hur den öppna vården i olika former byggts ut. Resultaten gav bl.a. en inblick i hur stor variation som faktiskt förekom mellan sjukvårdshuvudmännen vad gällde tillkomsten av nya praktiska vårdverksamheter.

När det visar sig att antalet öppenvårdsbesök ökar kraftigt vid nyinrättade, decentraliserade mottagningar, dagsjukvårdsenheter tillkommer och antalet hembesök blir större är det lätt att dra slutsatsen att den psykiatriska vården blivit bättre. Differentierade vårdinsatser i öppen vård måste ju anses vara själva förutsättningen för att en minskning av sluten vård inte skall leda till försämringar för patienterna. Grundtanken är ju att en väl utbyggd öppenvård som har god kompetens, tillgänglighet och kontinuitet utgör ett kvalitativt bättre alternativ än den tidigare i stort sett slutenvårdsbaserade organisationen.

De uppgifter som hitintills på olika håll samlats in om den psykiatriska vården har främst gällt statistik för intagningar och utskrivningar i den slutna vården, omfattningen av LSPV-vård och i någon mån den öppna vården. Kön, ålder och diagnos är variabler som vanligen registrerats och det möjliggör analyser av regionala skillnader utifrån dessa faktorer. Data av den här typen kan belysa hur vården är organiserad och vilka prestationer som utförs med tillgängliga resurser. Däremot har det tidigare inte varit särskilt vanligt att ställa disponerade resurser och kostnader i relation till typ av prestation.

Det råder en stor kunskapsbrist i den allt mer centrala frågan om vilka effekterna av insatta resurser blir. En viss metodutveckling har dock påbörjats. En grundläggande frågeställning är hur öppen och sluten vård skall dimensioneras och kombineras för att nå ett optimalt resultat för patienten. Skillnaderna i kostnader för sluten och öppen vård är mycket stora. Det kliniska beslutet om intagning och vårdtidens längd kan variera kraftigt inte minst beroende på hur slutenvårdens relation till den öppna vården ser ut och hur samarbetet med andra vårdgivare fungerar. Innehållet i den öppna vården varierar också stort och vi vet dåligt vad

resultatet blir av olika behandlingsstrategier.

Psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses på ett adekvat sätt leder inte bara till att många patienter återkommer till psykiatrin. Det sker ofta även till priset av en övervältring av ansvar på andra vårdgivare. Exempel kan vara psykotiska missbrukare som vistas inom socialtjänstens institutioner eller anhöriga som längre tider ensamma får ta hand om den schizofrene sonen i familjen. Utebliven psykiatrisk rehabilitering leder dessutom i vissa fall till livslånga kostnader i socialförsäkringen.

I likhet med vad som sker inom övrig hälso- och sjukvård måste också psykiatrin börja att relatera sina resurser och prestationer till vilka effekter som uppnås för befolkningens psykiska hälsa. Detta förutsätter att det lokala informationssystemet både i vården och i berörda kringliggande organisationer utvecklas. I dagsläget är det inte möjligt att med utgångspunkt från tillgängliga data fullfölja en sådan analys.

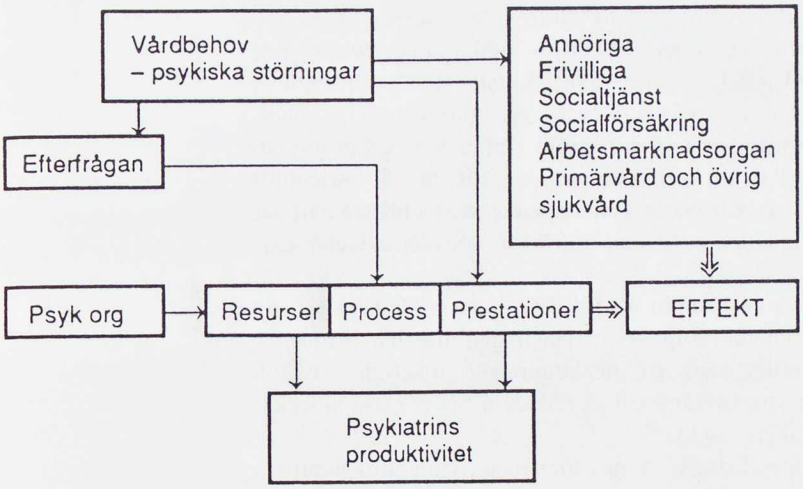
I sin uppläggning utgår föreliggande rapport från en modifierad version av en modell som ursprungligen utvecklats av Smedby, 1984. (Se figur 1.1) Den illustrerar några centrala begrepp för produktions- och konsumtionsförhållandena i hälso- och sjukvården. Strävan är att så långt möjligt belysa vad den psykiatriska vårdorganisationen åstadkommer i kvantitativa och kvalitativa termer. Det måste därvid framhållas att en beskrivning av livssituationen för psykiskt störda sträcker sig långt utöver vad den psykiatriska vården själv har uppgifter om. Många andra enheter och instanser i samhället svarar för service, stöd och vård till psykiskt störda.

Kommunerna har ett ansvar för sina invånare enligt socialtjänstlagen. Primärvårdens ansvar utgår från hälso- och sjukvårdslagen och följer indelningen i primärvårdsområden. Den sektorspsykiatriska organisationen bör ha ett upptagningsområde som motsvarar kommunernas och primärvårdens betjäningsområden. Detta är en av de grundläggande förutsättningarna för att uppgifter om effekter av vården skall kunna ställas samman till en meningsfull helhetsbild. I viktiga avseenden blir t.ex. jämförelser mellan psykiatrin hos olika huvudmän beroende av hur man lokalt utvecklat ansvarstagandet för insatserna till psykiskt långtidssjuka.

I figur 1.1 anges en modell som kan användas för att utvärdera samhällets stöd till psykiskt störda med den psykiatriska vårdorganisationen som utgångspunkt. Den syftar till att belysa inte bara psykiatrins insatser utan hur hela det lokala välfärdsutbudet ser ut och hur samspelet gestaltar sig. Av betydelse för hur utvärderingsmodellen fungerar är att den organisation som man utgår ifrån har ett avgränsat befolkningsansvar även om de enskilda invånarna har valfrihet och kan söka vårdinsatser utanför det egna området.

Vårdbehoven uppkommer hos och utgår från de enskilda människorna. Behoven av vård definieras av professionella personer och bör bl.a. grunda sig på kunskap om ohälsan hos befolkningen i ett avgränsat geografiskt område. Efterfrågan däremot uttrycker de enskilda människornas upplevelse av ohälsa och deras förtroende för att hälso- och sjukvården skall kunna hjälpa dem med problemen.

Figur 1.1 Samspelet mellan den psykiatriska vårdorganisationen och omgivningen



Inom den psykiatriska organisationen leder insatta resurser till en rad aktiviteter som i sin tur kan beskrivas i form av prestationer, t.ex. öppenvårdsbesök, slutenvårdsdagar, avslutade vårdepisoder m.m. Resurser och prestationer kan sammanfattas i begreppet psykiatrins produktivitet. Sådana mått på produktiviteten kommer att uppvisa stora skillnader mellan huvudmän och mellan sektorskliniker. Verkligt intressanta blir dessa uppgifter först när de kan relateras till effekter av vården.

Definitionen av effekt måste omfatta både hur många människor som blivit botade och vilka förbättringar av hälsan och livskvaliteten som inträffat för dem som drabbats av en mer långvarig sjukdom. Denna analys förutsätter att relevanta mål för den psykiatriska vårdens insatser fastställs. Det finns i dag ingen samstämmighet om vilka mål som bör eftersträvas i stödet till de psykiskt störda. I ett befolkningsperspektiv har insatser i olika angränsande samhällssektorer stor betydelse för de effekter psykiatrin uppnår. Hit hör också det stöd som utgår från anhöriga och frivilliga och som i en del fall kan vara direkt avgörande för hur stora insatser som kommer att krävas av vårdorganisationen. Som framgår av figur 1.1 har flera andra delar av sjukvården och andra instanser ansvar för människor med psykisk störning.

Primärvården har olika utformning i olika delar av landet. Eftersom psykiatrin i likhet med flera andra medicinska specialiteter vanligen är direkt tillgänglig för allmänheten påverkar detta primärvårdens utformning när det gäller att ge vård åt människor med psykiska störningar. Ju längre det geografiska avståndet till länsjukvårdens psykiatri är desto vanligare torde det vara att primärvården med sin mer vittförgrenade organisation kommer i kontakt med befolkningens behov av hjälp med psykiska problem och störningar. I vissa sektorer tillämpas också ett strikt

remisstvång till psykiatrin som dock kringgås av en hel del patienter vilka söker sig akut till jourmottagning på lasarett.

Även inom den övriga sjukvården har förändringar skett i hur man tar emot personer med psykiatriska problem. Åldersdementa tas numera omhand i kommunerna och därmed har psykiatrins funktion i detta avseende begränsats. I och med Ädelreformen utvecklas allt fler gruppbostäder under primärkommunernas ansvar. Också omfattningen av alkoholrelaterade psykiska störningar uppvisar stora skillnader mellan huvudmännen. Akutsomatiska kliniker och primärvård tar i varierande utsträckning ansvar för vård av denna patientkategori. På många håll har psykiatrin även en omfattande verksamhet inriktad på missbruksrelaterade problem.

Psykiskt långtidssjuka med funktionsinskränkningar omfattas i princip av en rad sociala rättigheter enligt socialtjänstlagen men här skiljer sig stödet i praktiken kraftigt mellan olika kommuner. Möjligheterna till rehabiliteringsinsatser och tillgång till skyddade arbeten varierar också stort mellan olika delar av landet.

Kostnaderna i socialförsäkringssystemet för sjukskrivningar, sjukbidrag och förtidspensioneringar i samband med psykisk störning har en omfattning som överstiger hela kostnaden för den psykiatriska vården.

Med hänsyn till betydelsen av nämnda insatser är det uppenbart att ett uppföljningssystem för den psykiatriska vårdens effekter också måste omfatta åtgärder från de andra samhällsorganen och från anhöriga/frivilliga.

Dispositionen av föreliggande rapport avser att så långt möjligt belysa de centrala begrepp som illustreras i figuren 1.1. Med dagens tillgång till statistik och andra data är det dock inte möjligt att fullfölja en analys av helheten enligt modellens huvudsyfte: att påvisa effekter av insatt vård på befolkningens psykiska hälsa och hur dessa effekter i sin tur påverkas av kringliggande faktorer.

2 Psykisk ohälsa i befolkningen

2.1 Inledning

Förekomsten av psykiska störningar och ohälsa i befolkningen kan endast klarläggas genom epidemiologiska undersökningar. Dessa tjänar inte bara till att ge en uppfattning om den psykiska ohälsans utbredning i befolkningen utan också andra syften. För vårdplanering, etiologiska slutsatser, att kunna uppskatta resultat av behandlingseffekter, för att ge ett historiskt perspektiv på sjuklighetens utveckling, som underlag till kommundiagnoser etc kan epidemiologiska undersökningar ge tillskott av kunskaper (Strömgren, 1989). De är emellertid resurskrävande att genomföra och är behäftade med en rad metodproblem. Metodiken har dock förbättrats. Man räknar med att utvecklingen på detta område de senaste 30 åren har genomgått tre skeden eller "generationer" (Babigian m.fl., 1989).

Den första generationen undersökte sjukdomsförekomsten i icke representativa populationer (t.ex. bland de vårdade) med hjälp av ett outvecklat urvalsförfarande och oprecisa diagnostiska redskap. Den andra kom att präglas av en förbättrad urvalsmetodik som gav möjlighet att undersöka stora populationer. Sådana undersökningar genomfördes särskilt i USA. Uppskattningen av den psykiska sjukligheten byggde på globala bedömningar eller gjordes med hjälp av specifika men ostrukturerade och oprövade mätinstrument. En genomgång av olika studier av denna typ visar också på en minst sagt varierande prevalens – från 0,8 % till 64 % i befolkningen (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969).

Dagens epidemiologi, den tredje generationen, bygger på ytterligare förbättrade urval, riktar sig mot avgränsade och väldefinierade populationer och använder sig framför allt av standardiserade och utprövade diagnostiska instrument i uppskattningen av sjukdomsförekomsten. Det är först utifrån sådana undersökningar som tillförlitliga prevalenser kan erhållas.

Jämförbarheten i olika undersökningar påverkas inte bara av metodiken utan av flera andra förhållanden. Den undersökta befolkningens demografiska struktur och förändringar över tiden har stor betydelse (Satorius m.fl., 1989). För t.ex. schizofreniförekomsten kan en minskning av barnadödligheten förväntas öka antalet personer i grupper med ökad risk för denna sjukdom. Ett ökat antal unga personer med schizofreni leder kanske i sin tur till en ökad suicidfrekvens bland dem. Ett ökat drogmissbruk bland unga anses ligga bakom en förhöjd suicidfrekvens bland dem. Detta missbruk (av hasch och liknande) anses också höja risken för schizofreniincidensen. En förbättrad infektionsprofylax kan å andra sidan förhindra ett insjuknande i denna sjukdom.

Andra sjukdomar, såsom depressioner och demenser, kan förväntas öka

till följd av en ökad livslängd. Sociala förhållanden inklusive vårdens effektivitet och utformning har också stor betydelse. Många skillnader som föreligger mellan olika länder och kulturer, eller mellan upptagningsområden i ett land, kan hänföras till skillnader i vårdeffektivitet eller samhällens tolerans mot avvikande beteende (Jablensky, 1989).

Epidemiologin rör sig också med olika mått på sjukdomsförekomsten beroende på syfte. För den analytiska epidemiologin, som intresserar sig för etiologiska frågeställningar dvs. vilka förhållanden som orsakar insjuknandet, är incidensen ett viktigt mått. Incidensen anger antalet nyinsjuknade, i en population under risk, antingen för första gången över huvud taget eller återinsjuknande efter ett tillfrisknande. "Livsrisken" är ett mått som anger hur stor risken är att insjukna under en livstid. Sådana mått är av stor betydelse vid undersökningar som spårar orsaker.

Är syftet däremot att få en uppfattning om sjukdomens utbredning i befolkningen under en given tid används punkt- eller periodprevalensen. Den deskriptiva epidemiologin undersöker oftast prevalensen i olika befolkningsgrupper. Detta mått är av stor betydelse när man önskar få ett underlag till vårdorganisatoriska insatser eller för att beräkna kostnader i någon bemärkelse för sjukligheten. I denna redovisning, som mer anknyter till detta syfte, kommer *prevalensen av psykisk störning* att beskrivas.

Begreppet psykisk störning är vitt och kan omfatta ett helt spektrum från psykiska besvär till psykiska sjukdomar. En stor skillnad föreligger om man utgår från en positiv definition av psykisk störning där man försöker uppskatta andelen som är "sjuka" i en population, dvs. de som skall räknas in i gruppen, jämfört med en negativ definition dvs. andelen som är "icke-friska". Det första synsättet utgår från ett sjukdomstänkande mycket präglat av ett psykiatrisk perspektiv och baserat på den psykiatriska diagnostikens grupperingar. Utifrån det andra synsättet kan finnas en mängd psykiska störningar som aldrig får en diagnos inom psykiatrin utan kanske behandlas inom primärvård eller får stöd av socialtjänsten eller kan hantera sin ohälsa utan formell hjälp eller med hjälp av ett fungerande nätverk – familj eller liknande. Ur ett samhällskostnadsperspektiv gör sig emellertid denna grupp märkbar i pensions- och försäkringsstatistiken, i vårdstatistiken totalt, i arbetsmarknadsstatistiken etc.

I denna genomgång kommer beskrivningen av prevalensen huvudsakligen att anknytas till *de psykiatriska diagnosgrupperna*. Orsaken till detta är mycket en följd av att den psykiatriska epidemiologin i allmänhet använder en sådan klassificering och att det är önskvärt att så långt det går åberopa resultat som bygger på en gemensam och allmän metodik.

Till denna metodik hör också att en större vikt kommer att fästas vid undersökningar där diagnostiken har genomförts med *standardiserade metoder*. Det är först under senare år, i DSM-III diagnostikens följd, som sådana metoder kommit till användning i befolkningsstudier. DIS-formuläret, som utgår från denna diagnostik är vanligt förekommande liksom det tidigare utvecklade PSE-formuläret. Medan det förstnämnda kan användas vid lekmannaintervjuer, är diagnostisering med det senare baserad på specialistpsykiatriska intervjuer som dessutom framställs i ett

speciellt dataprogram, det s.k. CATEGO-systemet.

De psykiska störningar som framför allt framträder som resurskrävande såväl i fråga om vård- och ekonomiska behov som insatser från anhöriga är de långvariga psykoserna. Personer som t.ex. lider av schizofreni behöver i särskilt hög grad insatser i form av vård och omsorg. *Prevalensen av schizofreni* är därför särskilt viktigt att beskriva.

Psykotiska sjukdomar kännetecknas i allmänhet av låg incidens men långvariga sjukdomsförlopp (duration). Andra störningar har kortare duration men betydligt högre incidens vilket gör att de utgör en hög andel i befolkningen vid en given tidpunkt. Dit hör *de neurotiska störningarna särskilt ångest- och depressionstillstånd*. Prevalensen av dessa tillstånd är också av vikt att beskriva.

Utöver nämnda diagnosgrupper kommer i två senare avsnitt vissa epidemiologiska data att presenteras om *alkoholmissbruk och suicid*.

Andra standardiserade beskrivningsmått som inte klassificerar störningar i psykiatriska diagnoser utan som t.ex. uppskattar *"den psykiska ohälsan" totalt* i befolkningen med hänsyn till allvarlighetsgrad etc skall även beskrivas i några undersökningar av betydelse.

En viktig aspekt, slutligen, gäller i vilken omfattning vården behandlar dessa tillstånd. I kapitel 4 ges en viss sammanställning av kunskaper om *vårdprevalensen* utifrån några svenska material.

2.2 Förekomsten av psykiska störningar i befolkningen

Med syftet att försöka uppskatta förekomsten av psykiska störningar i befolkningen enligt ovanstående krav finns det ett antal användbara undersökningar.

2.2.1 Schizofreni

Beskrivning av och forskning om schizofrenin har pågått som intensivast från slutet av 1800-talet och början på 1900-talet med Kahlbaums, Kraepelins och sedan Bleulers försök att diagnostiskt precisera sjukdomen utifrån kliniska beskrivningar (Jablensky, 1986). Olika diagnostiska skolor utvecklades som ledde till olika klassifikationer och därmed avgränsningar av schizofrenigruppen. Skilda skolbildningar ledde till osäkerhet i epidemiologiska beräkningar och stora skillnader i uppskattningar av prevalensen. Framför allt konstaterades stora skillnader mellan amerikanska och engelska undersökningar där de amerikanska med ett vidare klassifikationsbegrepp, räknade många fler till schizofrenidiagnosen.

I och med införandet av en standardiserad och jämförbar diagnostik i form av DSM-III kan nu mer precisa skattningar av sjukdomsförekomsten erhållas. Utifrån detta och liknande instrument, som successivt har börjat användas, från början i forskningssammanhang men alltmer i klinisk verksamhet, har vi kunnat få en relativt god uppskattning av schizofreniprevalensen och framför allt dess variation i olika populationer.

Den ganska omfattande schizofreniepidemiologiska forskningen har bl.a. lett till att man för denna sjukdomsgrupp har fått en relativt god och generell kunskap om prevalens, förlopp samt, i viss mån, om några etiologiska faktorer.

WHO:s multinationella, epidemiologiska och kliniska studie som inbegriper 20 centra i 17 länder har gett oss mycket av denna kunskap. Jablensky sammanfattar några generella resultat utifrån dessa studier (Jablensky, 1989):

1. Schizofreni är ett universiellt problem. Man har dessutom funnit en förvånansvärd likhet i symptomprofil mellan i- och u-länder (fig 1). Denna likhet pekar på, trots olikheter i kultur etc., att schizofrenin tycks ha en generell neurobiologisk bas. Förlopp och utfall i ett längre perspektiv påverkas dock av olika förhållanden.

2. Incidensen schizofreni, dvs de som för första gången insjuknar, är också förvånansvärt lika i olika kulturer. Denna incidens varierar i WHO projekten mellan 0,7–1,4/10 000 inv och år.

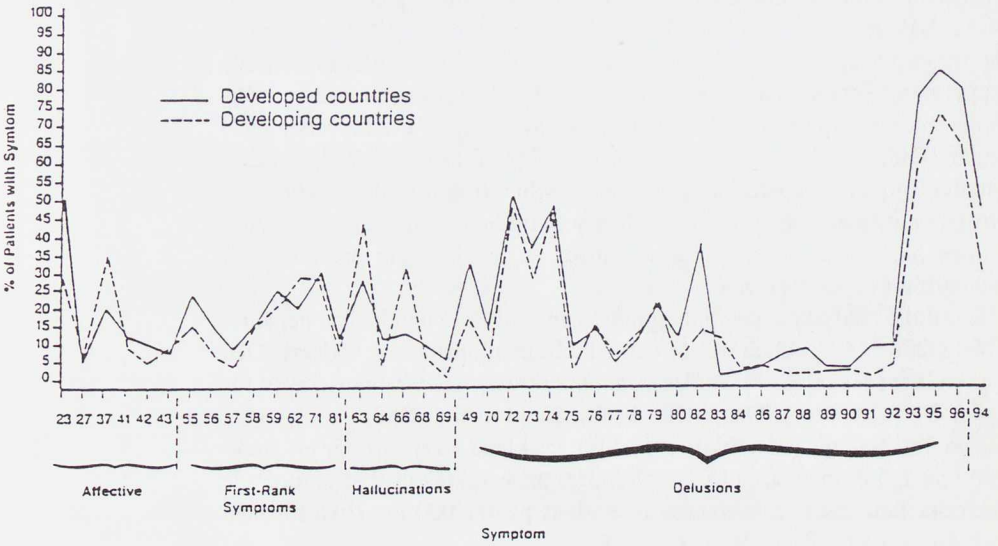
3. Kultur och social miljö inklusive behandlingsmiljö har en signifikant effekt på förlopp och utfall. Detta avspeglas i att det, trots en likartad incidens, kan föreligga skillnader i prevalenser mellan olika populationer.

4. Det är en markant könsskillnad i sjukdomsdebuten. Män insjuknar tidigare än kvinnor. Detta har också bekräftats vara lika inom olika samhällen och kulturer.

5. Två huvudtyper av schizofreni kan urskiljas i samtliga kulturer: Schizofreni med akut debut och schizofreni med gradvist insjuknande.

6. Schizofreni förekommer i hög grad tillsammans med somatiska sjukdomar.

Figur 2.1 Profil i 44 utvalda symtomaspekter för 586 patienter i utvecklingsländer och 746 patienter i i-länder med schizofrenidiagnos (Jablensky)



Key: 44 PSF symptoms used to construct psychopathology profiles of subgroups of patients

AFFECT
23. Depressed mood
27. Morning depression (rating 2 only)
37. Early waking
41. Expansive mood
42. Ideomotor pressure
43. Grandiose ideas and actions

SUBJECTIVE THOUGHT DISORDER
55. Thought insertion
56. Thought broadcast
57. Thought echo
58. Thought withdrawal
59. Thoughts being read
49. Delusional mood

HALLUCINATIONS
62. Voices in third person
63. Voices speaking to subject
64. Dissociative hallucinations
66. Visual hallucinations
68. Olfactory hallucinations
69. Delusion of smell
70. Other hallucinations

DELUSIONS
71. Control
72. Reference
73. Delusional misinterpretation
74. Persecution
75. Assistance
76. Grandiose abilities
77. Grandiose identity
78. Religious
79. Paranormal
80. Physical forces
81. Alien forces
82. Primary delusions
83. Subcultural
84. Morbid jealousy
86. Sexual
87. Fantastic
88. Guilt
89. Appearance
90. Depersonalization
91. Hypochondriacal
92. Catastrophe
93. Systematization of delusions
94. Evasiveness
95. Preoccupation with delusions or hallucinations
96. Acting out of delusions

Source: WHO Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders

I allmänhet varierar prevalensen mellan 3–7/1 000 inv (Lehtinen, 1987). Variationer förekommer givetvis speciellt då prevalensen är känslig för olikheter i populationskaraktäristika och vårdutbud.

De studier som, vid sidan av WHO-undersökningarna, är de mest betydelsefulla för närvarande inom psykiatrisk epidemiologi är de som utgår ifrån NIMH:s s.k. epidemiological catchment area (ECA) program. 18 000 invånare (18 år och äldre) i hushållsurval i fem olika avgränsade upptagningsområden intervjuas strukturerat (DIS-formulär) med uppföljningsstudier. Stickprov från olika institutioner (sjukhus, fängelser etc.) ingår (Eaton m.fl., 1981; Regier m.fl., 1984; Editorial, 1984). I dessa studier finner man i befolkningsurvalet en schizofreniprevalens på 6/1 000 inv (lika för män och kvinnor). Siffror som inkluderar institutionspopulationen har inte ännu rapporterats varför en något högre prevalens för schizofreni är att förvänta.

En studie med liknande uppläggning men med färre undersökta personer (N=3 258, 18 år och äldre) är den s.k. Edmontonstudien, Canada. Den ger en lägre prevalens för schizofreni. 3/1 000 invånare rapporteras (4 för män, 2 för kvinnor) (Orn m.fl., 1988; Bland m.fl., 1988).

I en befolkningsundersökning i södra Tyskland (Bayern) där ett stickprov på 1 536 invånare (15 år och äldre) undersöktes med strukturerade metoder fann man en schizofreniprevalens på 4/1 000 inv (lika för män och kvinnor) (Dilling, Weyerer, 1984).

I den finska s.k. Mini-Finland undersökningen som inkluderar 8 000 personer (30 år och äldre) representerande olika delar av Finland fann man däremot en något högre prevalens på 13/1 000 inv (lika för män och kvinnor) (Lehtinen m fl., 1990). Det lite högre talet kan förmodligen bero på utelämnandet av den yngre åldersgruppen i relationstalen och för vilka schizofreniförekomsten är något lägre.

Undersökningar i Sverige är få som uppfyller de krav vi ställer här. Lundbystudien är givetvis unik i det att den följer ett avgränsat upptagningsområdes totala population (N=2 550) kontinuerligt alltsedan år 1947 och vid upprepade undersökningstillfällen åren 1957 och 1972 (Hagnell m.fl., 1990). Samtliga ursprungsinvånare, alla åldrar, har följts upp oberoende vart de flyttat sedan år 1947. Dessutom har nyinflyttade till upptagningsområdet inkluderats efter år 1947. Bortfallet har varit extremt lågt (ca 2 %). Denna studie har dock sitt värde främst i att öka vår kunskap om möjliga etiologiska faktorer till psykisk sjukdom eller ohälsa genom att siffror för incidens- och riskförlopp tagits fram. Någon uppskattning av schizofreniprevalensen går däremot inte att få från denna studie.

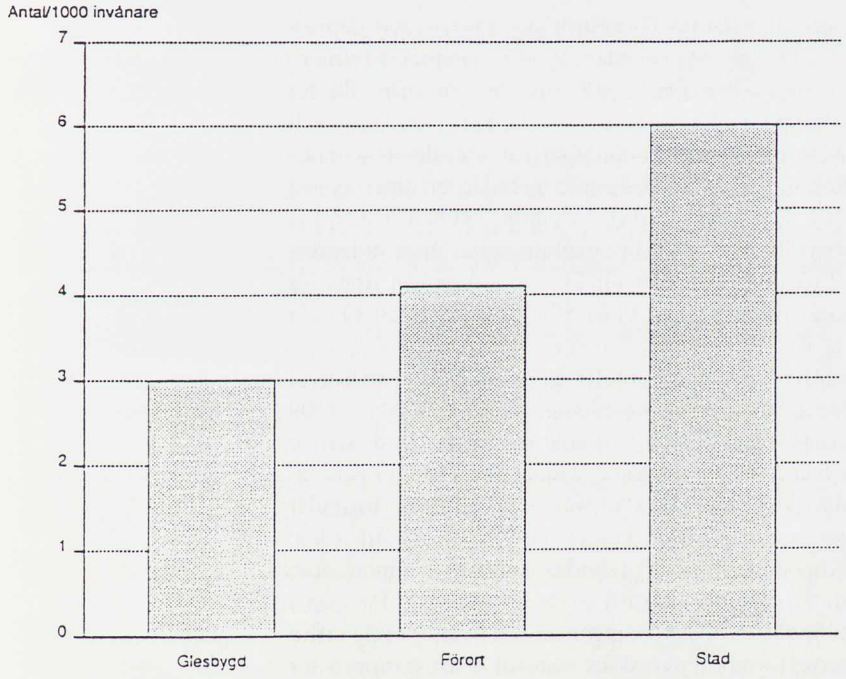
Rebusundersökningen genomfördes i Stockholms kranskommuner år 1970–1971. För 2 400 personer (18–64 år) genomfördes kliniska intervjuer av specialistpsykiater. Schizofreniförekomsten kunde inte redovisas separat utan endast ihopslaget med övriga psykosgrupper (se nedan) (Björk, 1977; Halldin, 1984).

LFP-studien i Nacka, en case-finding undersökning i Stockholm med inriktning på långtidssjuka personer med funktionella psykoser och där schizofrenigruppen är den största genomförs för närvarande i ett gles-

bygds-, ett förorts- och ett stadsområde (Widerlöv m.fl., 1989). Samtliga vårdorganisationer – psykiatri, primärvård, somatisk slutenvård samt socialtjänst, genomsöktes. Den psykiatriska vården undersöktes under en 10-årsperiod. Målsättningen har varit att spåra upp och inkludera alla personer i ett avgränsat upptagningsområde mellan 18–64 år som uppfyller kriterierna för långvarig funktionell psykos (schizofreni, affektiv sjukdom, paranoia, annan långvarig psykos exklusive hjärnskadepsykos) under 1984. DSM-III klassificering har genomförts med god interbedömarreliabilitet.

Schizofreniprevalensen uppgick totalt i materialet till 4/1 000 inv (5 för män och 3 för kvinnor). Man fann vidare en gradient med lägre prevalens i glesbygd och högst i stadsområdet (figur 2.2).

Figur 2.2 Prevalensen personer med schizofreni per 1 000 inv i upptagningsområden av olika karaktär (LFP-studien i Nacka, Stockholm)



2.2.2 Psykoser totalt

Andra psykosformer är dock, trots sin allvarlighetsgrad i akuta skeden, inte lika långvarigt vårdkrävande som schizofrenitillstånden. Vissa kräver dock långvariga behandlingsinsatser som t.ex. manodepressiva sjukdomar. Andra kan ha kortvariga akuta skeden med slutenvårdsomhändertagande under en begränsad tid.

I Mini-Finlandundersökningen uppskattades prevalensen psykoser totalt till 22/1 000 invånare (21 för män, 23 för kvinnor) (Lehtinen m.fl., 1987, 1990). I undersökningen i södra Tyskland (Bayernstudien) till 23/1 000 inv (17 för män, 27 för kvinnor) (Diling & Weyerer, 1984).

I Sverige finns inga prevalensundersökningar av de slag som här beskrivs från 1980-talet. Man får gå tillbaka till Rebusmaterialet från år 1970–71 (Halldin, 1984) där prevalensen psykoser totalt uppskattades till 20/1 000 inv (23 för män, 17 för kvinnor).

2.2.3 Neuroser särskilt ångest/depression

I ECA-undersökningarna uppskattas de neurotiska ångest- och depressionstillstånden till 73/1 000 inv (47 för män, 97 för kvinnor). I Edmonton-studien är motsvarande siffror 65/1 000 inv (50 för män, 80 för kvinnor). I Mini-Finlandundersökningen något högre 108/1 000 inv totalt (82 för män, 130 för kvinnor). Motsvarande siffror som de sistnämnda erhölls i en omklassificering med standardiserad metod av ett amerikanskt material från år 1952 den s.k. Stirling County studien (Murphy, Leighton, 1989). Där utföll 103/1 000 inv med neurotisk ångest/depression med siffrorna 70 för män och 136 för kvinnor. Återigen finns för Sverige magert material. Rebusstudien visar 50/1 000 inv totalt (30 för män, 72 för kvinnor).

Räknar man in samtliga neuroser erhålls givetvis högre siffror. I Mini-Finlandundersökningen uppgick prevalensen till 134/1 000 inv (109 för män, 156 för kvinnor). Och i Södra Tyskland var motsvarande siffror 113/1 000 inv (73 för män, 145 för kvinnor). I båda dessa studier genomfördes de diagnostiska bedömningarna utifrån strukturerade formulär vilket innebär att även neurosgruppen ges en positiv diagnostik (dvs. definierades med inklusionskriterier). I andra studier däremot, som bygger på kliniska intervjuer som den i Stockholm (Rebus), får man i allmänhet, till skillnad mot t.ex. psykosdiagnoser, en ovanligt hög siffra för neuroser. Detta beror förmodligen på att man till neurosgruppen för sådana personer som ej kan hänföras till de tyngre och mer specifika diagnoserna men som ändå uppfattas som en psykisk störning (restgrupp). Följaktligen uppskattas andelen neuroser i Stockholmsmaterialet till 257/1 000 inv (172 för män, 343 för kvinnor).

2.2.4 Psykiska störningar totalt

De undersökningar som hittills redovisats använder standardiserade metoder med syfte att fastställa psykiatriska diagnoser. I andra undersök-

ningar används även standardiserade metoder men för att uppskatta de psykiska störningarna ur ett mer globalt perspektiv, dvs. i syfte att skilja ut "psykiatriska fall" från "icke psykiatriska fall". Metodiken innebär att man utifrån ett intervjuformulär skattar allvarlighetsgrad i symtom med en fastställd brytpunkt för det som skall betraktas som psykisk ohälsa/-störning och som sedan eventuellt kan åsättas en diagnos. Flera sådana internationella studier har genomförts. I tabell 2.1 ges en sammanställning av dessa.

Något motsvarande svenskt material finns inte. Dock görs regelbundet undersökningar som syftar till att beskriva levnadsförhållanden i den svenska befolkningen. Det är Levnadsnivåundersökningen (LNU), som genomförts av Socialforskningsinstitutet samt Undersökningar av Levnadsförhållandena (ULF) som genomförs årligen av SCB. Båda undersökningarna som inkluderar 8–10 000 intervjuer har variabler som kan användas som indikatorer på psykisk ohälsa. I tabellen anges fördelningen på män och kvinnor för psykiska störningar mätt på detta sätt.

Tabell 2.1 En sammanställning av några undersökningar som mäter prevalensen psykiska störningar totalt i den vuxna befolkningen med standardiserad metodik (per 1 000 inv).

Författare	Studiens benämning/ort	Män	Kvinnor	Totalt
Regier DA, 1988	ECA	140	166	154
Bland RC, 1988	Edmonton	189	153	171
Lehtinen, Joukamaa, 1990	Mini-Finland	69	124	99
Lehtinen, Lindholm, 1990	Mini-Finland	148	195	174
Henderson S, 1979	Camberra	70	110	90
Brown GW, 1977	Camberwell		170	–
Brown GW, 1977	Hebriderna		120	–
Bebbington P, 1981	Camberwell	61	149	109
Dilling H, 1984	Södra Tyskl.	152	213	186
Sverige (ej standardiserade metoder)				
Halldin J, 1984*	Rebus/Sthlm	244	367	262
LNU, 1981**		94	165	126
ULF, 1988/89**		83	172	129

* Kliniska intervjuer.
** Indikatorer på psykisk ohälsa.

Av tabell 2.1 framgår att psykiska störningar totalt uppgår till i genomsnitt 140/1 000 invånare, med 120 för män och 155 för kvinnor.

De svenska undersökningarna uppvisar en ganska god överensstämmelse mellan internationella studier och LNU- och ULF-materialen medan Rebusundersökningen (Halldin, 1984) har nästan dubbelt så höga prevalenser.

2.2.5 Sammanfattning av olika undersökningars uppskattningar av prevalensen psykiska störningar i befolkningen

Tabell 2.2 ger en sammanfattning av olika psykiska störningar i befolkningen som kan härledas utifrån framför allt internationella studier. Få, om ens någon undersökning föreligger i Sverige som är aktuell och som kan beskriva denna prevalens. De epidemiologiska undersökningar som inkluderats här har dock genomförts i länder som är relativt jämförbara med Sverige och det förefaller rimligt att anta att uppskattningarna med vissa variationer kan stämma med svenska förhållanden.

Tabell 2.2 Psykiska störningar i befolkningen per 1 000 inv uppdelat på några diagnoser för män, kvinnor och totalt (lägsta och högsta värden i olika undersökningar)

Diagnos	Män	Kvinnor	Totalt
Schizofreni	3–6	3–6	3–6
Psykoser totalt	17–23	17–27	20–23
Ångest/depression av neurotisk typ	47–82	80–136	65–103
Neuros totalt	73–109	145–156	113–134
"Psykiska störningar" totalt	61–189	110–195	90–186
	(244)*	(367)*	(262)*

* Kliniska intervjuer (Rebus)

2.3 Alkoholmissbruk och alkoholrelaterad dödlighet

2.3.1 Alkoholkonsumtionen

Som tabell 2.3 visar finns det skillnader mellan olika län i alkoholförbrukning. Mest påtagligt är att storstadsområdena har en högre förbrukning än typiska landsbygdslän. Mellan åren 1979 och 1985 har det skett en klar minskning av alkoholkonsumtionen i hela landet men under slutet av 1980-talet har denna utveckling stannat upp och i vissa län har en mindre

ökning av konsumtionen återigen skett.

Tabell 2.3 Försäljning länsvis av sprit, vin och starköl i liter 100 % alkohol per invånare för åren 1979, 1981, 1983, 1985, 1987 och 1989

Län	1979	1981	1983	1985	1987	1989
Stockholm	6,4	5,9	5,7	5,6	5,5	5,5
Uppsala	4,1	3,7	3,5	3,4	3,6	3,7
Södermanland	4,4	3,9	3,8	3,7	3,8	4,0
Östergötland	4,3	3,9	3,6	3,6	3,6	3,6
Jönköping	3,8	3,4	3,1	3,0	3,1	3,1
Kronoberg	3,9	3,4	3,3	3,2	3,2	3,3
Kalmar	4,4	4,1	3,8	3,7	3,8	4,0
Gotland	5,7	5,0	5,1	5,0	4,9	5,0
Blekinge	4,4	3,9	3,7	3,5	3,5	3,6
Kristianstad	3,8	3,1	3,0	3,0	3,0	3,1
Malmöhus	4,6	3,7	3,7	3,5	3,6	3,5
Halland	4,5	3,9	3,7	3,6	3,6	3,7
Göteborg o Bohus	5,5	5,0	5,1	4,9	4,8	4,9
Älvsborg	3,6	3,1	3,0	3,0	3,0	3,1
Skaraborg	3,3	2,9	2,8	2,8	2,9	3,0
Värmland	4,4	3,9	4,3	3,9	3,9	4,1
Örebro	4,2	3,7	3,5	3,4	3,5	3,5
Västmanland	4,2	3,7	3,6	3,5	3,5	3,6
Kopparberg	4,3	3,7	3,5	3,4	3,4	3,5
Gävleborg	4,6	4,0	3,7	3,7	3,6	3,6
Västernorrland	4,6	4,2	4,0	3,9	3,8	3,9
Jämtland	4,9	4,3	4,3	4,3	4,5	4,6
Västerbotten	3,6	3,2	3,1	3,1	3,1	3,2
Norrbotten	4,1	3,6	3,8	4,0	4,0	4,1
Riket	**4,7**	**4,2**	**4,1**	**4,0**	**4,0**	**4,1**

2.3.2 Missbruksprevalens

Alkoholmissbruk och psykiska störningar har högt samband. Alkohol är också en betydelsefull faktor bakom självmord och självmordsförsök (Cullberg m.fl., 1988) liksom omfattande vårdbehov. Den kliniska bedömningen av alkoholberoende inräknar oftast följande kriterier: Återställarbehov, kontrollförlust, minnesluckor och sociala konsekvenser.

Prevalenssiffror för alkoholmissbruk enligt dessa kriterier i några studier anges i tabell 2.4.

Internationella studier anger en prevalens på ca 9 % för män och 1,5 % för kvinnor. De låga siffrorna i Stockholmsmaterialet (Halldin, 1984) för män beror till stor del på den underdiagnostik som kliniska (psykiater) intervjuer ger vid befolkningsundersökningar, något som även påpekas i studien.

Tabell 2.4 Alkoholmissbruk i befolkningen per 1 000 inv för män, kvinnor och totalt

Författare	Män	Kvinnor	Totalt
Myers JK, 1984	87	14	47
Bland RC, 1988	92	16	54
Halldin J, 1984	48	14	31

2.3.3 Alkoholdödlighet i Sverige

Gunnar Ågren har i sin avhandling angett en metod att uppskatta den alkoholrelaterade dödligheten (Ågren, 1989). Denna metod innebär att alkoholdödligheten summeras över ett antal dödsorsaksdiagnoser som med varierande sannolikhet har samband med alkoholmissbruk. Dessa diagnoser är: Alkoholpsykos, alkoholism, levercirros (100 %), pankreatiter (75 %), tumörer i munhåla och svalg, matstrupe samt lever (50 %). Dessutom inräknas en tredjedel av trafikolycksfallen i detta index. Tabellerna 4 a–4 d anger denna dödlighet i Sverige, för män och kvinnor samt totalt, i några demografiska och sociala grupper (här per 100 000 inv i respektive grupp. Färre fall per år än 20 anges inom parentes).

Enligt denna metod kan man räkna med ca 1 760 alkoholrelaterade dödsfall i Sverige per år i den arbetsföra befolkningen (15–64 år), vilket innebär ett dödstal på 32,8/100 000 inv. Flertalet av dödsfallen inträffar för män (ca 1 500/år) medan kvinnorna står för en mindre andel (ca 260 fall/år).

Tabell 2.5 Alkoholrelaterad dödlighet per år 1981–1986 i Sverige per 100 000 uppdelat på kön och ålder

	Män	Kvinnor	Totalt
Totalt	54,1	9,9	32,8
Ålder			
15–24	20,3	3,4	12,0
25–34	30,4	5,4	18,1
35–44	52,2	9,4	31,5
45–54	81,6	14,0	48,3
55–64	102,1	19,6	60,2

Tabell 2.6 Alkoholrelaterad dödlighet per år 1981-1986 i Sverige per 100 000 uppdelat på kön och civilstånd

	Män	Kvinnor	Totalt
Ogift	51,3	6,8	31,9
Gift	34,8	8,0	20,8
Frånskild	213,3	32,1	115,4
Änka/änkling	143,9	25,8	49,1

Tabell 2.7 Alkoholrelaterad dödlighet per år 1981–1986 i Sverige per 100 000 uppdelat på kön och socialgrupp

	Män	Kvinnor	Totalt
Förvärvsarbetande			
Högre tjänstemän	25,0	5,8	19,5
Tjänstemän på mellannivå	25,3	4,5	16,6
Lägre tjänstemän	36,2	8,1	17,8
Utbildade arbetare	40,1	7,6	33,3
Outbildade arbetare	54,4	8,1	29,6
Egenföretagare	43,5	7,4	33,9
Lantbrukare	33,3	(3,9)	22,7
Deltidsarbetande/ odefinierbara arbeten	90,6	9,1	30,1
Icke förvärvsarbetande			
Hemarbetande	(66,7)	8,7	9,4
Studerande	42,3	7,8	24,1
Förtidspensionärer	281,5	45,2	152,7
Uppgift om yrke saknas	77,8	13,0	46,9

Tabell 2.8 Alkoholrelaterad dödlighet per år 1981–1986 i Sverige per 100 000 uppdelat på kön och kommunstorlek

	Män	Kvinnor	Totalt
Storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö)	89,1	17,6	53,0
Städer med över 50 000 inv	50,4	9,5	30,0
Större kommuner (16 000–50 000 inv)	47,5	8,2	28,2
Mindre kommuner	45,4	6,7	26,7

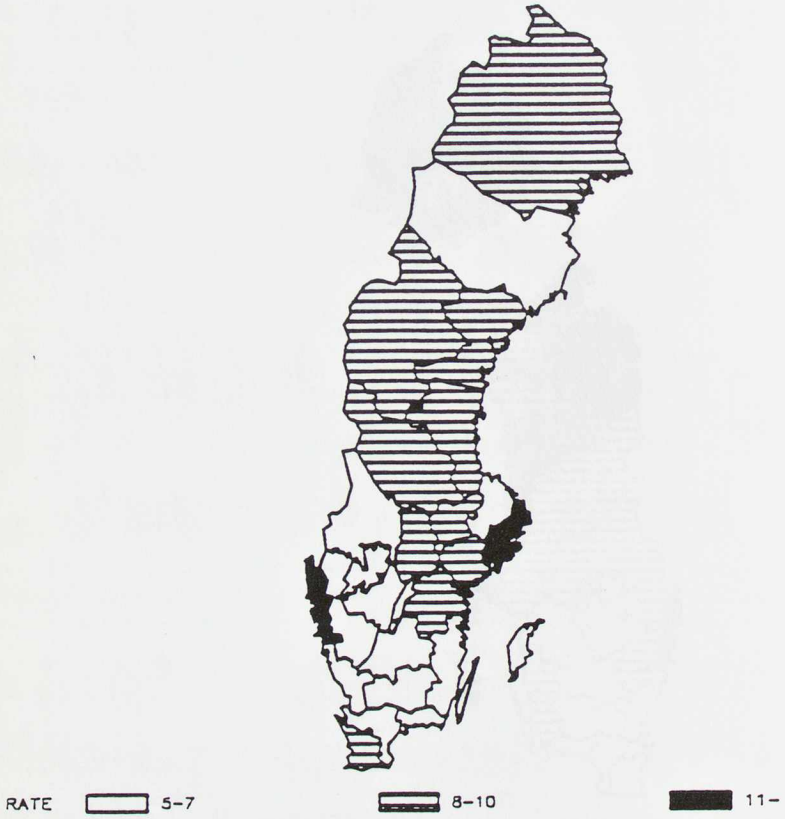
Den alkoholrelaterade dödligheten stiger med åldern både för män och kvinnor. De frånskilda har en högre dödlighet speciellt för män där denna dödlighet är 6,6 gånger högre än för kvinnor.

En uppdelning i socialgrupper visar bland de förvärvsarbetande männen en svag gradient med ett ökat antal fall från högre till lägre socialgrupper vilket inte föreligger hos kvinnorna. Bland de icke förvärvsarbetande kan noteras det höga antalet alkoholrelaterade dödsfall bland förtidspensionerade män. En uppdelning på kommunstorlek visar att dödligheten är ca dubbelt så hög för män och 2,5 ggr så hög för kvinnor i storstäderna jämfört med mindre kommuner.

En kartografisk presentation av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis och för män och kvinnor visar också att det speciellt är Stockholms- och Göteborgs- och Bohuslän som har höga tal både för män och kvinnor, medan några norrlandslän visar höga tal för män. Låga tal, både för män och kvinnor, finns i Västerbottens- och Uppsala län samt i inlandslänen i södra Sverige.

Figur 2.3 Alkoholrelaterad dödlighet per 100 000 invånare i Sverige, länsvis – män

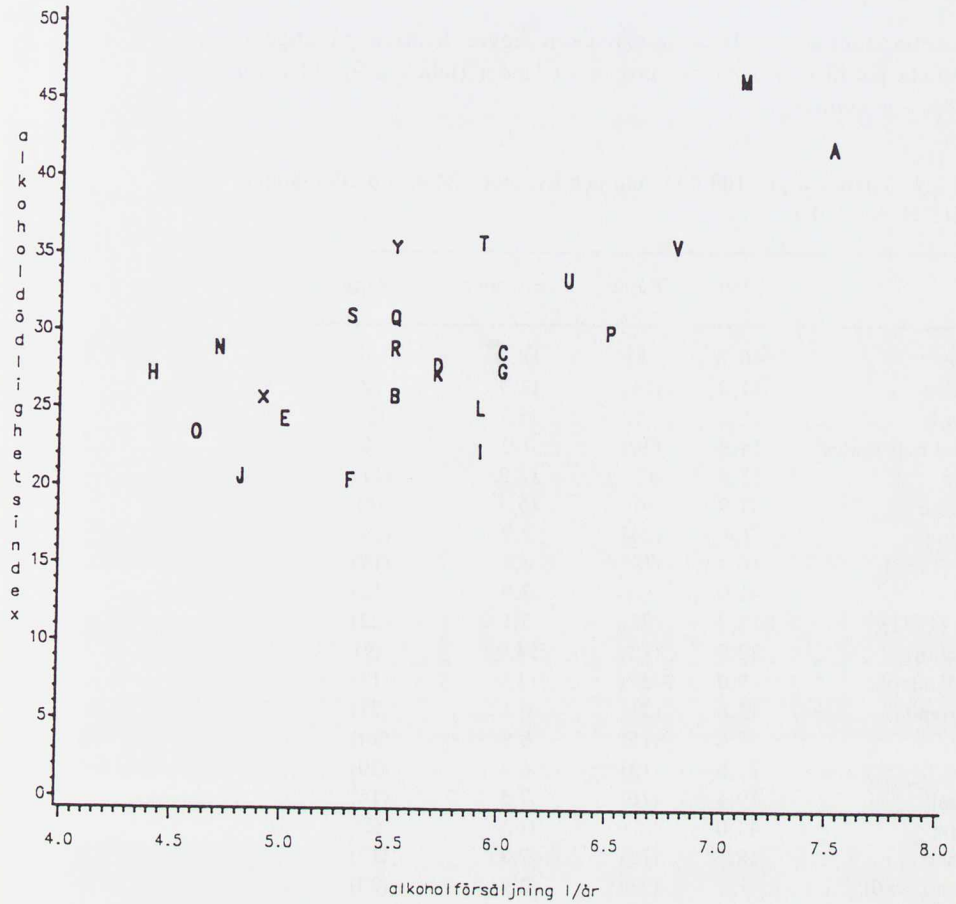
Figur 2.4 Alkoholrelaterad dödlighet per 100 000 invånare i Sverige, länsvis – kvinnor



2.3.4 Samband mellan alkoholkonsumtion och alkoholdödlighet

Figur 2.5 visar Sveriges län fördelade efter alkoholdödligheten per 100 000 inv (Y-axeln) respektive alkoholförsäljning till privatkunder i liter per år till personer i arbetsför ålder (X-axeln).

Figur 2.5 Alkoholdödlighet och alkoholförsäljning i svenska län 1981–86 bland befolkningen i arbetsför ålder



A=Stockholms län
B=Uppsala län
C=Södermanlands län
D=Östergötlands län
E=Jönköpings län
F=Kronobergs län
G=Kalmar län
H=Gotlands län
I=Blekinge län
J=Kristianstads län
K=Malmöhus län
L=Hallands län
M=Göteborgs och Bohus län
N=Älvsborgs län
O=Skaraborgs län
P=Värmlands län
Q=Örebros län
R=Västmanlands län
S=Kopparbergs län
T=Gävleborgs län
U=Västernorrlands län
V=Jämtlands län
X=Västerbottens län
Y=Norrbottens län

Ett starkt samband (r=0.71) råder mellan alkoholförsäljning ("konsumtion") och alkoholdödlighet. T.ex. har Stockholm och Göteborgs och Bohus län den högsta försäljningen av alkohol och samtidigt de högsta dödstalen till följd av alkoholrelaterade sjukdomar. Lägst försäljning och lägsta dödstalen har Kristianstad, Kronoberg och Skaraborgs län.

2.4 Självmord

2.4.1 Regionala jämförelser

I den internationella självmordsstatistiken ligger Sverige på ungefär mittenplats jämfört med några europeiska länder (tabell 2.9) (11:e för män, 8:e för kvinnor).

Tabell 2.9 Självmord per 100 000 män och kvinnor i 24 europeiska länder, 1984 (15 år och äldre)

Land	Män	Rang	Kvinnor	Rang
Belgien	40,7	(8)	18,7	(3)
Bulgarien	31,0	(14)	11,9	(12)
Danmark	45,3	(4)	25,7	(2)
England och Wales	14,8	(20)	7,0	(18)
Finland	51,9	(2)	12,3	(11)
Frankrike	41,9	(6)	15,4	(6)
Grekland	7,4	(24)	2,7	(24)
Irland (1983)	16,4	(19)	6,5	(19)
Island	41,0	(7)	7,9	(15)
Italien (1981)	12,7	(22)	5,1	(22)
Luxemburg	32,5	(12)	14,0	(9)
Nederländerna	19,0	(17)	11,9	(13)
Nordirland	12,8	(21)	6,1	(21)
Norge	27,6	(15)	8,9	(14)
Polen	31,8	(13)	6,4	(20)
Portugal	19,4	(16)	7,5	(16)
Schweiz	44,0	(5)	16,8	(5)
Skottland	18,3	(18)	7,3	(17)
Spanien (1980)	9,2	(23)	2,9	(23)
Sverige	33,8	(11)	14,3	(8)
Tjeckoslovakien	37,7	(9)	12,2	(10)
Ungern	87,3	(1)	32,2	(1)
Västtyskland	34,1	(10)	15,4	(7)
Österrike	50,1	(3)	17,8	(4)

En jämförelse mellan länen i Sverige (tabell 2.10) visar att de högsta värdena för män finns i Gävleborgs- och Jämtlands län medan för kvinnor, förutom dessa län, även Östergötlands- och Kopparbergs län ligger högre än genomsnittet. Det finns också en utveckling över tiden som innebär sjunkande självmordstal mellan åren 1979 och 1988 och som gäller för flertalet län.

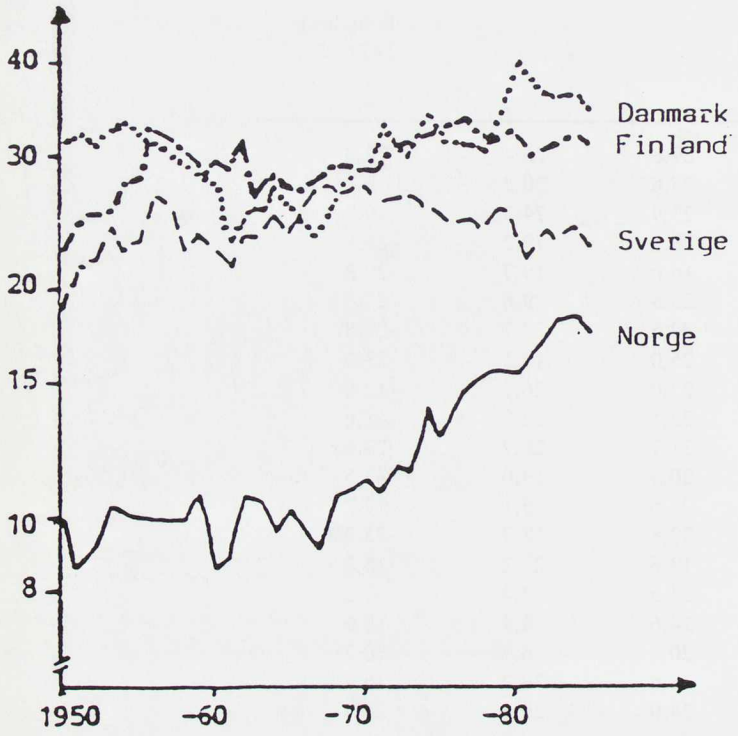
Tabell 2.10 Självmordsdödligheten i länen per 100 000 invånare 1979, 1983 och 1988 samt relativ förändring mellan 1979 och 1988

Län	1979	1983	1988	Relativ förändring 1979–88 i procent
Stockholm	34,2	29,8	26,4	–22,7
Uppsala	27,7	25,8	30,3	9,4
Södermanland	22,2	23,9	24,3	9,2
Östergötland	27,3	23,5	19,2	–29,8
Jönköping	23,8	16,6	19,7	–29,8
Kronoberg	23,2	23,5	29,6	27,8
Kalmar	29,8	27,5	22,7	–23,8
Gotland	25,3	25,0	19,5	–23,0
Blekinge	29,8	27,0	26,1	–12,6
Kristianstad	25,1	22,5	22,2	–1,6
Malmöhus	35,0	31,7	26,7	–23,6
Halland	33,6	20,3	19,0	–43,5
Gborg o Bohus	30,3	28,6	25,1	–17,2
Älvsborg	25,2	22,8	18,7	–25,9
Skaraborg	20,1	19,6	23,2	15,2
Värmland	27,8	24,5	27,4	–1,2
Örebro	25,9	24,6	28,9	11,6
Västmanland	20,4	20,2	26,7	30,7
Dalarna	26,3	25,6	30,2	15,1
Gävleborg	23,8	24,0	29,6	24,4
Västernorrl	29,1	23,8	18,5	–36,6
Jämtland	31,2	24,5	30,6	–2,0
Västerbotten	26,0	13,1	25,9	–0,7
Norrbotten	27,3	18,9	19,9	–27,3
Riket	**28,7**	**25,2**	**24,8**	**–13,6**

Självmord har också påvisats ha starkt samband med alkoholkonsumtion i Sverige där regionala jämförelser har gjorts (Norström, 1988).

I ett nordiskt perspektiv kan vi se ett närmande i självmordstalen mellan de olika länderna (figur 2.6).

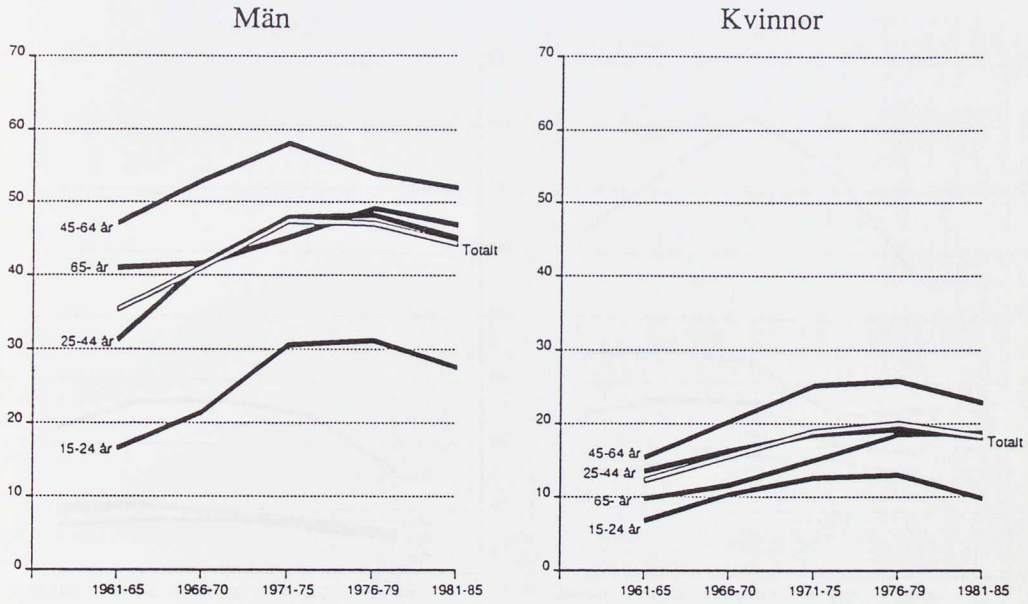
Figur 2.6 Antal självmord per 100 000 invånare (15 år och äldre) i Danmark, Finland, Sverige och Norge. (Källa: S.Tham, Institutet för social forskning, Stockholm, 1988)



2.4.2 Självmord i sociala och demografiska grupper i Sverige

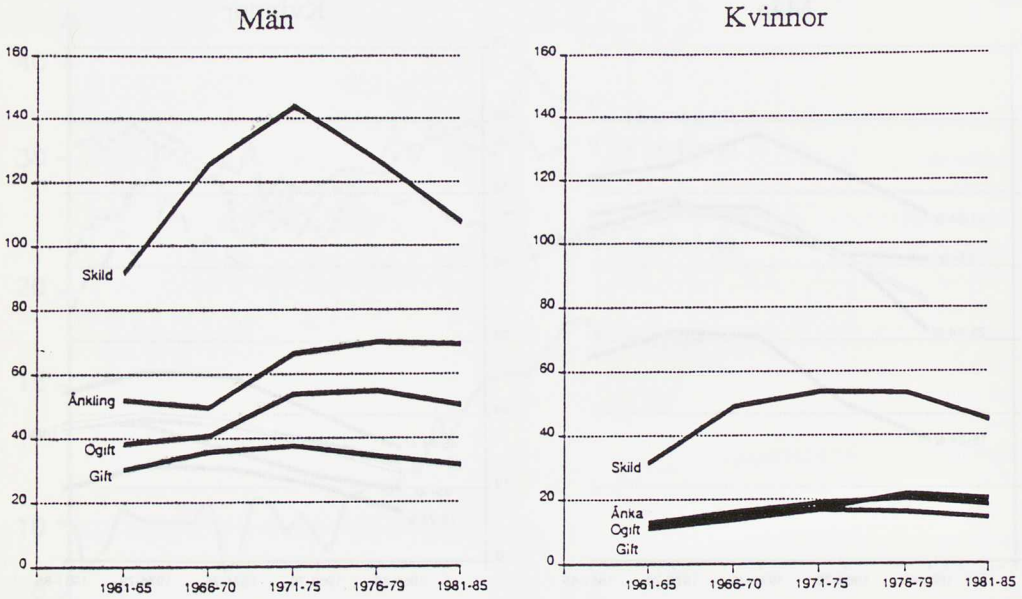
En omfattande sammanställning av självmordsförekomst och utveckling i Sverige under 25 år visar självmordstalen i olika sociala och demografiska grupper (MFR i manuskript). Höga värden för män och kvinnor noterades under 1970-talet medan en minskning skett därefter (figur 2.7).

Figur 2.7 Köns- och åldersspecifika självmordstal/100 000 och år i Sverige.



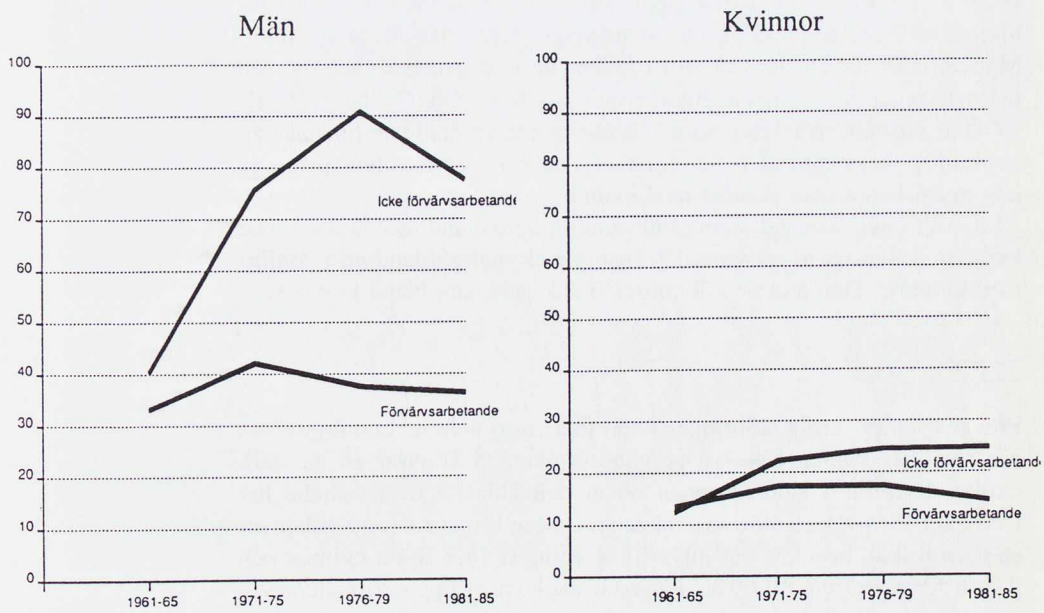
Utvecklingen i olika civilståndsgrupper (figur 2.8) visar att minskningen framför allt har skett bland de frånskilda speciellt för män, medan självmorden bland änklingar visar på en svag uppgång under perioden.

Figur 2.8 Köns- och civilståndsspecifika självmordstal/100 000 och år i Sverige



Utvecklingen i förvärvsarbetande respektive icke förvärvsarbetande grupper visar på en ökande skillnad med högre självmordsdödlighet bland icke yrkesarbetande män men där man dock kan påvisa en reducering av dödligheten i denna grupp under början på 1980-talet (figur 2.9).

Figur 2.9 Självmordstal/100 000 och år i Sverige för förvärvsarbetande respektive icke förvärvsarbetande män och kvinnor



2.5 Riskgrupper för psykisk störning

2.5.1 Män och kvinnor

Kvinnor har i de flesta undersökningar hög prevalens av lättare psykiska störningar speciellt neurotiska depressioner. Kvoten mellan kvinnor och män i denna diagnosgrupp är ca 1,5:1. Gifta män har i lägre utsträckning depressioner än ogifta. För kvinnor är fallet tvärtom. Brown and Harris (1978) kunde visa att gifta kvinnor i lägre socialgrupper med hemmavarande unga barn hade en hög risk för depressioner.

Skillnader mellan män och kvinnor i incidens för schizofreni är små. Däremot insjuknar kvinnor i ett senare skede (30–40 år) jämfört med män (25–35 år). Vidare finner man att kvinnor i socialt hänseende oftare har bättre utfall än män (se nedan). I prevalensdata kan man därför finna lägre tal för kvinnor jämfört med män.

En genomgång av olika riskfaktorer för schizofreni (Eaton, 1985) utifrån sociodemografiska förhållanden, social klass, etnisk tillhörighet, life event, födelsetid på året, visade att dessa förhållanden hade svaga samband med schizofrenisjuklighet. I denna genomgång fann man dock

en högre risk hos personer med en genetisk disposition för schizofreni. Andra undersökningar visar dock att denna riskfaktor i betydande grad kan modifieras med goda levnadsbetingelser (Tienari, 1989). Nedbringandet av infektionssjukdomar i populationen och därmed lägre risk för hjärnskador anses också ge en sammantaget lägre risk för schizofreni. Mycket talar för att det i de olika fallen, de med genetisk- och de med hjärnskadegenes, rör sig om olika former av schizofreni (Cullberg, 1991).

Det är ett välkänt faktum att alkoholberoende är vanligare hos män än kvinnor. I prevalensundersökningarna finner man också ca fem gånger så hög andel bland män jämfört med kvinnor.

Likaså finner man självmordsfrekvensen högre bland män jämfört med kvinnor. I Sverige är självmord 2,5 gånger så vanligt bland män jämfört med kvinnor. Däremot är självmordsförsök vanligare bland kvinnor.

2.5.2 Ålder

Prevalensen psykiska störningar totalt ökar med åldern. Lundbystudien där man har kunnat följa en population över 25 år visar att en stark ökning inträffar i åldersgruppen 60 år och äldre. I denna studie har livsrisker för psykisk störning räknats ut. Man finner t.ex. att risken att en person skall insjukna i en allvarlig störning är 15,8 % för kvinnor och 9,2 % för män fram till 60 år. I återstående levnadslopp ackumulerar sig risken totalt till 47,7 % för kvinnor och 46,6 % för män (Hagnell, 1990).

Vissa störningar är emellertid mer frekventa i yngre åldersgrupper. Dit hör lättare psykiska störningar av neurotisk typ, missbruk och självmordsförsök. Demenssjukdomarna tillhör de äldre åldersgrupperna. Vid en genomgång av ett 50-tal studier (Jorm m.fl, 1987) fann man den genomsnittliga andelen demenser per 1 000 inv över 65 års ålder vara ca 50.

2.5.3 Civilstånd

Frånskilda har ojämförligt högst prevalens psykisk störning i alla avseenden. Speciellt gäller det missbruk och självmord. Man finner också en hög utbredning av psykisk ohälsa bland hemmavarande kvinnor med småbarn. Här rör det sig om "lättare" psykisk ohälsa, ångest-depressioner, och som man främst finner bland sökande till primärvården (Stefansson & Hemström, 1991).

En skillnad, som tidigare påpekats beträffande lättare psykiska störningar, är att gifta kvinnor har en hög och gifta män en låg prevalens. För änklingar är det däremot tvärtom i de flesta fallen med fler störningar jämfört med änkor. I en studie från Stockholm fann man dock en förhöjd självmordsrisk bland ensamstående äldre kvinnor (Wasserman, 1990).

2.5.4 Socialgrupp

I allmänhet finner man högre grad av störning i lägre socialgrupper. Men samband är inte helt klarlagda. Självmordsfrekvensen t.ex. är för män och som har visat sig i både engelska och svenska material, j-formad.

Detta innebär en något förhöjd självmordsfrekvens i högre socialgrupp, lägre i de mellankommande socialgrupperna, för att slutligen stiga mycket brant i de lägsta socialgrupperna. Självmord bland kvinnor har å andra sidan i ett finskt material visat sig ha ett motsatt mönster med högre frekvens i högre socialgrupper och lägre i lägre socialgrupper (Javanainen, 1989). Ett sådant mönster finns endast hos äldre kvinnor i Sverige (50 år och över).

2.5.5 Arbete

I en nyligen publicerad studie över svenska förhållanden (Stefansson, 1991) kunde man konstatera en högre total dödlighet för långtidsarbetslösa yngre män men ej för äldre män och kvinnor. Framför allt gällde den högre dödligheten suicid och alkoholrelaterad dödlighet. En undersökning av sjukskrivningsförhållanden tre år innan arbetslösheten visade dock att en hög sjukskrivningsfrekvens icke var förknippad med arbetslöshet och för tidig död (Stefansson, i manuskript). Psykisk ohälsa förknippad med arbetslöshet har redovisats i en mängd studier (Westcott m.fl., 1985). I undersökningar av norrländska skolungdomar och byggnadsarbetare har man också påvisat både somatiska och psykiska effekter av arbetslöshet (Hammarström, 1986; Jarnlert, 1991).

Trots undersökningar som visar på en förhöjd akoholkonsumtion vid arbetslöshet, särskilt för män (Jarnlert, 1991) så är arbetslöshetens effekter på alkoholkonsumtionen inte helt klarlagd. Studier där man finner ett högt samband mellan arbetslöshet och ökad alkoholkonsumtion bygger oftast på kliniska material som är selektiva. I en dansk studie fann man bland arbetslösa varvsarbetare att endast de som tidigare hade alkoholproblem ökade sin alkoholkonsumtion i samband med arbetslöshet medan andra tvärtemot minskade (Iversen, 1986). Undersökningar som följer förlopp hos enskilda individer är att föredra framför sådana som bygger på genomsnittsskillnader mellan grupper.

Förutom olika selektiva förhållanden som gör det svårt att klargöra sambandet finns också inflytande av sociala och kulturella faktorer. Undersökningar visar t.ex. att i områden med hög arbetslöshet så är risken för psykiska symtom mindre bland dem som blir arbetslösa jämfört med dem som blir arbetslösa i områden med liten arbetslöshet. Detta förklarades av att det var mindre stigmatiserande att bli arbetslös i ett område där redan fler var arbetslösa (Thomas, m.fl., 1980).

En ökad förvärvsintensitet bland kvinnor har i amerikanska studier satts i samband med minskad frekvens av depressioner hos dem (Weissman, Klerman, 1977).

2.5.6 Stad och land

I allmänhet finner man högre grad av psykiska störningar i storstäder jämfört med landsbygden. T.ex. kunde det konstateras föreligga en dubbelt så hög alkoholrelaterad dödlighet för män och kvinnor i större städer i Sverige jämfört med mindre orter. Skillnaderna kan emellertid

vara mer ett resultat av en statistisk artefakt än faktiska. I städerna finns i allmänhet både mycket hög och mycket låg prevalens av psykiska störningar. Städerna är nämligen i detta avseende, mycket segregerade. De höga prevalenserna är oftast lokaliserade till vissa områden av speciell karaktär. I en studie av självmordens rumsliga fördelning i Storstockholm (Mäkinen, 1991) fann man t.ex. en hög självmordsfrekvens i starkt urbaniserade områden av både låg och hög status. Likaså kunde man visa på låga självmordstal i områden både av socialgrupp I karaktär och områden av socialgrupp III karaktär. Här kan lätt uppstå ett fel som det vi ovan diskuterade om samband mellan arbetslöshet och alkoholkonsumtion.

I internationella studier liksom i Sverige finner man oftast en hög prevalens av personer med schizofreni i de centrala delarna av storstäderna. Såväl en migration till dessa områden som en selektiv utvandring (av "friska") anses till stor del ligga bakom detta förhållande.

I en undersökning i Oslo där psykisk ohälsa i olika boendeområden undersöktes fann man en hög prevalens i nybyggda förortsområden (Dalgard, 1980). Detta var områden med hög omflyttning, sned åldersstruktur och bebyggelse av typen flerfamiljshus. Liknande resultat har framkommit i en undersökning av ett förortsområde till Stockholm där man fann att ca 10 % av befolkningen 18 år och äldre i sådana områden sökte psykiatrisk vård medan i andra områden med högstatuskaraktär endast ca 2 % sökte vård (Cullberg m.fl., 1981).

2.6 Förändringar av ohälsan över tiden

Många av de klassiska epidemiologiska studierna från 1950–1960-talen och tidigare har följts upp med syfte att försöka fastställa om psykiska störningar ökat eller minskat över tiden. Tendensen tycks vara en oförändrad prevalens under 1970–1980-talen jämfört med studier under 1950–1960-talen (Srole, Fischer, 1989; Murphy, Leighton, 1989; Dilling, Weyerer, Fichter, 1989). I andra fall finner man en viss ökning av totalprevalensen psykiska störningar, framför allt neuroser. Detta har speciellt påpekats utifrån Lundbymaterialet (Hagnell, 1986) där depressioner främst bland unga män uppvisar en påtaglig ökning mellan 1947–1972 medan endast en liten ökning föreligger hos kvinnor. Detta har även rapporterats från andra studier, nämligen en liten förändring av neurotisk depression bland kvinnor men en påtaglig ökning bland män (Murphy, Leighton, 1989).

Beträffande schizofreni förefaller tendensen å andra sidan gå mot en minskning i incidens och prevalens. På Bornholm som studerats sedan 1930-talet fann man vid en förnyad undersökning 1983 att schizofrenieprevalensen hade minskat framför allt hos kvinnor där den nästan hade halverats – från 42 till 27/1 000 inv (Bojholm, Strömgren, 1989). Ett sådant mönster, med ökad prevalens av lättare psykiska störningar men en minskad prevalens av tyngre störningar framför allt schizofreni, i befolkningen har också rapporterats från en befolkningsstudie från Taiwan (Lin m.fl., 1989). Minskningen av schizofreni har speciellt visat sig i

undersökningar av inläggningar till slutenvård (Strömgren, 1987; Munk-Jorgensen, 1987; Eagles m.fl., 1985; Eagles, 1991).

Flera orsaker till denna trend diskuteras. Bl.a. hävdas att just övergången till en standardiserad diagnostik av typ DSM-III har lett till en mer precis schizofrenidiagnos. Tidigare system med ICD-8/9 diagnostiken hade en tendens att räkna in icke schizofrena fall under schizofrenidiagnosen. Så fann man t.ex. att Irland, som blivit känd för hög schizofreniprevalens, hade en genomsnittlig prevalens när tidigare schizofrenifall bedömdes utifrån en standardiserad metodik (PSE) jämfört med ICD-diagnostiken (Ni Nuallain m.fl., 1990).

Andra pekar på det förbättrade omhändertagandet med utbyggda öppna och halvöppna vårdformer. Detta skulle speciellt ha gynnat kvinnorna som insjuknar i schizofreni i högre åldrar jämfört med män. Därmed har de ett bättre fungerande nätverk som bidrar till att de lättare kan tas omhand i öppenvård eftersom den sociala strukturen då inte fullständigt är raserad (Borgå m.fl., i manuskript).

Ett viktigt förhållande som framhållits är också att en minskad schizofreniförekomst kan sammanhänga med det med tiden alltmer förbättrade infektionsskyddet, särskilt det som är riktat mot de vanliga barnsjukdomarna (Eagles, 1991).

3 Psykiskt störda levnadsförhållanden

3.1 Inledning

För att belysa hur levnadsförhållandena varierar för befolkningsgrupper med olika grad av psykisk störning har ett ULF-material tagits till utgångspunkt (Undersökningar av Levnadsförhållandena, SCB). 1988–89 års undersökningar belyser speciellt hälsoförhållanden och materialet benämnes fortsättningsvis *ULF 88/89*. Dessa data kompletteras vidare med en speciell undersökning, *ULF-F* (1989), av levnadsförhållanden för ett urval förtidspensionärer i åldrarna 20–44 år, som uppger att de lider av långvariga psykiska problem.

Det urval av frågeställningar som gjorts i ULF 88/89-undersökningarna syftar till att beskriva skillnader i levnadsförhållanden mellan människor med olika grad av psykiska problem eller besvär. Följande områden har valts för att beskriva dessa skillnader: arbete, fritid, bostad, socialt nätverk, ekonomi och civilstånd.

Som en jämförelse med dessa befolkningsinriktade studier är det av intresse att ställa sociala data från dels den inventering av öppenvårdspatienter som Socialstyrelsen genomförde år 1991 dels resultat från s.k. LUPP-undersökningar (Lokal utvärdering av praktisk psykiatri). De senare består av patientdata som samlats in lokalt av psykiatriska kliniker i vissa landsting.

3.2 Gruppindelning utifrån ULF 88/89 och ULF-F

I ULF 88/89 samt ULF-F tillfrågas interjupersonerna om de upplever oro, ängslan eller ångest. I båda materialen har de intervjuade även haft möjlighet att uppge om de lider av någon långvarig sjukdom, handikapp eller besvär. Dessa två frågor samt huruvida personen i fråga är förtidspensionär eller sjukbidragstagare har funnits som underlag för en konstruktion av fyra grupper med olika grad av "psykisk ohälsa". Tanken med den uppdelning som beskrivs nedan är att försöka beskriva den psykiska ohälsan i grupper där man kan anta att olika grader av allvarlighetsgrad (tyngd) i störningen föreligger. De fullständiga tabellerna för de data som sammanställts finns i Bilaga 2.

Grupperna I–III nedan utgör tillsammans en uppskattning av *normalbefolkningen* och tjänar som referensgrupp till dels en grupp förtidspensionärer och dels några psykiatriska patientgrupper som skall redovisas.

Indelningen av grupper genomfördes enligt följande:

Grupp I

Andelen som uppgav att de *inte hade några "nervösa besvär"* och inte heller några långvariga psykiska problem (det var inte många som hade det senare och samtidigt inte det förra). Denna andel utgjorde 79,1 % av befolkningen över 20 år (5 408 400).

Grupp II

De som i intervjun uppgav att de hade nervösa besvär men inte några långvariga psykiska besvär utgjorde 10,1 % av befolkningen. Detta motsvarar nästan 700 000 (692 700) personer över 20 år. Denna grupp har fått bilda den andra gruppen som man kan kalla *"nervösa besvär"*.

Grupp III

Grupp tre omfattar de personer som svarat att de lider av en långvarig *psykisk sjukdom, handikapp eller besvär*. Dessa uppgår till 1,8 % av befolkningen, motsvarande 126 200 personer över 20 år. För att gruppen inte skall överlappa grupp IV har förtidspensionärer och sjukbidragstagare förts till grupp IV.

För att klassificeras med långvariga psykiska besvär skulle intervjupersonen kodats till någon av diagnosgrupperna inom kap V i Socialstyrelsens Klassifikation av sjukdomar, 1987. Dock har de med "demens i samband med åldrandet" (290) samt de med "utvecklingsstörning" av olika slag (315–319) exkluderats ur materialet. Dessa människor berörs vanligtvis ej av den psykiatriska vården, utan framför allt av geriatriken och omsorgen.

Grupp IV

Den fjärde gruppen har konstruerats utifrån både ULF 88/89 och ULF-F. Den består av personer som har uppgivit att de lider av långvariga psykiska problem och som är *förtidspensionärer eller sjukbidragstagare*. Dessa utgör 0,9 % av befolkningen mellan 20–64 år eller drygt 45 000 personer (45 200). Av samtliga i Sverige med förtidspension eller sjukbidrag ugtör de 13.5 %. Det kan vara av vikt att veta att dessa människor inte nödvändigtvis är förtidspensionerade eller har erhållit sjukbidrag på grund av psykisk störning. De kan lika gärna lämnat arbetsmarknaden som ett resultat av en somatisk diagnos men har dock uppgivit långvariga psykiska problem. De som befinner sig i grupp IV skiljer sig speciellt från de i grupp III på så sätt att de i mycket stor utsträckning står utanför den reguljära arbetsmarknaden.

Tillsammans utgör dessa grupper 91,9 % av befolkningen. Att grupperna inte summerar till 100 % beror på att det finns bortfall på de olika ingående variablerna i analysen. Det finns således personer som inte

uppfyller villkoren för att ingå i respektive grupp därför att de saknar värde på variabeln.

Utöver dessa grupper kommer några psykiatriska patientgrupper från öppen vård att redovisas:

ÖVI-91

10 774 *patienter i öppen psykiatrisk vård* identifierade vid Socialstyrelsens två-dagars inventering i januari 1991. Metodiken för inventeringen beskrivs i bilaga 3.

LUPP-material

Avidentifierade psykiatriska öppenvårdspatienter från lokala patientregister i psykiatrin (basuppgifter, enmånads- och ettårsuppgifter). Länstillhörighet och antal ingående individer anges i varje enskild tabell.

3.3 Undersökta levnadsförhållanden

Nedan ges definitioner och exempel på de standardiserade intervjufrågor som ställdes i ULF-undersökningarna för att belysa olika aspekter på livssituationen.

Bostad (institutionsboende)

Typ av hus har här angivits. Institutionsboende gäller för de som uppgivit ålderdomshem, servicehus med helinackordering, sjukhus, sjukhem eller långtidsvård. Pensionärshem, servicehus (lägenheter), pensionärshotell, bostadshotell, och annan kollektiv bostad har klassats som "kollektivt boende". I övrigt har man eget boende i någon form.

Civilstånd

Frågan löd: Vilket är Ditt nuvarande civilstånd? Är Du ... Svarsalternativen var: 1) Ogift, 2) Gift, 3) Frånskild/hemskild och 4) Änka/Änkling.

Kön och Ålder

De personer som förekommer i ULF-materialet är över 16 år. I redovisningen har endast de som är över 20 år tagits med. När det gäller Grupp IV i redovisningen (se ovan) finns endast åldrarna 20–64 år angivna eftersom förtidspensionärerna automatiskt övergår till ålderspensionärer vid 65 års ålder.

Arbete (heltid och deltid)

Intervjupersonen har fått möjligheten att svara på frågan "Vilken av följande aktiviteter var aktuella för dig under förra veckan?". Redovisningen hänvisar till de som svarat att de arbetade heltid och de som svarat

att de arbetat deltid.

Fritid (semester och fritid)

Frågan angående semester lyder: Har du under de senaste 12 månaderna gjort någon semesterresa eller nöjesresa som varat minst 1 vecka? Redovisningen hänvisar här till de som svarat nej på den frågan.

Variabeln "Ingen fritid" är konstruerad utifrån flera variabler. Frågan löd: Har du under de senaste 12 månaderna ... Gått på bio, Gått på teater, Gått på konsert och lyssnat på "levande" musik, Gått på konstutställning, annan utställning eller museum, Gått på restaurang (pub, fik) för nöjes skull, Besökt gudstjänst eller väckelsemöte, Deltagit i studiecirklar eller kurser. Om intervjupersonen inte under de senaste 12 månaderna gjort någon av dessa saker har det klassats som "Ingen fritid".

Ekonomi (kontantmarginal och löpande utgifter)

Frågan om kontantmarginal löd: Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 9 000 kr, skulle du klara det? Det är de som svarat nej på den frågan som redovisas i tabellerna. Frågan om löpande utgifter löd: Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.? De som svarat ja på denna fråga redovisas i tabellerna.

Socialt nätverk (nära vän)

Frågan om nära vän löd: Har Du någon riktigt nära vän som Du kan ta kontakt med och prata med om vad som helst? (Räkna ej med medlemmar i Din familj eller Ditt hushåll). De som svarat nej på denna fråga har därför redovisats i tabellerna.

Storstad vs. övriga Sverige

Variabeln H-region (homogenitetsregion) är kodad i ULF-materialet. H-region 1 (Stockholm/Södertäljes A-region) och H-region 2 (Göteborgs A-region och Malmö/Lund/Trelleborgs A-region) har gett variabelvärdet "storstad".

3.4 Boendeförhållanden

Tabell 3.1 Boendeförhållanden efter könsindelning i ULF 1988/99 och ULF-F. Procent

Enligt gruppindeln.	Kön	Bor i eget boende %	Bor på institution %	Kollektivt boende %
Grupp I	Män	99	0	1
	Kv	99	1	1
Grupp II	Män	97	1	2
	Kv	96	2	2
Grupp III	Män	85	12	3
	Kv	91	8	1
Grupp IV	Män	84	12	4
	Kv	93	7	1

I den vuxna normalpopulationen är eget boende det helt dominerande, 96–98 % utan några könsskillnader. Bland individer som uppgivit att de har långvarig psykisk störning (Grupp III) ligger andelen som bor på institution omkring 10 %. Män som är förtidspensionärer är i ytterligare något högre utsträckning institutionsboende eller bor kollektivt (17 %). Särskilt i den yngre åldersgruppen (20–44 år) saknar män med långvariga psykiska problem dubbelt så ofta eget boende jämfört med kvinnor.

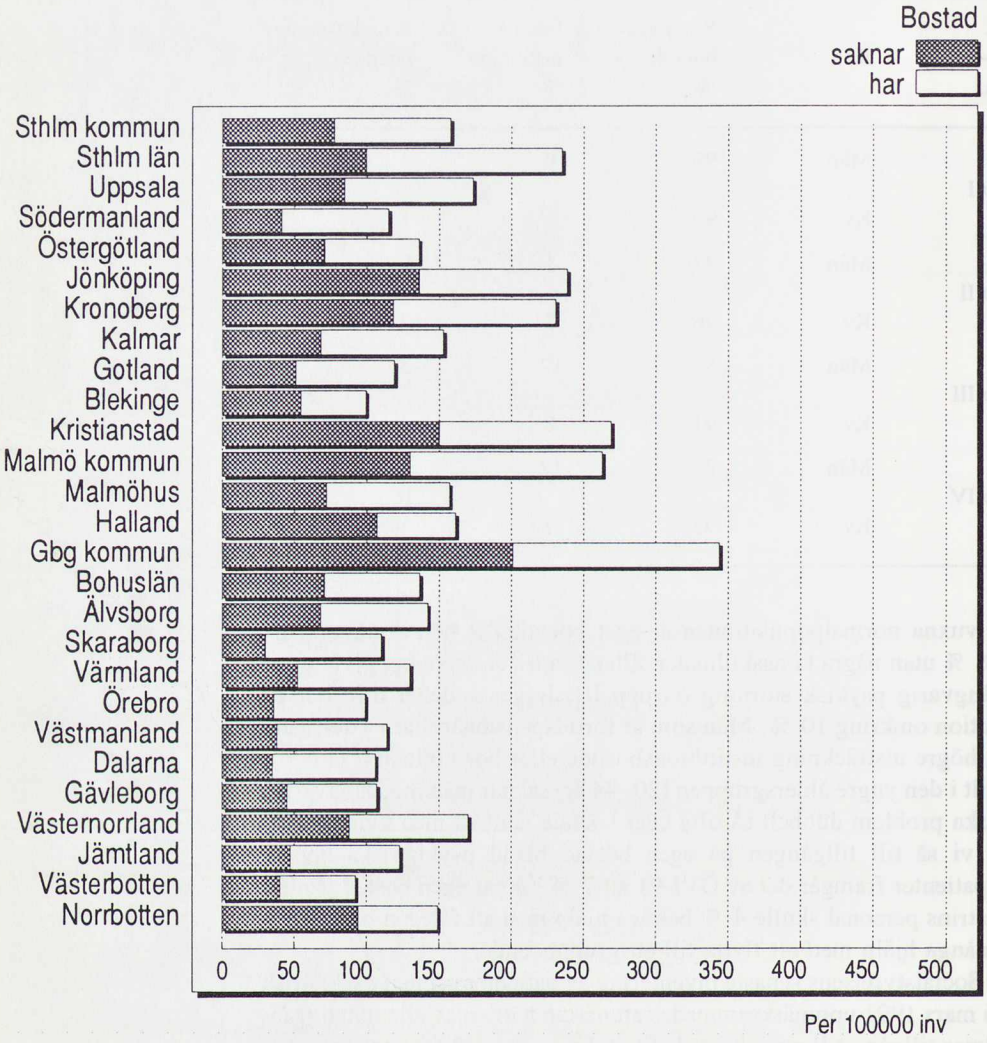
Går vi så till tillgången på egen bostad bland psykiatriska öppenvårdspatienter framgår det av ÖVI-91 att 7 % saknar egen bostad. Enligt psykiatrins personal skulle 4 % behöva hjälp med att få egen bostad och lika många hjälp med att flytta till ett gruppboende.

Vid Socialstyrelsens senaste inventering av patienter i sluten psykiatrisk vård i mars 1991 uppmärksammades att nästan hälften av alla inneliggande saknar tillgång till egen bostad. Flertalet av dessa 7 000 patienter har långa vårdtider och är över pensionsåldern men 3 000 är under 65 år. Bland patienterna på enskilda vårdhem saknar tre fjärdedelar bostad. Många av dessa patienter skulle säkert kunna bo i egen bostad med stöd om bostadsfrågan skulle kunna lösas. Ansvaret för att detta inte skett får delas mellan psykiatrin och socialtjänsten.

Som figur 3.1 visar finns här ganska klara regionala skillnader som åtminstone till en del är kopplade till en användning av enskilda vårdhem och omfattningen av sluten vård. Det är i Jönköping, Kristianstad, Halland och Göteborg som största andelen av slutenvårdspatienterna

saknar bostad medan situationen är bäst i detta hänseende i Södermanland, Skaraborg, Örebro, Västmanland, Dalarna och Västerbotten.

Figur 3.1 Tillgång till bostad bland inneliggande patienter vid inventeringen mars 1991. Per 100 000 invånare



3.5 Civilstånd och hushållstyp

Tabell 3.2 Civilstånd efter könsindelning i ULF 1988/89 och ULF-F. Procent

Enligt gruppindeln.	Kön	Ogift %	Gift/ sambo %	Frånskild %	Änka/ änkling %
Grupp I	Män	36	54	7	3
	Kv	28	52	8	11
Grupp II	Män	38	43	11	7
	Kv	19	43	13	25
Grupp III	Män	37	32	22	9
	Kv	21	39	15	25
Grupp IV	Män	64	31	5	0
	Kv	32	31	26	11

Indelningen i ULF-materialet och i de psykiatriska patientgrupperna har skett efter något skilda principer, vilket påverkar jämförbarheten. Kategorierna frånskild, änka/änkling i ULF får närmast tillföras gruppen ogifta för att kunna jämföras med kategorin ensamstående i patientmaterialet som redovisas i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Typ av hushåll bland patienterna i ÖVI-91 och i LUPP-material från fyra län. Procent

	ÖIV-91 n=10774 %	K-län n=931 %	H-län n=5165 %	AB-län n=1380 %	F-län n=774 %
Ensamboende	57	39	37	53	33
Gift/samboende	33	46	47	34	50
Bor med föräldr	6	7	6	8	6
Samboende övrigt	3	5	3	3	5
Uppgift saknas	2	3	7	2	7

I den normalbefolkning som inte uppger sig ha några psykiska besvär är andelen gifta/sammanboende 53 %. I gruppen som uppger sig ha lättare psykiska besvär ligger de giftas andel 10 % lägre. De förtidspensionerade

har lägsta andelen gifta, 31 %. Motsvarande sammanboendeförhållande i de psykiatriska patientgrupper som redovisas i tabell 3.3 bildar ett intressant mönster i relation till ULF-data. I Socialstyrelsens öppenvårdsinventering (33 %) och i Stockholmsmaterialet (34 %) faller andelen gifta/sammanboende in mellan grupperna förtidspensionärer och ULF-grupp III som uppger allvarlig psykisk störning. I båda patientgrupperna (ÖVI-91 och AB-län) finns anledning att anta att proportionen psykoser är hög i relation till mer vanliga psykiatriska öppenvårdspopulationer. Siffrorna för K, H och F-län däremot liknar mer Grupp I och II:s i ULF-undersökningen.

Inom ULF-materialet är följande att säga om könsvariationer med avseende på civilstånd. Männen är oftare ogifta i samtliga grupper, bland förtidspensionärerna dubbelt så ofta som kvinnorna. Inom Grupp IV, förtidspensionärer, är däremot andelarna frånskilda kvinnor och änkor betydligt högre än bland männen.

3.6 Utbildningsnivå

Tabell 3.4 Utbildningsnivå i ULF 1988/89 och ULF-F samt ÖVI-91. Procent

	ULF 88/89 n=6 839 290	ULF-F n=45 200	ÖVI-91 n=10774
Folk-, grund- och realskola	39	63	53
2-årigt gymnasium	31	26	23
Minst 3-årigt gymnasium	10	4	7
Kort eftergymnasial utbildn	12	1	8
Examen från universitet	8	4	9
Annan utbildning		1	

När normalbefolkningen, de förtidspensionerade och den inventerade gruppen öppenvårdspatienter jämförs framstår de förtidspensionerade som den lägst utbildade gruppen. 63 % har endast folk-, grund- eller realskola. Bland öppenvårdspatienterna har knappt hälften (47 %) gymnasium eller längre utbildning vilket i normalpopulationen motsvaras av 61 %. Andelen långtidsutbildade däremot skiljer sig inte mellan grupperna.

3.7 Arbete/sysselsättningsgrad

Tabell 3.5 Förvärvsgrad efter könsindelning i ULF 1988/89 och ULF-F. Procent

Enligt gruppindeln.	Kön	Heltidsarbete %	Deltidsarbete %
Grupp I	Män	66	5
	Kv	40	31
Grupp II	Män	52	9
	Kv	29	26
Grupp III	Män	61	4
	Kv	29	23
Grupp IV	Män	4	13
	Kv	4	12

I gruppen förtidspensionärer (Grupp IV) är sysselsättningsgraden mycket låg och jämnt fördelad på könen. Ungefär 12 % arbetar på deltid. Såväl sjukbidrag som förtidspension kan ju förekomma på halv eller 2/3 dels tid.

Tendensen är tydlig när man går från Grupp I till Grupp III: med ökande psykiska besvär sjunker förvärvsgraden. En sådan slutsats måste dock modifieras med hänsyn till åldersfaktorn. Det visar sig att dubbelt så många i Grupp III är 65 år och äldre jämfört med Grupp I. En högre förvärsgrad kan därför förväntas i Grupp I som inte bara har med psykisk ohälsa att göra.

Andelen heltidsarbetande i Grupperna I–III är ungefär dubbelt så stor bland männen jämfört med kvinnorna. Hos kvinnor som i ULF-undersökningen uppgivit att de inte har några psykiska besvär ligger förvärvsgraden på heltid 10 % högre än för kvinnor som redovisar lätt eller tyngre psykisk störning.

Tabell 3.6 Yrkesverksamhet och sysselsättningsgrad bland patienterna i ÖVI-91 och i LUPP-material från fyra län. Procent

	ÖIV-91 n=10774 %	K-län n=931 %	H-län n=5167 %	AB-län n=1380 %	N-län n=2330 %
Heltid	30	37	36	28	28
Deltid	17	10	9	11	11
Arbetslös/ tillfällighetsarb	5	6	3	5	3
Arbetslös	29	42	40	53	52
Studerande	6	3			
Ålderspensionär	13				
Uppgift saknas		2	12	3	6

I de psykiatriska populationer från öppen vård som visas i tabell 3.6 framgår att andelen heltidsarbetande ligger långt under normalpopulationen. De heltidsarbetandes proportioner ligger mer i nivå med förvärvsgraden bland kvinnor i normalpopulationen.

Tabell 3.6 ger en uppfattning om vad som ligger bakom den låga förvärvsgraden bland patienter som har kontakt med den öppna psykiatriska vården: 29–53 % uppges vara arbetslösa.

3.8 Sjukskrivning, sjukbidrag, förtidspension

Från Socialstyrelsens öppenvårdsinventering år 1991 finns data om hur många patienter som vid undersökningstillfället är kort- och långtidssjukskrivna, har sjukbidrag eller förtidspension.

Det framkommer därvid, tabell 3.7, att det bara är en dryg tredjedel av patienterna som varken är sjukskrivna eller har sjukbidrag alternativt förtidspension. Nära en tredjedel erhåller sjukbidrag eller har blivit förtidspensionerade. 20 % är långtidssjukskrivna och ytterligare 10 % sjukskrivna kortare tid, dvs. mindre än tre månader vid undersökningstillfället. För smärre andelar, främst patienter med sjukbidrag, förekommer det att man har bidraget i kombination med ett deltidsarbete.

I fråga om skillnader mellan storstad och övriga landet finns det en tendens att notera. Långtidssjukskrivningarna tycks proportionellt sett vara något fler i storstäderna medan antalet patienter med sjukbidrag eller förtidspension är något större i övriga landet.

Tabell 3.7 Sjukskrivning och sjukbidrag alt förtidspension i ÖVI-91 uppdelat på storstad och övriga landet. N= 10 774

	Storstad		Övr landet		Riket	
	n	%	n	%	n	%
Korttidssjukskriven (mindre än 3 mån)	203	(8,5)	857	(10,2)	1060	(9,8)
Långtidssjukskriven (mer än 3 mån)	597	(24,9)	1626	(19,4)	2223	(20,6)
Sjukbidrag/förtidspension	643	(26,8)	2440	(29,1)	3083	(28,6)
Sjukbidrag kombinerat med deltidsarbete	65	(2,7)	311	(3,7)	376	(3,5)
Förtidspension kombinerat med deltidsarbete	22	(0,1)	106	(0,1)	128	(0,1)
Ej sjukskrivna, sjukbidrag el f-pension	868	(36,2)	3029	(36,2)	3904	(36,2)

Beträffande antalet människor i befolkningen som är förtidspensionerade går det inte att ur Riksförsäkringsverkets statistik utläsa hur många som vid en viss tidpunkt är pensionerade på en viss diagnostyp. Däremot finns data som anger det årliga tillskottet av nybeviljade pensioner. Dessa har under decennier legat tämligen stabilt.

Tabell 3.8 Antalet nybeviljade förtidspensioner 1988 och 1990 med psykiatriska diagnoser och diagnosernas andel av samtliga förtidspensioner dessa år

	1988	1990
Neuros	6 000	5 301
Psykos	1 800	1 695
Summa	7 800	6 996
Andel av samtliga förtidspensioner	14,5 %	13,9 %

Vad tabell 3.8 visar är bl.a. att det är tre gånger så vanligt att nybeviljade förtidspensioneringar sker med den "lättare" diagnosen neuros. Andelen pensioneringar med psykiatrisk diagnos av samtliga pensionsfall ligger runt 14 % räknat över samtliga åldersgrupper. Bland förtidspensionärer mellan 16–29 år är andelen så hög som 43 %.

Tabell 3.9 Antalet nybeviljade förtidspensioner med psykiatriska diagnoser bland 35-åringar och yngre under åren 1971–88

	1971	1975	1980	1985	1988
Neuros	430	460	550	770	940
Psykos	450	400	430	580	520
Summa	**880**	**860**	**980**	**1 330**	**1 460**

Sett över tiden har antalet yngre människor som förtidspensionerats ökat kraftigt och det gäller särskilt för diagnosgruppen neuros där antalet fall fördubblats.

3.9 Semester, fritid och relationer

Tabell 3.10 Några livskvalitetsaspekter efter könsindelning i ULF 1988/89 och ULF-F. Procent

Enligt gruppindeln.	Har ingen nära vän %	Ingen semest %	Har ej fritid %	Ingen kont. marginal %	Klarar ej löp.utgift %
Grupp I Män	29	38	0	7	9
Kv	17	34	1	12	10
Grupp II Män	37	49	1	19	22
Kv	23	50	2	18	17
Grupp III Män	35	56	15	23	26
Kv	29	57	13	21	15
Grupp IV Män	39	43	6	32	16
Kv	44	68	10	44	15

Det finns flera mönster som är urskiljbara när man granskar siffrorna i tabell 3.10. Omfattningen av bristförhållanden ökar när man går från normalpopulationens villkor till grupper som har olika grader av psykisk ohälsa. Det gäller samtliga frågor om socialt nätverk, fritidsmöjligheter och ekonomi. I fråga om t.ex. att sakna tillgång till en kontantmarginal för oförutsedda utgifter är andelen bland förtidspensionärerna fyra gånger högre jämfört med normalbefolkningen. Förmågan att klara löpande utgifter uppvisar en intressant uppgift. Gruppen förtidspensionärer tycks

inte rymma något större antal individer med detta problem jämfört med övriga grupper i ULF-materialet. Detta skulle kunna tala för att pensionsersättningen tillsammans med bostadsbidrag täcker livets basbehov.

Några variationer i mäns och kvinnors villkor skall särskilt omnämnas. I grupperna I–III saknar generellt fler män tillgång till en nära vän att kunna vända sig till; bland förtidspensionärerna är det flest kvinnor, nästan hälften av alla i gruppen, som inte har någon vän. Beträffande möjligheten att under det senaste året ha kunnat företa en semesterresa om minst en vecka är kvinnorna i Grupp IV sämst ställda, hela 68 % har inte haft den möjligheten.

3.10 Sammanfattning

I detta kapitel har några aspekter på psykiskt störda sociala förhållanden redovisats. Detta har skett mot bakgrund av jämförelsematerial som hämtats från SCB:s Undersökningar av Levnadsförhållanden (ULF). Dessa undersökningar beskriver normalbefolkningens levnadsvillkor i främst sociala avseenden. Referensgruppen, dvs. normalbefolkningen, har här delats in i Grupperna I–III utifrån att de interjuade uppgivit olika grader av psykiska besvär. Långvarig psykisk sjukdom, handikapp eller störning uppger sig 1,8 % av befolkningen ha och de har fått bilda Grupp III. ULF-materialet har sedan kompletterats med ULF-F, benämnd Grupp IV, en specialstudie av förtidspensionärer och sjukbidragstagare, som uppgivit att de lider av långvariga psykiska problem.

Vidare har psykiatriska patientgrupper tagits fram för jämförelser och de är hämtade från dels socialstyrelsens inventering i öppen psykiatrisk vård år 1991 dels verksamhetsstatistik från enskilda sektorskliniker, s.k. LUPP-studier.

I fråga om *boendeförhållanden* går det en klar skiljelinje mellan normalbefolkningen och de grupper som uppger sig ha långvariga eller handikappande psykiska problem. Mellan 8–17 % av de psykiskt störda bor på institution eller i gruppboende jämfört med 1 % i befolkningen i övrigt. Män bor oftare på institution än kvinnor. Bland psykiatriska öppenvårdspatienter saknar 7 % en egen bostad.

Bland grupper med psykiska besvär jämfört med normalbefolkningen är det betydligt vanligare att vara *ensamboende* och ogift. De förtidspensionerade har den lägsta andelen gifta/sammanboende. Männen är oftare ogifta i samtliga undersökta grupper, bland förtidspensionärerna dubbelt så ofta som kvinnorna.

Beträffande högsta uppnådda *utbildningsnivå* ligger de förtidspensionerade klart sämst till. 63 % har endast folk-, grund- eller realskola, en siffra som i befolkningen i övrigt ligger på 39 %. Patienter i öppen psykiatrisk vård intar ett mellanläge.

Förvärvsgraden är högst i den grupp som inte uppgivit sig ha några psykiska besvär. Män arbetar heltid medan det bland kvinnor är nästan lika vanligt att arbeta deltid. Förvärvsgraden är klart lägre bland grupper som har olika grader av psykisk störning med samma mönster att kvinnorna oftare endast har deltidsarbete. Bland sjukbidragstagare och

förtidspensionärer är det några procent som är ute i arbetslivet. Från olika studier av patienter i öppen vård bekräftas att andelen arbetslösa är mycket hög, 29–53 %, jämfört med övriga befolkningen.

I samtliga undersökta *livskvalitetsfrågor*, som sociala relationer, semester, fritid och ekonomi framträder en markant ökning av brister när grupperna med psykisk störning jämförs med befolkningen i övrigt. Sämst förhållanden i alla avseenden har förtidspensionerade kvinnor. I övriga jämförda grupper har män jämfört med kvinnor i ett avseende en sämre situation nämligen att fler män inte har någon nära vän.

Följande tabell hämtad från Socialstyrelsens folkhälsorapport år 1991 både sammanfattar ovan redovisade förhållanden och pekar på skillnader mellan grupper som har psykiska eller fysiska handikap.

Tabell 3.11 Levnadsförhållanden bland yngre (20–44 år) uppdelat på förtidspensionärer med psykiatrisk resp somatisk diagnos samt jämnåriga i övriga befolkningen uppdelat efter yrke

Levnadsförhållanden	Unga förtidspensionärer (20-44 år)			Jämnåriga hela befolkningen		
	med psyk. störn.*	med somat. diagnos	samtliga	ej fackl. arbetare	högre tjänstemän	samtliga
Har ej kontantmarg.	53	33	41	20	2	12
Klarar ej löp.utgift.	35	24	26	24	10	18
Ej tillgång till bil	63	35	46	16	11	13
Ingen semesterresa	65	47	51	39	13	30
End. förgymn.utbild.	63	56	62	29	2	17
Deltagit fören.möte	37	47	44	44	67	53
Kan ej författa skrivelse, överkl. beslut	57	50	56	35	2	22
Bor ensam	52	32	39	18	18	19
Saknar nära vän	40	32	36	19	19	17
Trött för jämnan	25	28	26	8	4	6
Har sömnbesvär	56	39	44	13	10	11
Återkom. huvudvärk	35	37	36	15	9	13
Känner oro, ångest	62	11	28	2	1	2

* Exkl utvecklingsstörda.
Källa: Socialstyrelsen.

Bland tretton undersökta variabler har de psykiskt störda yngre förtidspensionärerna i sju fall en klart sämre situation än pensionärer i motsvarande åldersgrupp med somatiskt handikapp. Skillnaden är så stor som runt 20 % för följande levnadsvillkor: att inte ha tillgång till kontantmarginal, ej tillgång till bil (30 % skillnad), inte företagit någon semesterresa, bor ensam, har sömnbesvär och framför allt känner oro, ångest (51 % skillnad).

Jämförs yngre förtidspensionärer med psykisk störning med jämnåriga i hela befolkningen framstår skillnaderna som dramatiska. Resurserna/-välfärden ligger på en tredjedel till en fjärdedel av vad jämnåriga i befolkningen har.

4 Vårdbehov och vårdefterfrågan

4.1 Vårdepidemiologi

4.1.1 Vårdprevalens inom primärvård och psykiatri

Man kan jämföra de prevalenssiffror som redovisats i kapitel 2 från befolkningsundersökningar med antalet personer som söker psykiatrisk vård. I tabell 4.1 visas vårdprevalensen år 1985 i ett förortsområde till Stockholm där ett heltäckande patientregister förts (Stefansson 1990).

Tabell 4.1 Prevalensen psykiska störningar (hos personer 18 år och äldre) i psykiatrisk vård år 1985 uppdelat på diagnosgrupper (antal och antal/1 000 inv 18 år och äldre)

Diagnos	Antal	Antal/1000 inv
Schizofreni	155	2,8
Övriga psykoser	183	3,3
Neuroser	678	12,3
Ingen personlighetsstörning ("kriser")	127	2,3
Ingen diagnos/övrigt	142	2,6
Summa	1 285	23,3

Den psykiatriska vården i detta område träffar drygt 2 % av befolkningen under ett år. I jämförelse med tidigare prevalenssiffror tycks schizofrenipatienterna ha kontakt med psykiatrin i hög omfattning. Men med beaktande av att psykiatriska fall i den totala populationen enligt tidigare uppskattningar kan uppgå till mellan 10–20 % återstår en stor grupp som inte kommer i kontakt med psykiatrin.

En sammanställning av insamlade LUPP-data från olika psykiatriska sektorer i landet visar att man har kontakt med ända upp till 3,4 % av befolkningen. Andelen nybesök växlar mellan 21 och 53 % av alla de patienter man har kontakt med. Psykiatrin möter således ganska många psykiskt störda och många av dem har relativt korta kontakter med vården (tabell 4.2).

Tabell 4.2 Jämförelser mellan landsting. Sammanställning av LUPP-data

Område	Befolkn	År	Ant pat per 100 000	Ant besök per år per 100 000	Ant nybesök per 100 000	Nybesök i proc av pat
Västmanland	258 487	1990	2170	15250	650	30
Eskilstuna	115 000	1988	3440		1540	45
	115 000	1989	3330		1460	44
Halland Syd	111 264	1990	2090		700	34
Kalmar	118 000	1986	2110		1120	53
		1987	1070		1010	
		1988	1190		1170	
Jönköping	308 290	1990	2460	18850		
HVP-Sthlm	56 000	1985	2460		860	35
Mark-Sven.	32 767	1988			1110	
		1989			1020	
Ronneby	30 000	1987	1367		417	30
		1990	1230		260	21
Eksjö*	42 000	1987		12450	1200	
HVP*	56 000	1987		11800	770	
Kalmar*	107 000	1984		12150	1100	
Lycksele*	47 000	1986		15430	440	
Nacka*	80 000	1986		17500	960	
Ängelholm*	83 000	1987		13250	1190	

* Källa: Spri-rapport 251 (1988).

Primärvården möter många patienter som har psykiska störningar av olika grad. I en internordisk pågående studie i Nacka och Lund där bl.a. prevalensen psykisk ohälsa inom primärvården undersöks finner man med olika mätmetoder nedanstående resultat (tabell 4.3).

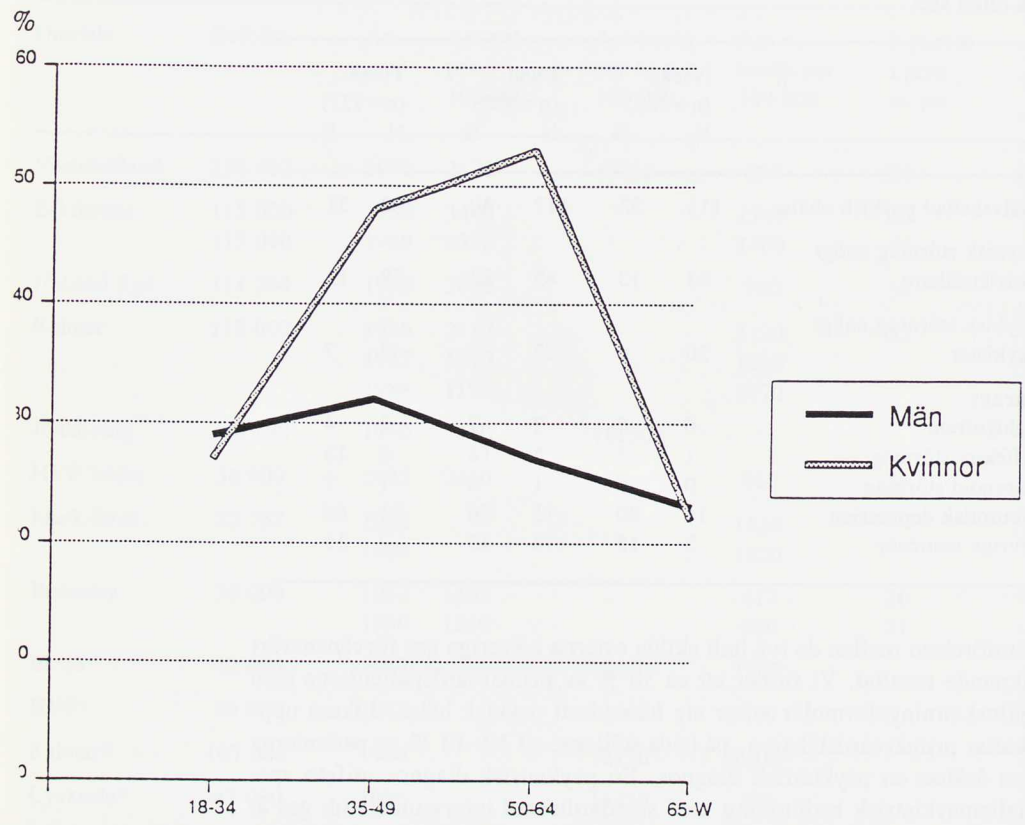
Tabell 4.3 Antal och relativ andel personer inom primärvården (18 år –, exklusive intygsfall och barn- och mödravård) med psykiska störningar mätt på olika sätt

	Nacka (n=339)		Lund (n=388)		Totalt (n=727)	
	N	%	N	%	N	%
Självskattad psykisk ohälsa	111	33	117	30	228	31
Psykisk störning enligt distriktsläkare	43	13	45	12	88	12
Psykisk störning enligt psykiater	20	6	27	7	47	7
varav:						
Schizofreni	0	0	2	7	2	4
Affektiv störning	1	5	5	18	6	13
Paranoid störning	0	0	1	4	1	2
Neurotisk depression	16	80	15	56	31	66
Övriga neuroser	3	15	4	15	7	15

Jämförelsen mellan de två helt skilda orterna i Sverige ger förvånansvärt liknande resultat. Vi finner att ca 30 % av primärvårdspatienterna med självskattningsformulär anser sig ha nedsatt psykisk hälsa. Likaså uppskattar primärvårdsläkaren, på båda ställena, att 12–13 % av patienterna kan åsättas en psykiatrisk diagnos. En psykiatrisk diagnos utifrån specialistpsykiatrisk bedömning med standardiserad intervjumetodik ges åt 6–7 % av patienterna. Bortfallet av patienter fram till den psykiatriska intervjun var emellertid relativt stort. En kompensering av detta bortfall med hänsyn till bakgrundsmaterial etc. ger vid handen att denna siffra i Nackamaterialet i stället skulle uppgå till ca 10 %. Det är framför allt neuroser i form av ångest/depressionstillstånd som söker primärvård.

Fördelningen av den självskattade psykiska ohälsan för män och kvinnor i olika åldersgrupper framgår av figur 4.1. Man kan notera två saker: att kvinnor jämfört med män, som har en relativt jämn fördelning över åldrarna, har en hög andel i medelåldersgrupperna. För det andra kan vi se att den självskattade psykiska ohälsan är lägre bland de gamla.

Figur 4.1 Andel patienter med självskattad psykisk ohälsa i olika åldersgrupper uppdelat på män och kvinnor (Nacka, 1990)



De höga värdena för kvinnor kan delvis tolkas som att de jämfört med nän har lättare att identifiera och uttala sina psykiska besvär. I Nackamaterialet finner man att det bland dessa kvinnor också i hög andel förekommer social press och att det främst är bland småbarnsföräldrar detta ır sig uttryck. Psykospatienterna är få i relation till samtliga sökande. Den lägre självupplevda psykiska ohälsan hos pensionärer och äldre unde konstateras bero på bl.a. en dominans av somatiska besvär (som verskuggade andra problem) men också en tendens till acceptans/regnation inför olika problem av psykisk karaktär.

.1.2 Vårdorganisatoriska förändringar och effekter på psykiatriskt vårdutnyttjande

et faktum att vårdorganisationen påverkar vårdefterfrågan har visats i ı studie där man jämfört två landsting, Västmanland och Uppsala

(Socialstyrelsen 1984). I Uppsala fanns en särorganisation för såväl geropsykiatrisk vård och missbrukarvård inom psykiatrin medan det andra landstinget saknade sådana resurser. Patienterna vårdades då i stället inom andra delar av hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten.

Man kan därför till en viss del hävda att vårdutbudet styr efterfrågan inom psykiatrin. Man måste emellertid komma ihåg att den psykiatriska patientpopulationen består av ett helt spektrum – från lättare psykisk störning till långvariga, funktionsnedsättande sjukdomar. Variationer i vårdutnyttjande förekommer oftare bland de förstnämnda fallen än de senare. De lättare psykiska störningarna kan tas om hand av och söker sig till andra vårdorganisationer som t.ex. primärvården. I planeringen av sjukvården har avsikten med den vårdorganisatoriska uppdelningen på primärvård/allmänmedicin och specialistpsykiatri varit, att primärvården skall ha ett ansvar för lättare psykisk störning och vara platsen för de vårdsökandes första kontakt med hälso- och sjukvården. Förändringar inom en vårdgren kan påverka förutsättningar och vårdmönster i en annan.

Utvecklingen i Stockholm visar det som flera internationella studier visat nämligen att de schizofrena patienternas vårdmönster är svårt att bryta. En nedläggning av mentalsjukhusen i sig påverkar inte deras slutenvårdsbehov. Den flyttas över till andra vårdformer. Långvarig slutenvård av dessa patienter på akut- och korttidsvårdsplatser resulterar dessutom i en "igenproppning" av slutenvårdskapaciteten med följder även för andra patientgrupper. Alternativt kan det uppstå som har rapporterats från USA, England och Italien – en utskrivning av patienterna till en vagabondiserande gatutillvaro. (Jones 1983; Cohen m.fl., 1984; Weller, 1990)

En intensiv satsning på öppenvårdsresurser och på behandlingshem för schizofrena tycks vara det enda sättet att bryta detta mönster. Där så har skett, såsom i Enskede/Skarpnäcks-sektorn i Stockholm har också för fler schizofrena patienter öppenvårds- och, vid behov, sjukhemsbehandling kunnat erbjudas som alternativ till mentalsjukhusvård. Detta har resulterat i en omfattande sänkning av slutenvårdsutnyttjandet för denna patientgrupp med ca 12 000 vårddagar (= 33 helårsvårdade patienter) mellan åren 1982 och 1988.

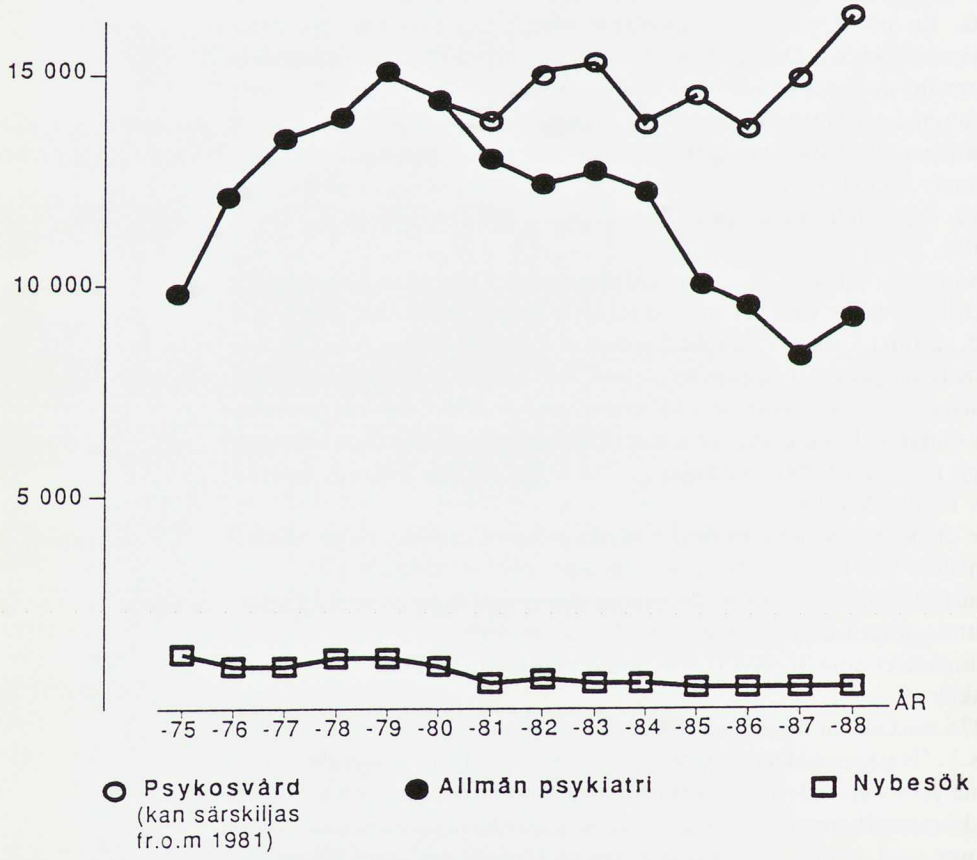
De effekter som förändringar i vårdorganisationen kan ha på vårdutnyttjandet kan belysas med några exempel som är hämtade från stockholmsförhållanden. De har därigenom den prägel som de specifika förutsättningarna i detta område ger. Vissa aspekter av utvecklingen och vårdmönstret som framhålls här, kan dock sägas vara av mer generell karaktär.

1975 startade en öppenvårdsbaserad psykiatrisk verksamhet i Nacka – det s.k. "Nackaprojektet". Upptagningsområdet som då inräknade 50 000 vuxna personer hade förortskaraktär men bestod också av en mer glesbygdsbetonad kommun (Värmdö). Tre psykiatriska öppenvårdsteam byggdes upp med vardera en personalgrupp på 10 personer – två läkare, två psykologer, två kuratorer, två sjuksköterskor samt två skötare. Egen slutenvård fanns inte inom upptagningsområdet utan inläggningar fick ske

på ett större mentalsjukhus ca 1,5 mil utanför (Långbro sjukhus). Den psykiatriska vården var lätt tillgänglig och en betydande patienttillströmning kunde noteras. Framför allt gällde det patienter med s.k. akuta kriser, i yngre åldersgrupper och med arbetaryrken och som kom från större bostadsområden med flerfamiljshus.

Under 1980-talets början inleddes sektoriseringen i större skala i Stockholm. Beslut togs om avveckling av mentalsjukhusen och det blev alltmer tvunget att inom den sektoriserade psykiatrin ta hand om patienter med långvariga psykoser som ej längre skulle vårdas på mentalsjukhus. För att kunna ge ett öppenvårdsalternativ för dessa patienter tillskapades utifrån befintliga resurser en speciell öppenvårdsenhet för psykosvård i Nacka. Elva personer från den tidigare allmänpsykiatriska öppenvårdsverksamheten omplacerades till denna enhet.

Figur 4.2 Antal öppenvårdsbesök per år fördelat på allmänpsykiatri och psykosvård (fr.o.m. år 1981) samt antalet nybesök i Nacka-sektorn 1975–1988



Figur 4.2 visar utvecklingen av antalet öppenvårdsbesök årligen fördelat på allmänpsykiatri och psykosvård. Fram till 1 januari 1985, då den nya enheten för psykosvård startade, skedde behanding av psykospatienterna på de ordinarie öppenvårdsteamen.

Det har skett en kraftig omfördelning av öppenvårdsbesöken till förmån för behandling av psykospatienter. Man kan också notera en tämligen jämn nybesöksfrekvens under det senare skedet.

Tabell 4.4 Antal patienter i samma upptagningsområde före (1975/76) och efter (1984/85) organisationsförändringen (absolut och relativ)

Patientgrupper	1975/76 (51 000 inv 18 år –)	1984/85 (55 000 inv 18 år –)	Ändring antal	Ändring procent
Antal totalt	2 882	1 939	–943	–33
Antal utan tidigare psykiatrisk kontakt	1 706	879	–827	–48
Diagnos				
Funktionella psykoser (schizofreni, paranoia, affektiv sjukdom, övriga)	265	333	+68	+26
Senil demens, hjärnskade- och toxiska psykoser	110	38	–72	–65
Neuros och personlighetsstörning	340	1 102	–238	–18
Akuta kriser	909	263	–646	–71
Vårdutnyttjande (2 år)				
Öppenvårdsbesök	20 224	26 815	+6 591	+33
Slutenvårdsdagar	24 066	31 238	+7 172	+30
Slutenvårdade personer	397	410	+13	+3
Inläggningstillfällen	886	1 063	+177	+20
Antal personer som slutenvårdas enl LSPV	132	159	+27	+20

Av tabell 4.4, som visar vårdutnyttjandemönstret vid två tvärsnittsperioder (1975/76 samt 1984/85), framgår stora förändringar mellan dessa perioder.

Verksamheten tog hand om en tredjedel färre patienter under den senare perioden. Antalet krispatienter reducerades med 2/3. Som väntat vårdades flera patienter med psykosdiagnoser i högre utsträckning vid den senare tidpunkten och både öppen- och slutenvård ökade i alla avseenden.

Detta mönster går igen i flera andra studier. Det har visats att öppenvårdsbehandling av psykospatienter, speciellt de med schizofreni, är

mycket resurskrävande. Stein och Test (1980) har visat att behandling av schizofrenipatienter i öppenvård kräver stora personella och andra insatser. Dessa insatser måste dessutom ske kontinuerligt. Upphör detta stöd återgår patienterna till ett liknande vårdmönster som tidigare, bl.a. med långa slutenvårdsperioder.

Flera patienter med "lättare" psykiatriska diagnoser försvann ur verksamheten i Nacka. En orsak till detta kan vara den stora utbyggnaden av primärvården som skedde i området mellan perioderna då resurserna för denna vård mer än tredubblades.

I mitten av 1980-talet hade sektoriseringen genomförts i Stockholm. 24 (nu 23) kliniker med totalansvar för den vuxenpsykiatriska vården i olika upptagningsområden hade etablerats. Förutom denna likhet i yttre organisation är dock skillnaderna mellan klinikerna stora. Olika yttre förutsättningar och etablerade traditioner är orsaken till detta. Samtidigt fattades beslut om att på tio år (1985–1995) avveckla mentalsjukhusen. I den slutenvårdsplan som upprättades planerades som ersättning flera mindre behandlingshem lokaliserade i sektorerna nära patientens hemtrakt. Denna alternativa vårdutbyggnad har dock aldrig genomförts såsom planerat.

Utvecklingen av slutenvården har kontinuerligt följts under 1980-talet vid tre tvärsnittsundersökningar. (Stefansson, 1988; Stefansson, 1991) Den totala slutenvården har beskrivits genom ett material som årsvis inkluderar såväl inneliggande som utskrivna patienter. Det är viktigt att kunna beskriva slutenvården på detta sätt. I allmänhet beskrivs den antingen från utskrivningsstatistik (som landstingen har) eller från inventeringsstatistik (som Socialstyrelsen har). De båda materialen omfattar dock helt olika populationer. Detta åskådliggörs i tabell 4.5.

Tabell 4.5 Den psykiatriska slutenvården (18 år –) i Stockholm beskriven dels vid en inventeringsdag och dels genom samtliga utskrivningar under ett år (oktober 1984 – oktober 1985)

	Inventering/ dag	Utskrivningar under ett år
Antal personer	3 850	11 648
Medelålder, år	55	47
Relativ andel personer med diagn schizofreni	38	10
Medelvårdtid (dagar/år)	216	25

Man finner framför allt en överrepresentation av personer med tyngre diagnoser och längre vårdtider i endagsinventeringen jämfört med utskrivningsstatistiken. Den senare uppvisar ett typiskt mönster för "klinikvård" i Stockholm.

Tabell 4.6 visar förändringen vid de tre mättillfällena i antal slutenvårdade personer och slutenvårdsdagar/år för några diagnoser.

Samtliga diagnosgrupper visar ett minskat antal slutenvårdade personer utom i diagnosgruppen schizofreni som är fler vid sista mättillfället. Däremot har deras vårddagar per år minskat vilket indikerar flera slutenvårdade schizofrena men med kortare vårdtillfällen.

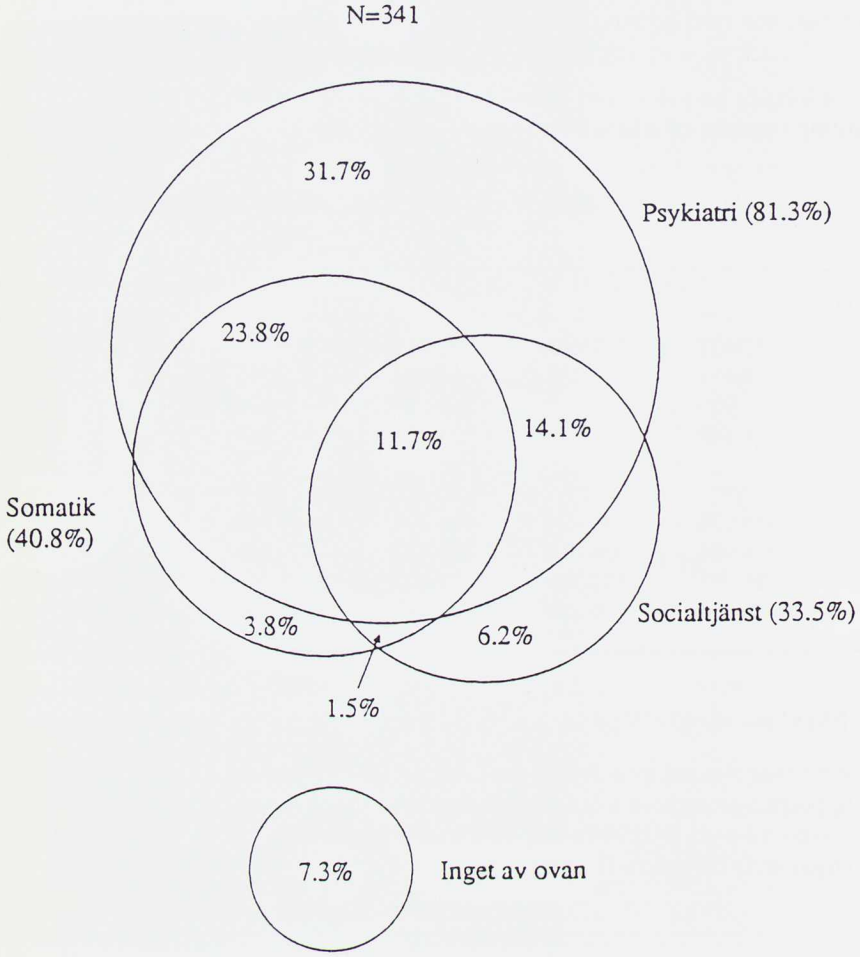
Tabell 4.6 Antalet inlagda personer samt slutenvårdsdagar per år i Stockholms läns landsting uppdelat på några diagnoser

	1982	1985	1988	Ändring antal
Inlagda personer				
Schizofreni	2 632	2 663	2 733	+101
Övrig psykos	3 415	3 497	3 103	-312
Demens	927	650	55	-375
Missbruk	4 142	3 878	3 728	-414
Vårddagar				
Schiz	555 076	522 637	494 395	-60 000
Övrig psykos	338 951	336 619	269 672	-70 000
Demens	181 762	102 788	77 305	-105 000
Missbruk	126 004	106 736	85 542	-40 000

4.1.3 De psykiskt långtidssjuka

I den tidigare refererade studien av personer med långvariga funktionella psykoser i tre upptagningsområden i Stockholm, kan man uppskatta andelen patienter som under ett år (1984) sökt vård i olika former eller ej sökt vård alls (figur 4.3) (Borgå m.fl., 1991).

Figur 4.3 Långvarigt funktionellt psykotiska patienters vårdutnyttjande år 1984 av somatisk vård (sluten- och primärvård), psykiatrisk vård (sluten- och öppenvård) samt socialtjänst



Patientgruppen, som till 2/3 utgörs av personer med schizofrenidiagnos, har högt vårdutnyttjande. 7 % har dock ej haft kontakt med offentlig vård under året. Ca 12 % har kontakt såväl med psykiatri, somatisk vård som socialtjänst.

Tabell 4.7 ger en summering av vårdkontakter m.m. uppdelat på diagnosgrupper i denna undersökning.

Tabell 4.7 Vårdutnyttjande bland personer med långvariga funktionella psykoser i ett förortsområde till Stockholm 1984, uppdelat på diagnos

Diagnos	Schizofreni (n=211)	Paranoid störning (n=45)	Affektive störning (n=35)	Annan psykos (n=11)
Psykiatrisk slutenvård				
Slutenvårdad någon gång under 1984 (%)	52	24	57	55
Medelantalet vård-tillfällen 1984:				
Samtliga	0,91	0,38	1,06	0,91
Slutenvårdade enbart	1,84	1,55	1,95	1,67
Medelantalet vårddagar under 1984:				
Samtliga	89	24	49	106
Slutenvårdade enbart	172	98	86	194
Tvångsintagning någon gång under 1984 (%):				
Samtliga	22	11	23	36
Slutenvårdade enbart	42	45	40	67
Somatisk slutenvård				
Medelantalet vårddagar under 1984:				
Samtliga	0,84	7,1	3,9	0,09
Slutenvårdade enbart	8,9	53	15	1,0
Psykiatrisk öppenvård				
Någon kontakt under 1984 (%)	65	82	76	55
Medelantalet kontakter under 1984	10,2	9,4	10,4	5,2
Primärvård				
Någon kontakt under 1984 (%)	34	37	41	27
Medelantalet kontakter under 1984	0,7	0,7	0,8	0,5
Socialtjänst				
Någon kontakt under 1984 (%)	33	23	24	55
Medelantalet kontakter under 1984	6,5	2,2	7,4	9,9

4.2 Insatser i övrig hälso- och sjukvård

Ännu på 1960-talet skedde huvuddelen av den slutna psykiatriska vården på mentalsjukhus. Då var det inte ovanligt att människor med depressioner och neurotiska störningar samt även många med alkoholmissbruk vårdades för sina psykiska sjukdomar på internmedicinska avdelningar ibland med konsultstöd från psykiater. Med ökad integration av den psykiatriska vården med kroppssjukvården och med tillkomsten av allt fler psykiatriska vårdenheter på akutsjukhusen har det blivit möjligt att ge sluten vård till flertalet av de patienter som behöver sådan inom psykiatrin.

Alltjämt finns det dock många som utreds och behandlas på internmedicinska kliniker för främst psykosomatiska tillstånd. Det är svårt att få fram säkra uppgifter om omfattningen av sådana vårdinsatser. När det gäller personer med alkoholberoende finns det olika uppskattningar om hur stor andel av vårddagarna inom olika specialiteter som konsumeras av patienter med alkoholrelaterade sjukdomar. Vid en undersökning upptogs en fjärdedel av de manliga vårdplatserna och 5 % av de kvinnliga av patienter med misstänkta eller uppenbara alkoholproblem på internmedicinska, kirurgiska och ortopediska storstadskliniker (Wallerstedt m.fl., 1986).

Psykotiska tillstånd kan framkallas av narkotiska medel och annan toxisk påverkan på hjärnan, av hjärnskador och sjukdomar, av hormonella rubbningar och av svår somatisk påverkan. Även behandling med vissa läkemedel kan ge upphov till psykiska symtom. Det finns därför ett behov av psykiatrisk konsultation på många somatiska kliniker. Konsultverksamheten vid akutsjukhusen kan dessutom tillgodose behoven av råd och stöd kring patienter med psykiska problem och störningar i anslutning till kroppsliga sjukdomar. Även vid utredningar av komplicerade fall med inslag av psykosomatiska frågeställningar kan samverkan med psykiatrisk kompetens behövas.

I klinikchefsenkäten framkommer det att flertalet sektorskliniker svarar för regelbundna konsultinsatser på somatiska kliniker i storleksordningen sex timmar per vecka och 100 000 invånare. Omfattningen varierar naturligtvis mellan olika kliniker. Den är större för psykiatriska enheter som ligger i anslutning till stora somatiska sjukhus. En tredjedel av sektorerna anser att det finns en viss icke tillgodosedd efterfrågan på konsultinsatser.

Även de patienter som vårdas på psykiatriska kliniker har ofta behov av utredning och behandling för samtidiga somatiska sjukdomstillstånd. Detta gäller inte minst missbrukare och äldre patienter. Ibland behövs en kroppslig utredning för att klarlägga psykotiska tillstånd. Vid vissa biologiska behandlingar som används vid psykisk sjukdom kan en somatisk utredning behövas för att bedöma om en behandling kan genomföras eller för att följa eventuella biverkningar av behandlingen. Det finns därför ett stort behov av samverkan mellan psykiatrin och vissa somatiska discipliner, främst internmedicin och neurologi.

4.3 Behov av psykiatrisk specialistvård

Som framgår av början av detta kapitel uppfattar distriktsläkarna att ca 12 % av deras patienter har psykiska sjukdomar. Den redovisade undersökningen av psykiskt långtidssjuka visar att en tredjedel av dessa patienter under ett år haft kontakt med primärvården. Det är ändå främst patienter med depressioner och neurotiska symtom som behandlas inom primärvården för psykiska störningar. Primärvården möter en stor andel av befolkningen så dessa 12 % är många gånger fler än de patienter den psykiatriska vårdorganisationen har kontakt med.

Det är därför angeläget att psykiatrin utvecklar samarbetsformer för att stödja primärvårdens personal i behandlingen av dessa patienter men även för att diskutera hur avgränsningen mellan primärvårdens och psykiatrins insatser lämpligen skall göras.

Av uppgifterna i kapitel 2 om förekomst av psykisk sjukdom framkommer bl.a. att 1,8 % av befolkningen över 20 år uppger sig lida av långvariga psykiska besvär och att dessutom 0,9 % av befolkningen i åldern 20–64 år (53 000 individer) har förtidspension eller sjukbidrag och upplever sig ha långvariga psykiska besvär.

I Mini-Finland-studien ansåg man att hälften av dem som man identifierat vara i behov av psykiatrisk vård behövde specialistvård. Av de redovisade vårdepidemiologiska studierna från Sverige framgår att en utbyggd och välfungerande primärvård kan svara för majoriteten av dem som behöver behandling för psykiska störningar.

Studier visar också att 2–3 % av befolkningen har aktuell kontakt med psykiatrisk öppen vård, att nästan 1 % av befolkningen årligen vårdas en eller flera gånger i psykiatrisk sluten vård och att 0,17 % av befolkningen en viss dag i mars 1991 var inneliggande i sluten psykiatrisk vård.

Om vi räknar om dessa uppgifter på en befolkning av 100 000 invånare får vi följande uppgifter:

* totalt 2 000 till 3 000 har regelbunden kontakt i öppen vård med psykiatrin under ett år
* ca 900 vårdas någon gång varje år i sluten psykiatrisk vård och av dem vårdas något över 100 tvångsvis
* 170 vårdas i sluten psykiatrisk vård den 20 mars 1991 och av dem har hälften vårdats över ett år
* 32 vårdas tvångsvis den 20 mars 1991
* ca 620 har sjukbidrag/förtidspension och lider av psykisk sjukdom
* 400–600 är psykiskt långtidssjuka i betydelsen att de har kvarstående symtom efter psykotisk sjukdom och därigenom är handikappade (en tiondedel av dem är intagna för långvarig sluten psykiatrisk vård)

Med dessa siffror som bakgrund kan man få en uppfattning om vårdbehovets storlek. En svårighet när det gäller människor med psykiska problem är att de inte alltid aktivt söker hjälp. För att den psykiatriska vårdorganisationen skall kunna få en klar bild av vårdbehovet hos befolk-

ningen i sektorns område måste därför psykiatrin aktivt söka upp och kartlägga befolkningens psykiatriska vårdbehov. Därvid behövs ett samarbete med primärvården och socialtjänsten, vilka ofta har kontakt med psykiskt störda som psykiatrin inte känner till.

Ett annat problem är att vissa vårdbehövande människor inte själva inser sitt vårdbehov. Detta kan leda till att vården måste genomföras tvångsvis för såväl omgivningens som patientens egen skull. Många gånger är det dock inte möjligt eller lämpligt att tillgripa tvångsvård utan det krävs ett omfattande motivationsarbete och långvarig uppföljning från psykiatrins sida för att hjälpa en människa med dålig uppfattning om sitt vårdbehov.

Till betydande del är vårdbehov och vårdefterfrågan fenomen som täcker varandra. En individ mår psykiskt dåligt och söker därför hjälp. Denna enkla relation mellan vårdbehov och vårdefterfrågan förutsätter att den enskilde har ett *upplevt psykiatriskt vårdbehov* vilket inte alltid är fallet. Ett tvångsomhändertagande för vård är istället uttryck för att ett *kliniskt vårdbehov* föreligger. Mycket talar för att en skillnad mellan vårdbehov och vårdefterfrågan har en större omfattning än vad antalet tvångsfall ger anledning att förmoda. För att en vårdefterfrågan skall manifestera sig måste individen också ha kunskap om att det går att få hjälp och var den hjälpen i så fall erbjuds. Case-finding-studies från Västmanland och Stockholm pekar på att en inte obetydlig andel psykiskt långtidssjuka återfinns inom socialtjänst och t.o.m. primärvård utan att dessa patienter varit kända för psykiatrin (i Västmanland: 250 per 100 000 inv).

Patientinflödet till psykiatrin växlar efter hur öppenvården är organiserad och hur primärvården arbetar. Många patienter med psykisk störning kan få hjälp av primärvården och har då inget skäl att efterfråga psykiatrisk vård. Om däremot primärvården är dåligt utbyggd måste dessa patienter vända sig direkt till psykiatrin. På samma sätt finns det patienter som behandlas i både öppen och sluten vård inom somatisk sjukvård, främst internmedicin och geriatrik. Detta visas av följande exempel från olika LUPP-material (tabellerna 4.8, 4.9 och 4.10).

Tabell 4.8 Sätt på vilket patienten kommit till den psykiatriska öppenvården. Procent

	Eskilstuna		Ronneby		
	n=1782	n=1695	n=410	n=142	n=379
	nyb -88	nyb -89	1987	1988	1989
Söker själv	48	49	55	41	71
Anhörig/bekant	9	7	13	16	6
Annan psyk org	3	3	1	4	3
Primärvården	9	10	17	19	6
Annan somat vård	19	20	–	11	6
Socialtjänst	3	4	3	1	2
Annat sätt	7	8	10	7	6

Tabell 4.9 Sätt på vilket patienten kommit till den psykiatriska öppenvården. Procent

	Halland n=2330 1989	n=2483 1986	Kalmar n=1258 1987	n=1390 1988	HVP n=1380 1985/86
Söker själv	52	60	44	46	39
Anhörig/bekant	7	10	10	13	5
Annan psyk org	5	3	2	3	17
Primärvården	11	9	15	14	3
Annan somat vård	9	8	12	14	4
Socialtjänst	1	0	0	1	5
Annat sätt	15	10	16	11	25

Tabell 4.10 Sätt på vilket patienten kommit till den psykiatriska öppenvården. Procent

	Mark-Svenljunga n=364 1988	n=333 1989	Eksjö-Nässj n=774 1989	Västmanl n=1685 nyb -90
Söker själv	1	1	37	47
Anhörig/bekant	–	–	8	5
Annan psyk org	21	24	6	21
Primärvården	32	32	17	14
Annan somat vård	17	21	17	12
Socialtjänst	–	–	2	2
Annat sätt	30	20	11	–

Socialtjänsten önskar ett bättre samarbete kring många av sina klienter men ändå visar uppgifter från olika LUPP-studier att det bara är några procent av de patienter som hänvisas till psykiatrin som kommer från socialtjänsten.

Från socialtjänstens sida framhåller man ofta att psykiatrin inte tar sitt ansvar då det gäller psykiskt svårt störda missbrukare. Denna grupp har uppskattats till 50–100 per 100 000 invånare. Sannolikt gäller den högre siffran för storstadsområdena och den lägre för de övriga landstingen.

Vårdefterfrågan är nära sammanhängande med vårdbehovet. LUPP-studier visar (se tabellerna 4.8, 4.9 och 4.10) att tillflödet till psykiatrin ser olika ut i olika delar av landet. I vissa områden söker hälften till tre fjärdedelar av patienterna själva eller tillsammans med anhöriga. I andra områden kommer majoriteten av patienterna på remiss från annan hälso- och sjukvård men i inget av de studerade områdena kommer mer än en tredjedel från primärvården.

På många håll genomförs nu valfrihet för patienten att söka vård sam-

tidigt som den psykiatriska vårdorganisationen har byggts upp med ett befolkningsansvar. På andra håll planeras för hus- eller familjeläkare som skall svara för patientens första kontakt med sjukvården.

Vårdefterfrågan i psykiatrisk vård är beroende av om patienten ges rätt att söka själv eller om patienten skall passera ett "primärvårdsfilter" i någon form. Den är beroende av hur tillgänglig den psykiatriska vården är och vilken avgränsning av psykiatrins ansvar som beslutas. Vårdefterfrågan sammanhänger också med patienttillfredsställelse. Upplever patienten sig få bra hjälp och den hjälp och det stöd han önskar bidrar detta naturligtvis till efterfrågan.

Utifrån den modell som presenterades i inledningskapitlet finner man att begreppen vårdbehov och vårdefterfrågan utgör en komplicerad fråga när det gäller psykiatriska patienters situation, i synnerhet de långtidssjukas. Den psykiatriska vårdens uppgift måste vara att genom en för vårdinnehållet optimal organisation åstadkomma så hög grad av måluppfyllelse som möjligt med hänsyn till de vårdbehov som föreligger hos befolkningen.

I den psykiatriska vårdorganisationens strävan att utnyttja sina resurser effektivt bör således kartläggningar av vårdbehoven i den avgränsade befolkning man har att betjäna vara av primär betydelse. I praktiken är det generellt ovanligt att befolkningsrelaterade behovsundersökningar genomförts. Undantag gäller för avgränsade grupper, där behovsinventeringar t.ex. genomförts i samband med planering för utskrivning av långtidsvårdade från institution till eget eller skyddat boende. Det vanligaste sättet att lokalt skaffa sig en uppfattning om vårdbehoven är att kartlägga vårdefterfrågan.

I en ännu inte publicerad enkätundersökning bland den vuxna befolkningen i Västmanlands och Uppsala län föreligger resultat som indikerar en differens mellan psykiatriska vårdbehov och efterfrågan på psykiatrisk och annan vård. Utifrån en självskattningsskala för ångest- och depressionssymtom bedömdes ca 10 % av de svarande (117 av 1114) ha symtom i sådan omfattning att de var i behov av psykiatrisk hjälp. Av dessa ansåg en tredjedel att de hade psykiska besvär som de behövde hjälp för, en tredjedel att de inte hade sådana besvär och en tredjedel angav att de inte visste.

Knappt 40 % (45 personer) av dem som hade så höga symtompoäng att de bedömdes vara i behov av psykiatrisk hjälp uppgav att de sökt hjälp för sina psykiska besvär, vilket är en högre andel än bland de med lägre symtompoäng. Av dessa 45 personer hade ca två tredjedelar sökt psykiatrisk mottagning, ca en femtedel vardera distriktsläkarmottagning och/eller privatpraktiserande läkare/psykolog och/eller ca en tiondel sökt läkare på somatiskt sjukhus. Vidare hade 20–25 % av dessa personer vänt sig till anhöriga respektive vänner med sina problem. Flera av dem hade alltså sökt hjälp och stöd på flera håll.

Av dem som hade höga symtompoäng uppgav tre fjärdedelar att de inte sökt psykiatrisk mottagning. Dessa hade också i mycket ringa omfattning sökt hjälp hos distriktsläkare, privatpraktiserande läkare/terapeut eller vid somatiskt sjukhus. I något större utsträckning hade man vänt sig till

anhöriga och vänner med sina problem. Nästan 60 % av dem som bedömdes vara i behov av psykiatrisk hjälp uppgav att de över huvud taget inte sökt hjälp för sina besvär.

Vid de flesta psykiska störningar beror individens aktuella tillstånd på ett komplext samspel mellan medicinskt/biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Detta samspel blir än mer känsligt i samband med de psykotiskt långtidssjukas situation. En ensamboende psykotisk person kan under helgtid t.ex. gå in i ett fördjupat förvirringstillstånd och bli ett fall för jouromhändertagande och inläggning på klinik. Många gånger kan en sådan situation emellertid lugna ner sig och redas upp utan sjukhusbesök genom en mänsklig/social kontakt med någon som den sjuke känner. Hembesök från primärvård, socialtjänst eller från en kamratstödjande patientorganisations sida vittnar om detta. Trycket och efterfrågan på den psykiatriska vårdorganisationen varierar avsevärt med hur kringliggande resurser och stöd finns tillgängligt.

Utformningen av den psykiatriska vårdorganisationen är av stor betydelse för tillgängligheten. Vissa uppgifter talar för att kontinuiteten är god i kontakten med dem som psykiatrin tar ansvar för men att tillgängligheten inte är så bra för dem som så att säga ännu inte blivit accepterade som sektorns patienter.

För detta talar att man i mer än hälften av sektorerna har en till sjukhus centraliserad jourverksamhet och ingen akutverksamhet på mottagningarna. Detta är vanligast på de stora orterna där de stora sjukhusen alltjämt utgör centrum för sektorernas aktiviteter. En bättre tillgänglighet även i akuta situationer är önskvärd och måste räknas till kriterierna för god vårdkvalitet ur befolkningsperspektiv och för att tillfredsställa vårdefterfrågan.

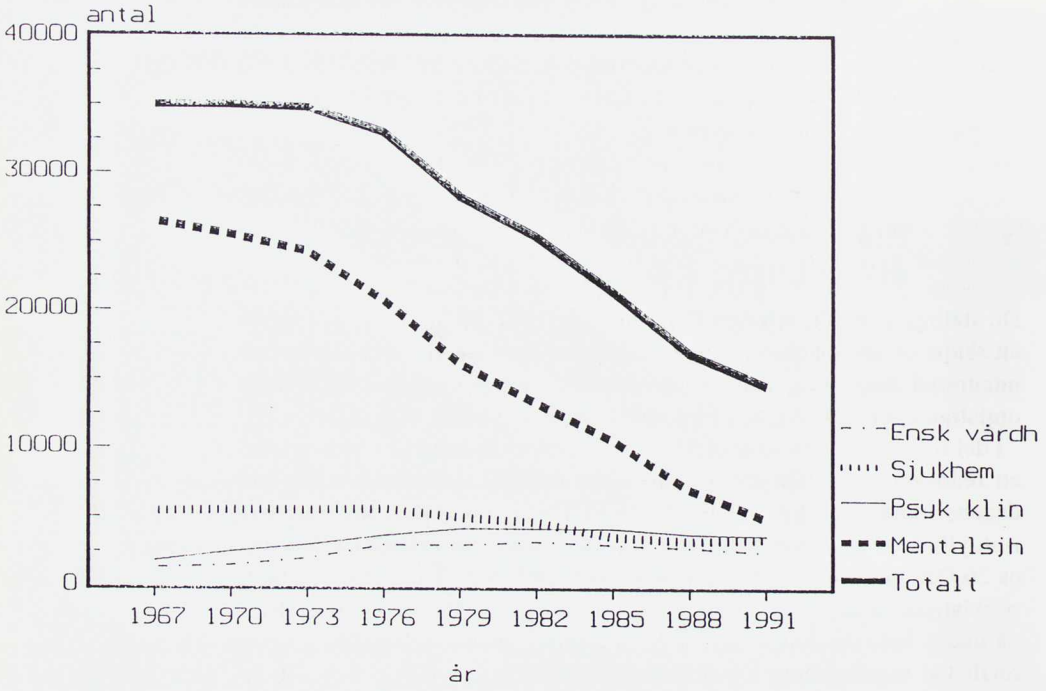
5 Den psykiatriska vårdens organisation och resurser

5.1 Från mentalsjukhus till sektorisering – utvecklingen 1967 till 1991

De statliga mentalsjukhusen överfördes år 1967 till landstingen i avsikt att skapa en sammanhållen psykiatrisk vårdorganisation som skulle vara integrerad med övrig hälso- och sjukvård. Sedan dess har det skett en omfattande utveckling och förändring av den svenska psykiatrin.

I det följande ges en översiktlig bild av den förändring som skett genom att redovisa vissa data om förhållandena år 1967 och jämföra dem med dagens situation. Figur 5.1 illustrerar den påtagliga minskning som skett i utnyttjandet av sluten psykiatrisk vård. I slutet av 1960-talet vårdades ca 26 000 patienter på mentalsjukhus och omkring 35 000 totalt i sluten psykiatrisk vård. Tjugofem år senare – vid en inventering i mars 1991 – vårdades bara ca 5 000 patienter på mentalsjukhus av de 14 500 som totalt var inneliggande för psykiatrisk vård.

Figur 5.1 Inneliggande patienter i psykiatrisk vård vid inventeringar vissa år 1967–1991



Den minskning av institutionsvården som genomförts har haft som mål att avskaffa de gamla segregerade mentalsjukhusen och överföra den slutna psykiatriska vården till dels akutsjukhusen (lasaretten) för korttidsvård, dels decentraliserade, hemlika små vårdenheter för längre tids vård. Avvecklingen av institutionsvården har skett i varierande takt i olika delar av landet. Om man jämför den inventering av sluten psykiatrisk vård som gjordes i mars 1979 med den som genomfördes i mars 1991 framkommer det att Göteborgs stad och landstinget i Kristianstads län har minskat sin psykiatriska vårdorganisation minst av alla sjukvårdshuvudmän. Förändringen och avvecklingen av institutionsvård har däremot varit påtaglig i Södermanland, Blekinge, Dalarna och Västerbotten.

Som närmare framkommer i kapitel 6 om vårdutnyttjande finns det stora organisatoriska skillnader mellan landstingen. I Göteborg utgjorde patienter med missbruks- eller demensdiagnos 37 % av de inneliggande vid inventeringen år 1979 och denna andel har år 1991 ökat till 47 % medan den i landet i övrigt minskat kraftigt. Detta är huvudskälet till att Göteborg år 1991 har den relativt största slutenvårdsorganisationen, vilket bl.a. illustreras av figur 6.8.

Antalet vårdtillfällen i sluten psykiatrisk vård har också ökat från 48 200 år 1962 till omkring 119 000 år 1979 för att under 1980-talet stabiliseras kring 110 000 vårdtillfällen per år. Det ökande antalet vårdtillfällen och minskande antalet vårdplatser är naturligtvis ett uttryck för allt kortare vårdtider. I synnerhet under 1970-talet ökade andelen vårdtillfällen för missbrukare men denna andel har minskat under 1980-talet. Andelen patienter med åldersbetingade psykiska sjukdomar har minskat kraftigt vid inventeringarna under 1980-talet.

Ansvaret för missbrukarnas rehabilitering har i ökad utsträckning kommit att ligga på kommunerna medan vården av de åldersdementa överförts till den somatiska långtidsvården och primärvårdens sjukhem samt på senare tid även till gruppboende i kommunerna. I detta avseende har utvecklingen i Göteborg och några landsting varit avvikande.

Som närmare redovisas i nästa kapitel vårdas alltjämt hos vissa sjukvårdshuvudmän ett ganska stort antal patienter med åldersdemenser och missbruksdiagnoser inom psykiatrin. Vårdorganisationens utformning påverkar vårdutnyttjandet inom psykiatrin och därmed avgränsningen av psykiatrins ansvarsområde.

I en jämförelse mellan två landsting, Västmanland och Uppsala, (Socialstyrelsen 1984) restes frågan om de påvisbart större psykiatriska vårdresurserna i Uppsala kunde förklara det högre slutenvårdsutnyttjandet där i förhållande till Västmanland. En inledande genomgång av eventuella skillnader mellan psykiatriska vårdbehov mellan länen hade snarast pekat på väsentliga likheter avseende den psykiatriska sjukligheten.

Studien fokuserades främst på demens- och alkoholdiagnoser där det visade sig att skillnaderna var störst mellan länen. Det lägre vårdutnyttjadet i Västmanland kunde förklaras med att somatisk korttidsvård, somatisk långtidsvård och socialtjänst i väsentligt högre grad togs i anspråk i Västmanland. Patienter med demens- och alkoholdiagnos i Uppsala fick däremot sin slutenvård inom psykiatrin. De kommunicerande system som psykiatri och somatisk vård och psykiatri och socialtjänst i dessa fall utgjorde avsåg slutenvårdsutnyttjande men mycket talar för att fenomenet också gäller psykiatrisk öppenvård visavi utbud hos vårdgrannar.

Som figur 5.1 visar vårdades under 1980-talet i storleksordningen 2 500 till 3 000 patienter på enskilda vårdhem. För många av dessa är denna vård en form av kollektivt boende. Eftersom de enskilda vårdhemmen ligger anhopade i vissa områden av landet långt från storstäderna leder det till att många av patienterna på dessa hem vårdas utanför det landstingsområde där de hör hemma och långt från hemorten. De har ofta vårdats i mycket långa tider och är bortglömda av sin hemorts psykiatriska vård.

En rest från den gamla mentalsjukhustiden utgör även den särskilt anordnade familjevården, som alltjämt omfattar nära 500 patienter. Stockholms läns landsting svarar för två tredjedelar av dessa patienter men Göteborg, Malmö och landstinget i Uppsala län har också relativt många patienter i familjevård.

Vid landstingsövertagandet år 1967 fanns det 22 statliga mentalsjukhus.

Dessutom fanns det 2 landstingskommunala och 4 kommunala mentalsjukhus. Enligt sinnessjuklagen skedde all tvångsvård vid mentalsjukhusen. I anslutning till mentalsjukhusen bedrevs en begränsad öppen vård bl.a. i form av den till sjukhusen knutna hjälpverksamhetsorganisationen, som svarade för uppföljning av försöksutskrivna patienter. I landstingsregi fanns det vid samma tidpunkt 27 psykiatriska kliniker vid lasaretten. Här vårdades patienterna vanligen för depressioner och neurotiska störningar under relativt korta vårdtider. Vid många av lasarettsklinikerna fanns en betydande öppenvårdsverksamhet. Vidare drev de flesta landsting sjukhem för långvarigt psykiskt sjuka som inte behövde vård på mentalsjukhus men ansågs inte kunna klara sig på egen hand i samhället.

Under 1970- och 1980-talen har en omfattande organisatorisk förändring genomförts av den psykiatriska vårdorganisationen. En strävan har varit att integrera de tidigare fristående mentalsjukhusen, sjukhemmen och lasarettsklinikerna samt att i ökad grad inrikta den psykiatriska vården mot en decentraliserad öppenvård. I denna strävan mot en s.k. sektorisering har även ingått en ökad samverkan med vårdgrannar såsom primärvård och socialtjänst. En grundidé har varit att den sektoriserade psykiatriska vårdorganisationen har ett samlat ansvar för all psykiatrisk vård för befolkningen i ett geografiskt avgränsat område = sektorn.

Jämsides med denna organisatoriska förändring har även en omorientering från ett mer begränsat medicinskt synsätt mot en helhetssyn och ett ökat intresse för psykoterapeutiska och socialpsykiatriska metoder skett. Detta har lett till en utveckling av multidisciplinära team bestående av psykiatrer, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och skötare för arbetet med patienterna i synnerhet i öppen vård.

Det förefaller som om alla sjukvårdshuvudmän har genomfört en sektorisering av den allmänpsykiatriska verksamheten i den meningen att det finns en sammanhållen psykiatrisk organisation under en chefsöverläkare/sektors-/klinikchef med ansvar för den psykiatriska öppna vården och vanligen också slutna vården för ett geografiskt avgränsat område. Vissa delar av den slutna vården, i synnerhet den specialiserade verksamheten och långtidsvården, är ofta anordnad sektorsgemensamt. På en del håll har man en komplicerad organisation med en sektoriserad öppen vård och sluten korttidsvård medan intagningsavdelning, långtidsvård, geropsykiatrisk vård och vård av missbrukare är organiserad gemensamt för flera sektorer eller hela länet.

5.2 Inriktning på öppen vård

Enligt vad som rapporterats till Socialstyrelsen finns det våren 1991 114 sektorer med områdesansvar på sätt som beskrivits ovan. Den enkät som sänts ut till den allmänpsykiatriska verksamheten har besvarats av 112 sektors/klinikchefer med områdesansvar och av 32 chefer för sektioner/-enheter med sektorsgemensam funktion. Möjligen fattas från denna typ av enheter svar från två chefer. Det är sektors/klinikcheferna själva som genom sitt svar definierat sig som områdesansvariga. Svarsfrekvensen är således hög. I den mån inte alla ansvariga för självständiga enheter nåtts

av enkäten är underlaget fullt tillräckligt för att bilden av landets psykiatriska vårdorganisation skall vara tillfredsställande.

De upptagningsområden de olika sektorerna svarar för är av varierande storlek och har en befolkning mellan 21 000 och 173 000 invånare. Medianen för befolkningen i sektorernas områden ligger på 70 000 invånare.

Under slutet av 1960- och början av 1970-talen var den psykiatriska öppenvården av ganska begränsad omfattning. Först genom omstruktureringen mot en mer decentraliserad verksamhet utanför sjukhusen och tillkomsten av nya personalkategorier i de multidisciplinära teamen ökade den psykiatriska öppenvården kraftigt. Data saknas dock som i ett riksperspektiv och på ett heltäckande sätt kan belysa kapaciteten i olika verksamheter.

Det finns 375 decentraliserade mottagningar spridda över landet men sammanhållna i sektorsorganisationen. Vissa av mottagningarna är specialiserade med uppgifter som är länsgemensamma eller ibland avsedda för en hel region. Antalet besök år 1990 i öppen psykiatrisk vård i de olika landstingsområdena växlar mellan 8 800 och 47 400 per 100 000 invånare. Genomsnittet för riket är samma år 22 400 besök per 100 000 invånare. Beklagligtvis har inte alla sektorschefer kunnat uppge antalet besök under år 1990 vid sektorns mottagningar. I tabell 5.1 redovisas var mottagningarna i de olika landstingen är lokaliserade samt antalet rapporterade besök år 1990 per 100 000 invånare.

Av tabellen framgår att antalet fristående mottagningar är mycket stort, vilket talar för att det finns en spridning av mottagningar i landstingen till flertalet kommuner och tätorter. Några huvudmän har en koncentration av sina mottagningar till sjukhus, vilket kan tyda på en mer centraliserad modell. Samtidigt vet vi att det i dag finns psykiatrisk sluten vård på mer än hälften av alla landets akutsjukhus, vilket visar att psykiatrin decentraliserats till många av landets mindre sjukhus.

Lokalisering till vårdcentral är inte särskilt vanlig. Sådan lokalisering är vanligast i landstingen i Stockholm, Södermanland, Bohus och Norrbotten medan 11 landsting helt saknar mottagningar på vårdcentraler. En lokalisering av mottagningsverksamheten till vårdcentral skulle kunna underlätta samverkan mellan psykiatrin och primärvården.

Tabell 5.1 Antal psykiatriska mottagningar lokaliserade till sjukhus, vårdcentral eller fristående samt antal öppenvårdsbesök år 1990 per 100 000 invånare efter sjukvårdshuvudman

Sjukvårds-huvudman	Psykiatrisk mottagning sjuk-hus	vård-central	fri-stående	Öppen-vårds-besök per 100 000
Stockholm	23	13	41	27 600
Uppsala	2	2	7	26 100
Södermanland	3	4	4	25 400
Östergötland	3	1	7	18 000
Jönköping	11	1	1	19 000
Kronoberg	3	0	8	16 800
Kalmar	4	1	2	12 000
Gotland	2	0	1	30 000
Blekinge	1	1	6	40 700
Kristianstad	10	1	2	20 200
Malmöhus	11	0	26	32 400
Malmö stad	9	1	2	31 500
Halland	0	0	8	15 600
Bohus	2	6	8	20 200
Göteborg	7	0	24	47 400
Älvsborg	7	1	7	22 200
Skaraborg	3	0	3	8 800
Värmland	1	1	4	20 800
Örebro	4	0	6	23 100
Västmanland	1	2	5	22 100
Dalarna	2	0	10	17 000
Gävleborg	4	0	10	15 500
Västernorrl	8	2	5	13 600
Jämtland	4	0	0	10 800
Västerbotten	4	0	3	26 700
Norrbotten	3	3	3	13 200
Riket	**132**	**40**	**203**	**22 400**

Ett annat sätt att beskriva den psykiatriska öppenvårdsverksamheten är att utgå från de aktiviteter personalen rapporterar. Socialstyrelsen gjorde i januari 1991 en inventering av antalet återbesök (ej akutbesök) under två dagar i psykiatrisk öppen vård. Fördelningen av dessa besök på olika typer av mottagningar, dagsjukvårdsbesök och annan öppenvård (t.ex. hembesök) framgår av tabell 5.2.

Tabell 5.2 Totalantalet besök under två dagar vid olika typer av mottagningar – ÖVI-91

Typ av mottagning	Antal besök	%
Fristående psykiatrisk mottagning	6 987	32
Psyk mottagning samlokaliserad med vårdcentral	1 056	5
Psyk spec mottagning tillhörig primärvården	935	4
Mottagning på sjukhus/psykiatrisk klinik	4 946	22
Återbesök på vårdavdelning	699	3
Annan öppenvårdsverksamhet	2 450	11
Dagsjukvårdsbesök	2 658	12
Övrigt	2 321	10
Summa	**22 052**	**100**
/Bortfall 422/		

Jourverksamheten är alltjämt på de flesta håll anordnad som en centraliserad jour vid ett sjukhus dygnet runt medan någon mer betydande akutverksamhet vid mottagningarna inte förekommer. Denna modell redovisas för 55 % av de områdesansvariga sektorerna. I 23 % anger man att mottagningarna tar emot akutfallen under dagtid men att man på obekväm tid har den centraliserade jouren vid sjukhusen att stödja sig på. Akutverksamhet är viktig för att psykiatrin skall vara tillgänglig för befolkningen. En centraliserad jour motverkar kontinuitet och tillgänglighet för den lokala mottagningen i relation till befolkningen. Den strider också mot närhetsprincipen. Vidare kan man vanligen räkna med att en centraliserad jour sköts av läkare under utbildning, vilket gör att den akut hjälpsökande inte får den kompetenta bedömning som kan behövas i akuta fall. Å andra sidan kan inte en decentraliserad mottagning ha resurser att vara tillgänglig alla tider på dygnet så det gäller att på ett riktigt sätt avväga och avgränsa psykiatrins insatser. Mycket talar dock för att en ökad tillgänglighet på mottagningar kan minska behovet av jourverksamhet på sjukhus under obekväm tid.

Minskningen av den slutna psykiatriska vården och decentraliseringen av verksamheten borde stödjas av dagsjukvård men hela 32 % av sektorerna saknar sådana enheter. Bl.a. i Stockholm och Malmö saknar hälften av sektorerna dagsjukvårdsenheter. Däremot är denna vård väl utbyggd i Göteborg, samt i landstingen i Jönköping, Blekinge, Malmöhus, Halland, Bohus, Älvsborg, Örebro och Västmanland.

När det gäller specialmottagningar tycks det vara vanligt med litiummottagning (53 % av alla områdesansvariga sektorer) och rehabiliteringsteam som finns hos 58 % av sektorerna. På senare tid har man även börjat inrätta särskilda schizofreniteam och sådana finns nu vid en fjärdedel av sektorerna. I några landsting har man organiserat en särskild enhet för de psykiskt långtidssjuka med psykotiska syndrom.

Däremot har man alkoholmottagningar bara vid var fjärde och särskilda narkomanvårdsmottagningar bara vid var tionde sektor. På många håll

finns det specialenheter som är sektorsgemensamma framför allt i de landsting där de områdesansvariga sektorerna saknar särskilda resurser för missbrukarvård.

Det förefaller som om det skett en nedrustning av resurserna för missbrukarvård. När det gäller svårt psykiskt störda missbrukare i behov av långvarig psykiatrisk vård är resurserna allra sämst. Detta problemområde diskuteras mer ingående i kapitel 8.

Endast 22 % av sektorerna har geropsykiatriska team eller motsvarande avdelade resurser för denna funktion. I Stockholm finns geropsykiatriskt team i tre av 23 sektorer medan de två andra storstäderna har goda resurser för detta ändamål. I några landsting finns alltjämt särskilda geropsykiatriska enheter men i 11 landsting saknas specialiserade geropsykiatriska resurser. Detta sammanhänger säkerligen med den utveckling som skett från att psykiatrin svarade för en stor andel av demensvården till att numera åldersdemenserna är föremål för kommunal omsorg. Det är angeläget att den kliniska utredningen av misstänkta demenstillstånd sköts tillfredsställande. På många håll kan detta vara en uppgift för geriatriken men även psykiatrisk kompetens kan behövas. Det bör därför inom den psykiatriska organisationen byggas upp en begränsad men specialiserad kompetens när det gäller geropsykiatri.

I 32 % av sektorerna gör flertalet psykiatrer hembesök åtminstone ibland men i 45 % av sektorerna gör psykiatrer sällan eller bara någon enstaka gång hembesök. Psykologer och/eller kuratorer gör regelbundet hembesök i 23 procent av sektorerna. 51 % av sektorerna har särskilt avdelade skötare eller sjuksköterskor för hembesöksverksamhet.

Till de statliga mentalsjukhusen hörde en hjälpverksamhet som bestod av läkare och sjuksköterskor, vilka följde upp patienterna bl.a. genom hembesöksverksamhet. I samband med de organisatoriska förändringar som skett har vissa sådana verksamheter upphört. De psykiatriska teamen har inriktat sig på psykoterapeutiskt arbete och öppen psykiatrisk mottagningsverksamhet men inte anpassat sig efter sina svårt sjuka patienters behov av uppföljning i hemmiljön. På senare år har dock ånyo rehabiliteringsteam och hembesöksverksamhet börjat byggas upp. Som framgår av ovanstående tycks dock fortfarande inte psykiatrer, psykologer och kuratorer göra hembesök i någon större utsträckning.

42 % av sektorerna anser att resurserna för uppföljning och stöd till långvarigt psykotiska patienter i öppen vård är bristfälliga, vilket talar för att man inte anpassat sina resurser för denna patientkategori.

Vid Socialstyrelsens Aktiva uppföljning i Gävleborgs län och Skånelänen har också framkommit att den psykiatriska organisationen inte alltid känner till och följer upp de långvarigt psykiskt sjuka. På vissa håll har sektorspsykiatrin dålig kännedom om denna patientgrupp inom sin sektor helt enkelt därför att ansvaret för långtidssjuka ligger hos en annan specialiserad enhet i den psykiatriska organisationen.

Det förefaller således vara en angelägen uppgift att organisera sektorns arbete så att psykiatrisk personal kan följa upp och stödja de långvarigt psykiskt sjuka i området såväl i form av dagsjukvårdsaktiviteter, rehabi-

literingsinsatser som hembesöksverksamhet i nära samarbete med socialtjänsten.

5.3 Den slutna vården

Antalet vårdplatser har minskat kraftigt på mentalsjukhusen men flertalet av dessa sjukhus är alltjämt i bruk. Endast några få har definitivt avvecklats. Det vårdas ca 5 000 patienter på mentalsjukhusen vid inventeringen 1991 jämfört med 3 500 på akutsjukhus för somatisk och psykiatrisk vård.

Psykiatrisk korttidsvård, även i form av tvångsvård, sker numera vid hälften av landets alla akutsjukhus (lasarett). Integreringen av den slutna vården har således kommit ganska långt. Samtidigt kan man konstatera att många sektorer alltjämt erbjuder sin befolkning sluten korttidsvård vid fristående mentalsjukhus och att således den slutna psykiatriska vården på många håll alltjämt är segregerad. Fördelningen av korttidsvårdsplatser enligt klinikchefsenkäten framgår av tabell 5.3.

I hela landet finns 30 % av korttidsvårdsplatserna på mentalsjukhus. I 8 landsting (motsvarande) är det mer än hälften av korttidsvårdsplatserna som är lokaliserade till mentalsjukhus, nämligen i Malmö och Göteborg samt i landstingen i Uppsala, Kronoberg, Blekinge, Skaraborg, Gävleborg och Jämtland. I Jämtlands läns landsting har dock förhållandena förändrats sedan inventeringen år 1991 eftersom en nybyggd psykiatrisk klinik vid Östersunds sjukhus har startats hösten 1991. I Blekinge har den gemensamma akutverksamheten flyttat in i lokaler vid lasarettet i Karlskrona. Inom ett antal sektorer i vårt land är alltjämt hela befolkningen hänvisad till sluten psykiatrisk vård på mentalsjukhus, även när det gäller frivillig vård.

I jämförelse med förhållandena för tjugofem år sedan har det skett en enorm och glädjande utveckling då flertalet fall av akuta tvångsvårdstillfällen numera kan genomföras vid ett vanligt akutsjukhus nära hemmet. Psykiatrin har därmed i huvudsak integrerats i övrig hälso- och sjukvård.

Tabell 5.3 Korttidsvårdsplatser på akutsjukhus, fristående enheter och mentalsjukhus enligt klinikchefsenkäten fördelade på sjukvårdshuvudmän samt den relativa andelen vårdplatser på mentalsjukhus

Sjukvårds-huvudman	Akut-sjukhus	Fri-stående enhet	Mental-sjukhus	Procent på mental-sjukhus
Stockholm	740	211	223	19
Uppsala	47	23	149	68
Södermanland	106	–	–	0
Östergötland	150	–	69	32
Jönköping	267	–	–	0
Kronoberg	16	–	57	78
Kalmar	87	6	55	42
Gotland	31	–	–	0
Blekinge	–	12	67	85
Kristianstad	422	–	–	0
Malmöhus	160	12	159	48
Malmö stad	97	–	159	62
Halland	110	–	–	0
Bohus	134	–	41	23
Göteborg	62	–	267	81
Älvsborg	136	–	49	26
Skaraborg	58	–	117	67
Värmland	88	–	5	5
Örebro	62	–	48	44
Västmanland	136	52	–	0
Dalarna	65	–	30	32
Gävleborg	80	15	126	57
Västernorrland	164	8	–	0
Jämtland	29	–	48	62
Västerbotten	111	–	–	0
Norrbotten	141	–	–	0
Riket	**3 499**	**339**	**1 669**	**30**

I tabell 5.4 visas hur vårdplatserna för långtidsvård och rehabilitering är fördelade. Avgränsningen mellan sjukhusanslutna vårdplatser och platser i sjukhem/rehabiliteringshem är oklar och man skall därför inte fästa så stor vikt vid denna uppdelning. I vissa landsting finns långvårdsplatser lokaliserade till akutsjukhus men flertalet sjukhusanslutna långvårdsplatser ligger på mentalsjukhus.

Tabell 5.4 Vårdplatser för långtidsvård och rehabilitering enligt klinikchefsenkäten (gäller såväl områdesansvariga som sektorsgemensamma klinikchefer) efter sjukvårdshuvudman

Sjukvårds-huvudman	Sjukhus långvård	Rehabiliteringshem långv	gerops	dömda	övriga
Stockholm	416	217	204	12	49
Uppsala	97	81	–	12	–
Södermanland	16	44	–	–	–
Östergötland	257	28	16	–	51
Jönköping	100	60	–	–	–
Kronoberg	68	108	–	3	9
Kalmar	111	58	–	–	–
Gotland	30	30	14	–	–
Blekinge	6	28	54	2	–
Kristianstad	251	51	14	–	–
Malmöhus	193	133	30	–	–
Malmö stad	132	–	–	–	6
Halland	88	49	–	–	–
Bohus	–	46	–	2	–
Göteborg	463	26	177	3	10
Älvsborg	49	76	8	15	–
Skaraborg	42	62	42	16	–
Värmland	175	12	–	–	–
Örebro	116	52	30	–	28
Västmanland	31	66	48	–	–
Dalarna	13	26	20	9	–
Gävleborg	76	92	5	–	–
Västernorrl	58	168	52	–	14
Jämtland	55	27	–	–	–
Västerbotten	60	39	–	–	–
Norrbotten	–	89	117	10	–
Riket	**2903**	**1668**	**831**	**84**	**167**

Under senare år har det byggts upp en rad mindre behandlingshem med speciella behandlingsprogram (tabell 5.5). Många av dessa hem har en inriktning på psykoterapi vid schizofreni medan andra har målsättningen att psykoterapeutiskt behandla s.k. borderlinetillstånd. Denna satsning växlar från landsting till landsting. Totalt utgör antalet patienter som vid inventeringen år 1991 vårdas på behandlingshem bara 5 % av samtliga inneliggande.

Tabell 5.5 Vårdplatser på behandlingshem med särskilda behandlingsprogram enligt klinikchefsenkäten (både områdesansvariga och sektorsgemensamma) efter sjukvårdshuvudman

Sjukvårdshuvudman	Behandlingshemsplatser för personlighetsstörda	psykotiska patienter	övriga
Stockholm	–	126	4
Uppsala	–	11	–
Södermanland	8	27	–
Östergötland	–	30	–
Jönköping	–	–	–
Kronoberg	8	16	18
Kalmar	–	5	–
Gotland	–	14	–
Blekinge	–	16	–
Kristianstad	–	–	–
Malmöhus	–	37	–
Malmö stad	–	18	–
Halland	–	8	–
Bohus	–	25	–
Göteborg	6	5	37
Älvsborg	1	1	–
Skaraborg	–	16	–
Värmland	12	21	12
Örebro	10	16	–
Västmanland	–	80	–
Dalarna	22	6	10
Gävleborg	–	6	–
Västernorrland	–	8	–
Jämtland	–	6	11
Västerbotten	1	26	11
Norrbotten	10	22	–
Riket	**78**	**546**	**103**

Även om sektors/klinikcheferna sannolikt har olika definitioner på behandlingshem och det kan vara förklaringen till skillnader mellan olika landsting i antalet behandlingshemsplatser talar uppgifterna som lämnats för att flertalet huvudmän byggt upp särskilda behandlingshem. Det är känt från Socialstyrelsens tidigare enkät angående enheter för psykoterapeutisk behandling av psykospatienter (Socialstyrelsen 1989) att rätt många sådana tillkommit under senare delen av 1980-talet.

Följande landsting har enligt klinikchefsenkäten inga eller färre platser än förväntat på särskilda behandlingshem: Uppsala, Jönköping, Kalmar, Kristianstad, Halland, Älvsborg, Gävleborg och Västernorrland.

22 % av Stockholms läns landstings patienter (684 patienter) vårdas på enskilda vårdhem vid inventeringen år 1991 och 85 % av dem finns på hem utom länet, ofta belägna långt ifrån Stockholm. Även Göteborg och

Malmö vårdar 12 respektive 21 % av sina patienter på enskilda vårdhem utanför hemorten men då vanligen i grannlänen.

Många andra landsting vårdar patienter på enskilda vårdhem främst inom det egna länet. Då finns det större möjlighet att vården kan ske i kontinuitet i form av en vårdkedja sammanhängande med den offentliga psykiatriska vårdorganisationen. I landstinget i Jönköping vårdas 43 % av alla patienter vid inventeringen år 1991 i enskilda vårdhem, i Kronoberg 27 %, i Kristianstad 30 %, i Halland 26 % och i Älvsborg 19 %. I norrlandslandstingen vårdas knappast någon i enskilda vårdhem.

5.4 Primärvårdspsykiatri

Några vårdpolitiska skäl skall särskilt framhållas till att uppbyggnaden av en primärvårdsorganisation kom till. En stor del av de sjukdomar och besvär befolkningen söker hjälp för är av lindrigare karaktär eller kan behandlas enligt väl etablerad medicinsk praxis. De fordrar inte insatser från sjukhusens specialistkliniker. Vårdcentralernas större närhet till befolkningen skapar en tillgänglighet till medicinsk bedömning och behandling som har ett värde i sig. Möjligheten att tidigt upptäcka och behandla sjukdomstillstånd ökar när de avlägsna storsjukhusens anonymitet i akutvården och långa väntelistor på mottagning ersätts med vårdcentraler i bostadscentra. I utvecklingen av allmänmedicinen som specialitet ligger vidare att det medicinska ställningstagandet skall grundas på en helhetssyn på patienten där samhälls- och miljömedicinska, sociala, familjemässiga och psykiska faktorer vägs in. Detta gäller i såväl diagnostik som behandling och i det förebyggande arbetet.

För primärvården gäller således att totalansvaret omfattar befolkningens hela hälsa, både den fysiska och den psykiska. Under det decennium primärvården varit under uppbyggnad har samtidigt den psykiatriska vården decentraliserats. Ambitionen från psykiatrins sida att med en utvecklad sektorsorganisation nå ut till befolkningen med fristående mottagningar har tillkommit parallellt både i tiden och geografiskt med tillkomsten av vårdcentraler. På en del håll har samlokalisering av mottagningslokaler medvetet eftersträvats. Tanken om ett nära samarbete psykiatri och primärvård har varit skälet härtill. En given gräns för den här typen av nära lokalmässig samordning sätts emellertid av det faktum att de psykiatriska mottagningarna vanligen betjänar 30–50 000 invånare medan den enskilda vårdcentralen oftast har ett väsentligt mindre befolkningsunderlag. Därför täcker de psykiatriska sektorerna ofta in flera primärvårdsområden.

En följd av att psykiatrin ungefär samtidigt med primärvården blivit tillgänglig ute i samhället är att det sannolikt påverkat primärvårdens beredskap och inställning till att arbeta med mer renodlade psykiatriska frågeställningar. I sin strävan att under en uppbyggnadsfas kraftsamla resurserna har primärvården på de flesta håll givit företräde för de somatiska och i viss utsträckning de socialmedicinska vårdbehoven. Den omfattning i vilken man hänvisat vidare till den specialiserade psykiatrin varierar stort. Som huvudtendens i den hittillsvarande situationen kan

man påstå att primärvården långt ifrån utvecklat det totala ansvar som ligger i att betjäna befolkningens såväl fysiska som psykiska hälsa. Sådana begrepp som "baspsykiatri" eller "primärvårdspsykiatri" har inte något för alla berörda parter definierat innehåll.

Studier av förändringar i vårdutnyttjandet i Nacka-Värmdö psykiatriska sektor tyder på att när primärvården byggs ut så minskar högst avsevärt andelen lättare psykiska störningar i den psykiatriska specialistvården. Primärvården tar ansvar för psykiska störningar av lättare art medan psykiatrin svarar för de psykiskt långtidssjuka och patienter med psykotiska tillstånd. Andra undersökningar visar dock att många psykiskt långtidssjuka enbart har kontakt med primärvården och då främst distriktssköterskorna ofta i samarbete med hemtjänsten. Det är inte förenligt med god vård att långvarig behandling med depåneuroleptika genomförs utan att biverkningsmönster och doseringsnivå följs och kontrolleras av psykiatrisk specialist.

I Socialstyrelsens inventering av öppen psykiatrisk vård år 1991 visade sig en fjärdedel av patienterna som var aktuella i psykiatrin samtidigt ha en pågående kontakt med primärvården. Det är därför ytterst viktigt att ett bättre samarbete kring de enskilda patienterna utvecklas mellan primärvård och psykiatri.

5.4.1 Avgränsning psykiatri-primärvård – ett specialistuttalande

En arbetsgrupp för samarbete psykiater-allmänläkare bestående av företrädare för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin utarbetade år 1982 en kortfattad rapport, som bl.a. berör avgränsningsfrågor. Med stor försiktighet vad gäller att ge detaljerade rekommendationer hänvisar man de konkreta frågorna om vilka patienter som skall skötas i respektive organisation till beslut på lokal nivå.

Följande utgör exempel på sjukdomstillstånd och behandlingsformer som sektorspsykiatri och primärvård lokalt kan komma överens om att de skall handhas av primärvården är: *affektiva tillstånd* där en psykiater (inom den specialiserade psykiatrin) tagit ställning till långtidsbehandling och primärvården fullföljer behandlingen, *patienter med depåneuroleptika* som efter psykiaterns indikationsställning överlämnas till fortsatt vård hos distriktsläkare/distriktssköterska. *Kristillstånd* där psykiatrisk konsulthjälp vid behov skall kunna erhållas. För patienter med självmordsrisk anges att psykiatern har ett speciellt ansvar.

På ett annat stort område, vården av missbrukare, inskränker sig arbetsgruppen till att fastslå att primärvård, psykiatrisk vård och socialtjänst har ett delat ansvar.

Vagt och delvis motsägelsefullt blir arbetsgruppens ställningstagande till hur patienten i normalfallet skall få tillgång till vården. Det slås å ena sidan fast att den huvudsakliga kontaktvägen till psykiatrisk specialistvård bör vara remiss eller hänvisning från primärvården samtidigt som det även skall finnas möjlighet för befolkningen att vända sig direkt till

en psykiatrisk mottagning. I sina sammanfattande riktlinjer anger arbetsgruppen å andra sidan "– att det primära sjukvårdsansvaret skall ligga på primärvården, som också svarar för selekteringsarbetet och den uppsökande verksamheten".

5.4.2 Psykiatri i primärvården

I ett par landsting har man medvetet satsat på att förlägga psykiatriska specialistresurser till primärvårdens organisation. Det gäller t.ex. Kalmar och norra Halland. Syftet är att människor vars psykiska problem lämpar sig för bedömning och behandling i öppen vård skall kunna få det lokalt utan att behöva vända sig till länssjukvården. När specialistläkare i psykiatri inte ingått i dessa team i primärvården är det sannolikt att det framför allt är människor med lättare psykiatriska tillstånd som ges hjälp.

I Kalmar läns landsting och i norra Halland har man speciella psykiatriska öppenvårdsteam som hör till primärvårdsorganisationen men samtidigt verkar i nära samarbete med den psykiatriska organisationen vid länssjukhusen. Det förefaller som dessa team skulle fungera bra både i samarbete med den övriga primärvården och med den slutenvårdsbaserade psykiatrin.

Ett landsting som haft en stark utveckling av sin primärvårdsorganisation är Skaraborg. Tidigt har man där också uppmärksammat och satsat på arbetet med psykisk ohälsa på primärvårdsnivå. Basresursen utgör distriktsläkare och distriktssköterskor. Men även specialinriktade psykosociala resurser i form av psykologer och kuratorer har integrerats i primärvårdsteamen. Dagvård, träningslägenheter och olika former av stödboende ingår i primärvårdens program för rehabilitering med psykiatrisk inriktning.

Till de typer av psykiska problem och störningar som självständigt tas om hand i primärvården eller med konsult- och handledningsstöd från länssjukvårdens psykiatri hör: psykiska reaktioner på yttre påfrestningar av social eller psykologisk natur, kristillstånd, melankoliska depressioner och psykosomatiska sjukdomar. Patienter med psykosdiagnos som inte fordrar akut slutenvård eller vård på kvalificerat behandlingshem ges psykosociala stöd- och behandlingsinsatser av psykiatrisk teampersonal som med undantag av specialistpsykiatern organisatoriskt tillhör primärvården.

Utmärkande för skaraborgsmodellen är att basala psykiatriska vårduppgifter tas om hand i primärvården, vilket också innefattar ett kommuninriktat förebyggande psykiskt hälsoarbete. Resurser för detta har tillskapats på vårdcentralnivå och det är först när länssjukvårdens specialistkompetens behövs som en remittering eller konsultation sker.

Den specialistpsykiatriska organisationen i Skaraborg är ganska slutenvårdsinriktad och har bristfälliga öppenvårdsresurser. Detta försvårar ett bra samarbete med de psykiatriska personalgrupper som finns i primärvårdsorganisationen. Från psykiatrins sida upplever man därför ganska stora problem och anser sig ha svårt att på ett tillfredsställande sätt kunna svara för vården av enskilda patienter. Man har helt enkelt inte tillgång

till en sammanhängande vårdkedja och har inte heller något egentligt sektorsansvar för befolkningens behov av psykiatriska insatser.

I Jämtlands län som är ett stort glesbygdslän är all specialistpsykiatri lokaliserad i Östersund. Utskrivning från Frösö sjukhus av psykiskt långtidssjuka som hade sina hemortskommuner i genomsnitt på 20 mils avstånd från sjukhuset nödvändiggjorde ett lokalt utvecklingsarbete för rehabilitering, omvårdnad och omsorg. Basen är därvid primärvård och socialtjänst.

I Strömsunds och Härjedalens kommuner etablerades Risslan-projektet resp Ringen-gruppen bestående av skötare och vårdbiträden. Arbetsledare är distriktssköterska respektive hemtjänstassistent. Dessa ingår i sin tur i en lokal vårdplaneringsgrupp. Konkreta verksamheter har utvecklats för att stödja en definierad grupp av psykiskt handikappade som utifrån ett eget boende har betydande svårigheter eller brister i sin förmåga till normalt socialt liv. Genomförda utvärderingar pekar på att de långtidssjukas livskvalitet kunnat höjas och att återinläggningarna vid Frösöklinikerna klart kunnat minskas.

För gruppen psykiskt långtidssjuka har de positiva erfarenheterna i båda projekten lett till att motsvarande verksamheter även planeras för övriga kommuner inkl Östersund. Det praktiska arbetet har också visat att målgruppen psykiskt handikappade lokalt är större än man faktiskt från början kommit i kontakt med.

Vad som i det här sammanhanget måste beskrivas som en lokal psykiatrisk basresurs för en delgrupp i det psykiatriska vårdområdet har emellertid lett över till tankar om ett nästa steg i primärvårdens utveckling. Härvid skulle kompetens och resurser tillförsäkras primärvården för diagnostik och behandling avseende familjearbete, krisbearbetning, psykosomatik m.m.

5.5 Personal

Personalens dimensionering och kompetensfrågor har stått i centrum under 1980-talets utveckling av den psykiatriska vården. Socialstyrelsen har på ett samlat sätt redovisat dessa frågor i en rapport år 1985 där bl.a. prognoser gjorts för behov av personal under 1990-talet. Dessa visas i sammanfattning i tabell 5.5.

Tabell 5.5 Beräknat antal årsarbeten inom psykiatrisk vård år 1983 och 1995–2000

Personalkategori	År 1983	1995–2000	Förändr antal	1983–2000 procent
Läkare	1 550	2 500	+ 950	+ 60
Psykologer	800	1 600	+ 800	+ 100
Kuratorer	800	1 300	+ 500	+ 60
Arbetsterapeuter	300	900	+ 600	+ 200
Sjukgymnaster	150	400	+ 250	+ 165
Sjuksköt/1:e sköt[1]	5 500	6 500	+ 1 000	+ 20
Skötare[2]	25 000	18 500	- 6 500	- 25
Förvaltn o administr	6 400	6 400	0	0
Ekonomi, teknisk etc.	9 100	4 300	- 4 800	- 55
Totalt	**49 600**	**42 400**	**- 7 200**	**- 15**

[1] Inom gruppen beräknas ske en omfördelning från 4 000 sjuksköterskor 1983 till att på sikt nästan hela gruppen utgörs av sjuksköterskor.

[2] Inom gruppen kan finnas personal med annan kompetens som behandlingsassistenter, socialpedagoger m.fl.

I LKELP 1991 sägs att omstruktureringen av den psykiatriska vården inte lett till någon personalminskning. Antalet befattningar inom den psykiatriska vården anges vara 28 300 år 1990 jämfört med 28 200 år 1983. Den sistnämnda uppgiften stämmer inte med de data som anges i tabell 5.5. Uppenbart har man inte räknat med all den kringpersonal som funnits på mentalsjukhusen. Den kraftiga minskningen av vårdplatserna på mentalsjukhusen måste ha lett till en minskning av dessa personalgrupper. I tabell 5.5 är dessutom inräknat även personalen på enskilda vårdhem.

Det uppges vidare i LKELP att det 1990 inom psykiatrisk vård finns ca 5 200 befattningar som sjuksköterskor. Därtill finns det 1 300 förste skötare- och 15 600 skötarebefattningar. Om dessa uppgifter är riktiga har det skett en påtaglig omstrukturering av personalen inom psykiatrin under 1980-talet.

Under alla år har psykiaterbristen utgjort ett problem. Trots att antalet läkare inom hälso- och sjukvården ökat kraftigt och därmed även antalet psykiatrer kvarstår på många håll i vårt land rekryteringssvårigheter när det gäller psykiatrer. Den bristande tillgången försvårar på många sätt verksamheten.

I tabell 5.6 visas hur antalet befattningar för psykiatrer (förutom de vakanta) per 100 000 invånare fördelar sig på de olika landstingen och samtidigt hur utvecklingen av tillgången till läkare för dessa befattningar varit under 1980-talet. Tabellen visar att antalet läkare på befattningar för psykiatrer totalt ökat med 70 % under 1980-talet och att det finns en större andel i Stockholm, Uppsala, Göteborg och Malmö-områdena än i övriga landet. Det tycks också ha skett en viss ökning av antalet psykiat-

rer i många landsting utanför storstäderna och så även i norrlandslandstingen. Alltjämt är dock psykiatertillgången regionalt snedfördelad. Se också Bilaga 1, tabell 1:1 som ger Socialstyrelsens statistik över läkarbemanningen åren 1985 och 1989.

År 1989 fanns 1 207 inrättade befattningar för specialister i allmän psykiatri men av dessa var vid mättillfället 203 befattningar vakanta. Ca 1 000 läkare var således verksamma på befattningar för specialister inom landstingspsykiatrin. I september 1989 fanns det 903 specialister i psykiatri anställda i landstingen och de landstingsfria kommunerna. Ytterligare ca 100 läkare utan vidareutbildning tjänstgjorde således på psykiaterbefattningar.

Därtill var ca 250 psykiatrer verksamma som privatläkare men av dessa bara omkring 100 på heltid, vilket innebär att de hade minst 1 000 besök per år.

Klinikchefsenkäten redovisar antalet psykiatrer inom sektorerna omräknat till heltidsarbetande. Det rapporterade antalet är ca 850. Sannolikt förklaras skillnaden mellan 850 och 900 med att alla sektorer och enheter inte svarat på enkäten och med att en del psykiatrer tjänstgör på deltid eller är lediga vid tiden för enkäten. Fördelningen av psykiatrer enligt klinikchefsenkäten på de olika sjukvårdshuvudmännen framgår av tabell 5.7.

Av sektorerna anser 60 % att det är svårt att rekrytera psykiatrer. Det är egentligen bara i Stockholm-Uppsala-Södermanland samt i Göteborgsområdet som man inte har rekryteringssvårigheter.

Klinikchefsenkäten visar att antalet verksamma psykiatrer är mycket stort i de sektorskliniker som har akademisk anknytning. Detta förklaras uppenbarligen inte endast av antalet universitetsanställda psykiatrer. Vid dessa kliniker finns dessutom ett antal psykiatrer som troligen främst arbetar med forskningsuppgifter men är anställda inom sjukvården.

Tabell 5.6 Inrättade befattningar för specialister i allmän psykiatri exklusive vakanser per 100 000 invånare fördelade på landsting åren 1979, 1985 och 1989

Sjukvårdshuvudman	1979	1985	1989
Stockholm	11	17	20
Uppsala	13	18	17
Södermanland	6	8	9
Östergötland	6	6	8
Jönköping	5	6	6
Kronoberg	6	6	7
Kalmar	7	7	7
Gotland	7	7	5
Blekinge	3	7	7
Kristianstad	8	10	9
Malmöhus	13	15	16
Malmö stad	11	15	20
Halland	5	6	5
Bohus	10	12	11
Göteborg	16	23	25
Älvsborg	6	4	5
Skaraborg	6	5	6
Värmland	3	5	7
Örebro	7	7	8
Västmanland	5	5	7
Dalarna	6	8	9
Gävleborg	3	6	9
Västernorrl	6	6	5
Jämtland	4	4	4
Västerbotten	7	8	8
Norrbotten	4	5	6
Riket	**7**	**11**	**12**

Tabell 5.7 Antal psykiatrer, psykologer och kuratorer per 100 000 invånare enligt klinikchefsenkäten fördelade på sjukvårdshuvudmän

Sjukvårdshuvudman	Psykiatrer	Psykologer	Kuratorer
Stockholm	15	10	12
Uppsala	16	10	14
Södermanland	8	12	9
Östergötland	6	5	6
Jönköping	5	7	8
Kronoberg	7	9	8
Kalmar	6	7	6
Gotland	5	5	9
Blekinge	8	7	6
Kristianstad	10	11	12
Malmöhus	10	8	9
Malmö	12	7	9
Halland	7	7	6
Bohus	14	11	10
Göteborg	15	9	13
Älvsborg	5	9	3
Skaraborg	5	8	6
Värmland	6	7	8
Örebro	7	9	11
Västmanland	9	10	9
Dalarna	9	8	8
Gävleborg	6	10	9
Västernorrland	7	8	7
Jämtland	7	7	7
Västerbotten	9	11	11
Norrbotten	6	8	6
Riket	10	9	9

Det är anmärkningsvärt att en så stor andel av psykiatrerna alltjämt är bundna till den slutna vården. I klinikchefsenkäten ombads man att ange hur stor andel av psykiatrerna som är verksamma i sluten respektive öppen vård. Beträffande psykiatrer som är verksamma i båda funktionerna efterfrågades den ungefärliga procentuella fördelningen av arbetstiden mellan dessa funktioner. I följande landsting avsätter psykiatrerna 60 % eller mer av sin arbetstid till öppen vård enligt uppgift i enkäten: Södermanland, Kronoberg, Blekinge, Malmöhus, Halland, Älvsborg, Västmanland, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten. I dessa landsting är tillgången till psykiatrer genomsnittlig. I de sektorer som har den högsta psykiatertätheten ägnar majoriteten av psykiatrerna sin tid åt sluten vård. I detta torde även inräknas tid för forskning.

Antalet psykologer och kuratorer i psykiatrisk verksamhet har ökat kraftigt under 1970-talet. År 1983 fanns det ca 800 psykologer och ca 800 kuratorer i allmänpsykiatrisk verksamhet. I klinikchefsenkäten har

redovisats antalet verksamma psykologer och kuratorer per 100 000 invånare år 1991 omräknat till heltidsarbetande, se tabell 5.7. Spridningen av dessa yrkesgrupper är jämnare än för psykiatrerna. Totalt sett tycks inte antalet psykologer och kuratorer ha ökat i någon större omfattning räknat som årsarbeten under 1980-talet. Den prognos som Socialstyrelsen gjorde år 1985 om en fördubbling av dessa yrkeskategorier under 1990-talet förefaller ännu inte ha givit påvisbart resultat.

Tabell 5.7 visar också hur tillgången på psykologer och kuratorer varierar mellan sjukvårdshuvudmännen. Med reservation för viss underrapportering tyder detta på att det inte skett någon påtaglig utbyggnad av de psykiatriska teamen under slutet av 1980-talet. Däremot har som senare skall redovisas antalet anställda med psykoterapeututbildning ökat kraftigt.

Antalet psykologer per 100 000 invånare växlar mellan 5 och 12. Även relationen mellan psykiatrer och psykologer är varierande. Detta är sannolikt mera ett uttryck för hur organisationen bedömt behovet av psykologer än för någon egentlig analys av befolkningens behov av psykologiska behandlingsinsatser.

Den tillgång på psykiatrer, psykologer och kuratorer som redovisats i tabell 5.7 handlar också om tillgången på legitimerade psykoterapeuter. Hur fördelningen av denna speciella kompetens ser ut över landet visas i tabell 7.4 i det avsnitt som berör psykoterapin.

Ett sätt att få en bild av teamarbetet i den öppna psykiatriska vården är att se hur mottagningsbesöken fördelar sig på olika personalkategorier. De riksomfattande inventeringarna i öppen vård åren 1987 och 1991 innehöll uppgifter om syftet med den aktuella psykiatriska kontakten. Först skall emellertid anges hur patientbesöken fördelade sig på yrkesgrupper.

Tabell 5.8 Mottagningsbesök enligt Socialstyrelsens öppenvårdsinventeringar år 1987 och 1991 fördelade på yrkesgrupper. Absoluta tal och procent

Yrkeskategori	Antal patienter		Procent	
	1987	1991	1987	1991
	2 dagar	1 dag		
Skötare*	3 311	2 943	20	28
Sjuksköterska	3 673	1 995	22	19
Kurator	1 900	1 265	12	12
Psykolog	2 121	1 411	13	13
Psykiater	2 291	1 113	14	10
Annan läkare	1 827	578	11	5
Sjukgymnast	–	262	–	2
Arbetsterapeut	–	543	–	5
Annan personal	1 336	529	8	5
Summa patienter	**16 459**	**10 639**	**100**	**99**

* inklusive förste skötare och överskötare.

Nära hälften av alla besök i öppen vård sker hos vårdpersonal dvs. skötare och sjuksköterska. Grovt sett sker en tredjedel av kontakterna hos läkare, psykolog och kurator med små skillnader mellan dessa grupper. I en jämförelse mellan åren 1987 och 1991 finns det en viss grund för att påstå att besöken hos skötare ökat och att läkarbesöken minskat. Det senare gäller särskilt om man sammantar kontakterna hos psykiater och annan läkare som vanligen är läkare under utbildning. I 1987 års siffror skiljdes inte besöken hos sjukgymnast och arbetsterapeut ut. Dessa återfinns i stället under annan personal. 1991 års inventering pekar dock på att besök hos arbetsterapeut är dubbelt så vanligt som hos sjukgymnast.

De patientfördelningar som redovisats i tabell 5.8 ligger till grund för de uppgifter som finns om syftet med den psykiatriska kontakten vid det besökstillfälle som inventeringen avsåg. Därvid har vårdpersonal av olika kategorier har försts samman.

Tabell 5.9 Mottagningsbesök enligt Socialstyrelsens öppenvårdsinventeringar åren 1987 och 1991. Fördelning av huvudsyftet med mottagningsbesöket uppdelat efter personalens yrkestillhörighet. Procent

Yrkes-kategori	Invent. år	Bedömn. unders. annat	Medicin utdeln injekt	Stöd-sam-tal	Psyko-terapi	ADL trä-ning	Rörel. bild-terapi
Vård-	1987	47	8	34	5	*	*
personal**	1991	11	23	46	4	14	1
Kurator	1987	19	0	53	27	*	*
	1991	13	1	67	18	1	0
Psykolog	1987	16	0	26	58	*	*
	1991	16	1	32	50	1	1
Psykiater	1987	46	1	40	13	*	*
	1991	49	4	36	10	0	0
Annan läk.	1987	71	1	24	4	*	*
	1991	57	3	36	4	0	0
Annan per-	1987	69	0	25	6	*	*
sonal	1991	25	2	22	8	22	22

* Kategorierna ADL- och social träning samt rörelsebehandling, bildterapi och andra konstnärliga terapiformer var inte specificerade i 1987 års inventering.

** Inklusive skötare, alla kategorier, och sjuksköterskor.

Som tabell 5.9 visar har nästan alla personalkategorier det stödjande samtalet som den mest framträdande uppgiften. Avviker från detta mönster gör framför allt läkarna som främst har samtal inriktade på bedömning och undersökning. Särskilt gäller det för icke specialisterna. Vidare har psykologerna en tyngdpunkt i systematisk psykoterapi som också kuratorerna till väsentlig del ägnar sig åt. Medicinutdelning och injektionsgivning faller som väntat ut på vårdpersonalgruppen. Denna

grupp bedriver också social träning av patienter dock inte som en lika dominerande arbetsuppgift som kan noteras för annan pesonal dvs. bl.a. arbetsterapeuter.

Det kan vara vanskligt att dra några slutsatser från en jämförelse mellan åren 1987 och 1991 utifrån dessa tvådagars inventeringar. Att lägga märke till kan dock vara följande. Vårdpersonal och kuratorer ägnar sig mer i öppen vård åt stödjande samtal. De yrkesgrupper som bedriver kvalificerad psykoterapi minskar sin andel av den behandlingsaktiviteten. Medicinutdelning tar ett större utrymme i sjuksköterskornas och skötarnas arbete.

Som redan framhållits utgör psykiaterbristen ett problem i den öppna vården och för teamarbetet. Hälften av alla sektorschefer anser att det är svårt att tillgodose det behov som finns av att psykiater gör bedömning och behandling av enskild patient. Bristen bekräftas också i öppenvårdsinventeringen år 1991. Personalen gör den bedömningen att 8 % av patienterna i öppen vård skulle behöva en psykiaterkontakt som vid inventeringstillfället inte gick att tillgodose. Psykiaterbristen tycks således alltjämt vara en viktig anledning till att patienterna inte kan få psykiatrisk behandling på lika villkor i hela vårt land.

Tidsstudie

Spri har utarbetat en modell för redovisning av tidsanvändningen i psykiatrisk verksamhet. Se Bilaga 6. Tidsrapporteringen är upplagd som en självredovisning. Den personal som deltagit i den försöksverksamhet där tidsrapporteringen prövats har visat stort intresse att få information om hur man använder sin tid och hur den fördelas på olika arbetsuppgifter. En av anledningarna till detta är den pågående diskussionen om psykiatrins ansvarsområde och samverkan med andra vårdgivare och organisationer med åtföljande behov av att kontinuerligt prioritera olika arbetsuppgifter.

Syftet med tidsredovisningen har varit att ge en översiktlig bild av hur personalen inom psykiatrin fördelar sin tid på olika aktiviteter. Försöksverksamheten har gällt psykiatriska öppenvårdsteam. Som väntat åtgår ca 25–30 % av arbetstiden till direkt patientarbete medan indirekt patientarbete kring enskilda patienter tar ca 25 % av tiden. I detta ingår handledning och stöd till t.ex. hemtjänstens personal kring enskilda patienter och även ronder/konferenser om patienterna. Vidare ingår journalskrivning och intygsskrivande, vilket totalt tar ca 10 % av arbetstiden.

Generella insatser gentemot samverkanspartners är av mindre omfattning och utgör ca 4 % av teamets totala arbetstid. För administration avsätts däremot en förhållandevis stor andel, nämligen omkring 15 % av tiden.

Inom ramen för Spris verksamhetsberättelseprojekt har även gjorts motsvarande tidsredovisning såväl inom sluten vård på allvårdsavdelningar som öppen vård. De två cirklarna i figur 5.2 illustrerar preliminära data om arbetstidens fördelning på olika arbetsuppgifter för läkare som huvudsakligen har varit verksamma i sluten respektive öppen vård. I den grupp som redovisat sina tidsinsatser ingår såväl specialister i psykiatri

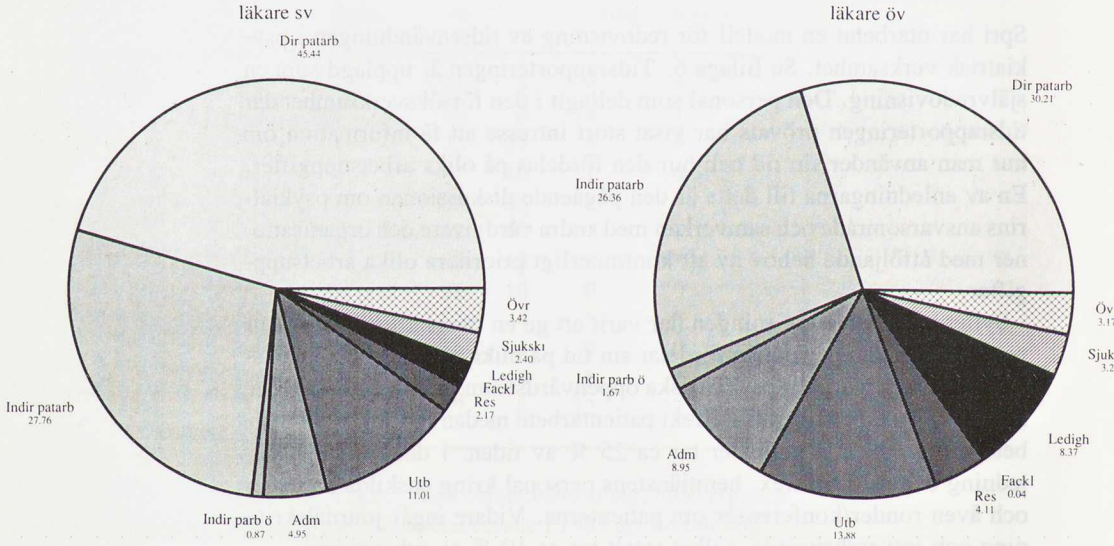
som läkare under utbildning.

I sluten vård ägnas nästan halva tiden åt direkt patientarbete medan öppenvårdsläkarna avsätter 30 % av tiden för detta. Medan slutenvårdsläkarna avsätter 10,6 % av tiden åt intygs- och journalskrivning behöver öppenvårdsläkarna använda 13,4 % av tiden för denna uppgift. Öppenvårdsläkarna ägnar 13,9 % av tiden till utbildning jämfört med 11 % för slutenvårdsläkarna. Till generella samverkansinsatser med vårdgrannar avdelar slutenvårdsläkarna en procent och öppenvårdsläkarna 2 % av arbetstiden.

Utgående från dessa data finns det anledning att ompröva fördelningen av vissa arbetstinsatser och öppna för en diskussion om en effektivisering av arbetet.

Tidsstudien avses i fortsättningen komma att användas i den modell för verksamhetsberättelse som utvecklas av Spri. Verksamhetsberättelsen skall användas för en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av olika psykiatriska verksamheter.

Figur 5.2 Tidsstudie av fördelningen av läkares arbetsinsatser, en jämförelse mellan läkare i sluten och öppen psykiatrisk vård



5.6 Kostnader

Sjukvårdshuvudmännens samlade bruttokostnader för psykiatrisk vård år 1990 anges till 13 565 miljoner kronor, varav 2 333 mkr uppges vara kostnader för öppen vård.

I ett försök att kartlägga kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården inhämtades från samtliga sjukvårdshuvudmän våren 1991 uppgifter om de medel som budgeterats för den psykiatriska vården för år 1991. Informationen om kostnader lämnades i en enkät, som följdes upp med landstingsvisa muntliga överläggningar. Representanter för huvudmännen har i den här delen av kartläggningsarbetet varit medlemmarna i Spris och Socialstyrelsens gemensamma kontaktmannagrupp. Grunduppgifterna består av budgetmedel för sektorskliniker, fristående specialiserade enheter och länsgemensamma verksamheter, uppdelat på kostnader för personal, drift samt investeringar. Utöver dessa poster disponerar huvudmännen i regel också centralt för landstinget eller på sjukvårdsdistriktsnivå medel för psykiatrisk utomlänsvård och avtal med privatpraktiker, vårdavtal för privat psykoterapi m.m.

Syftet med en ekonomiredovisning av det här slaget är både att belysa vad psykiatrin kostar absolut sett men även att ge en inblick i regionala variationer relaterat till den enskilde huvudmannens inriktning av vården. Att uppnå jämförbarhet och försöka värdera graden av jämförbarhet mellan olika delposter som huvudmännen anger för skilda verksamheter blir då mycket angeläget. Redan en första sammanställning av insamlade uppgifter visade på en rad skillnader i dels ekonomiadministrativa rutiner dels i hur långt enskilda landsting gått i att decentralisera budgetansvaret för delområden.

I ett befolkningsperspektiv är det av primärt intresse att få veta hur mycket resurser huvudmannen lägger på psykiatrisk vård. De medel som en sektorsklinik med områdesansvar förfogar över blir ett meningsfullt mått under förutsättning att inte väsentliga delar av vården sker vid sidan om i verksamheter som tillförs patienter utanför den enskilda sektorskliniken ansvar eller insyn. I en situation när samtliga huvudmän genomfört en sektoriserad organisation visar emellertid de nu lämnade budgetuppgifterna att variationen är betydande vad gäller hur mycket av medlen som tillförts de områdesansvariga klinikerna respektive hur mycket som disponeras för länsgemensamma enheter. Malmö kommun och Malmöhus läns landsting intar särställning genom att mindre än hälften av resurserna är fördelade på sektorsklinikerna. Landstingen i Värmland, Södermanland och Kristianstad utgör exempel på motsatsen dvs. de områdesansvariga klinikerna förfogar i stort sett över samtliga medel.

Det faktum att basenheterna med områdesansvar fullt ut disponerar de medel som är tillgängliga för psykiatrisk vård innebär dock inte att man också tillhandahåller all den vård som behövs för den aktuella befolkningen. Att kostnader för upphandling av utomlänsvård sker via den enskilda sektorsklinikens budgetram är idag tämligen vanligt. Som ett led i en mycket mer genomgripande utveckling av finanseringssätten inom hälso- och sjukvården i stort börjar nu också att komma exempel inom

psykiatrin på att länsgemensamma och specialiserade enheter säljer vård till enskilda sektorskliniker inom landstingsområdet. Den avvägning som i samband därmed måste göras på kliniknivå mellan att köpa vård eller själv tillhandahålla vård kan på goda grunder förväntas skapa en större kostnadsmedvetenhet i relation till effekten av viss vårdåtgärd.

I det utvecklingsarbete som i de flesta landsting pågår med den ekonomiska redovisningen har man kommit olika långt. Inriktningen är helt klart på att decentralisera budgetfrågorna till basenhetsnivå med möjligheter att där kunna urskilja den faktiska kostnaden för skilda delar av verksamheten. I detta sammanhang är personalkostnader ett relativt entydigt begrepp medan driftskostnader omfattar många olika element. Det kan gälla bl.a. lokalhyror, städning, kost osv. varvid det visar sig att många huvudmän ännu inte klarar att för den psykiatriska vården särredovisa eller uppskatta omfattningen av sådana utgifter. I de uppgifter som ändå lämnats till Socialstyrelsen framkommer det vid en närmare återkontroll att skillnaderna i beräkningssätten mellan kliniker och landsting är stora. Skillnaderna har inte heller kunnat justeras på ett tillfredsställande sätt i efterhand. Jämförelser kan därför för närvarande inte göras rättvisande. I den följande tabellen ges därför endast data för personalkostnader.

I Stockholms läns landsting har kostnadsuppgifterna delats upp på de nio sjukvårdsområdena som i sin tur sammanlagt omfattar 23 sektorskliniker. Som framgår av befolkningstalen i tabell 5.10 är flertalet sjukvårdsområden i Stockholm storleksmässigt jämförbara med övriga landsting. Vad vidare kolumnen för länsgemensamma personalkostnader i Stockholm visar är att budgetnivån i två sjukvårdsområden, Centrala staden och Södra Stockholm, ligger extremt högt vilket förklaras av att bokföringen här sker för vissa resurser som är tillgängliga för större delen av landstingsområdet.

Tabell 5.10 Sjukvårdshuvudmännens budget 1991 för personalkostnader i allmänpsykiatrisk vård uppdelat på sektorsanknutna och länsgemensamma verksamheter samt personalkostnadsfördelning per invånare. Tusental kronor

Huvudman	Befolknings-tal	Personal sektor-erna	Personal läns gemensamt	Summa per invånare
Stockholm	1 659 515	1 219,9	360,4	952
- Norrtälje	46 165	41,2	0,0	
- Danderyd	256 000	146,3	22,4	
- Nordvästra	278 286	190,4	15,2	
- Västra	195 358	133,4	57,1	
- Huddinge	248 975	236,6	0,0	
- Centrala	99 764	117,3	146,8	
- Södra	235 192	199,1	118,9	
- Sydöstra	205 067	102,3	0,0	
- Södertälje	94 708	53,3	0,0	
Uppsala	268 835	192,5	74,4	992
Södermanland	255 636	146,2	6,3	597
Östergötland	403 011	215,9	41,3	638
Jönköping	308 290	118,8	82,8	654
Kronoberg	177 882	85,3	53,1	778
Kalmar	241 102	146,0	0,0	606
Gotland	57 108	40,7	0,0	713
Blekinge	150 564	60,8	41,8	681
Kristianstad	289 278	250,0	0,0	864
Malmöhus	545 422	169,1	201,2	679
Halland	254 725	102,6	18,0	473
Bohus	306 903	207,2	32,1	780
Älvsborg	441 391	224,8	38,5	597
Skaraborg	276 830	72,8	41,8	414
Värmland	283 110	185,3	12,9	700
Örebro	272 513	131,2	59,6	700
Västmanland	258 487	140,3	42,8	708
Dalarna	289 067	167,1	22,5	656
Gävleborg	289 294	169,2	37,4	714
Västernorrl	261 155	182,6	15,4	758
Jämtland	135 726	86,9	0,0	640
Västerbotten	251 968	88,9	63,3	604
Norrbotten	263 735	125,9	72,0	750
Malmö kommun	233 887	85,2	166,1	1074
Göteborgs kom	433 042	489,4	83,1	1322
Riket	**8 590 630**	**5 104,6**	**1 566,8**	**777**

Den totala kostnaden för personalen i psykiatrisk vård uppgår till 6,7 miljarder kronor varav 77 % hänför sig till personal inom områdesansvariga sektorskliniker. Räknat per invånare har i nämnd ordning Göteborgs och Malmö kommuner, Uppsala och Stockholms läns landsting de största

omkostnaderna medan Skaraborg, Halland, Södermanlands och Älvsborg ligger lägst.

Tabell 5.11 Sjukvårdshuvudmännens budget 1991 i tusental kronor för totala personalkostnader i allmänpsykiatrisk vård, summan av ersättningar till annan vårdgivare (främst regionvård samt enskilda vårdhem), fördelning per invånare av totalkostnaden. Vårddagar per 100 000 inv och vårdtillfällen (absoluta tal) år 1990 i allmänpsykiatri

Huvudman	Summa personal-kostnad	Ersättn till annan vårdgivare	Totalkostn per invånare	Allmänpsykiatri vård-dagar*	vård-tillf
Stockholm	1 580,3	207,0	1 077	61 561	21 675
– Norrtälje	41,2				
– Danderyd	168,7				
– Nordvästra	205,6				
– Västra	190,5				
– Huddinge	236,6				
– Centrala	264,1				
– Södra	318,0				
– Sydöstra	102,3				
– Södertälje	53,3				
Uppsala	266,9	26,4	1 091	57 964	3 697
Södermanland	152,5	22,1	683	33 597	2 485
Östergötland	257,2	26,3	700	45 636	4 744
Jönköping	201,6	76,4	902	88 586	6 302
Kronoberg	138,4	27,0	930	83 237	1 814
Kalmar	146,0	16,9	676	48 404	2 827
Gotland	40,7	4,7	795	43 553	538
Blekinge	102,6	16,7	792	25 478	1 200
Kristianstad	250,0	59,2	1 069	59 673	4 109
Malmöhus	370,3	65,4	799	42 632**	6 532
Halland	120,6	26,9	579	17 071	1 823
Bohus	239,3	10,7	815	25 334	3 610
Älvsborg	263,3	15,0	631	39 098	4 570
Skaraborg	114,6	6,2	436	31 164	3 515
Värmland	198,2	13,2	747	42 420	1 727
Örebro	190,8	10,5	739	34 561	2 317
Västmanland	183,1	2,0	716	47 585	3 600
Dalarna	189,6	6,9	680	36 902	2 204
Gävleborg	206,6	15,9	769	43 903	2 745
Västernorrl	198,0	5,5	779	56 844	2 598
Jämtland	86,9	4,3	672	43 527	1 014
Västerbotten	152,2	5,6	626	31 450	2 691
Norrbotten	197,9		750	54 799	2 840
Malmö kommun	251,3	37,9	1 236	67 308	4 308
Göteborgs kom	572,5	72,0	1 488	124 970	10 400
Riket	**6 671,4**	**780,7**	**867**	**50 927**	**105 885**

* beräknat per 100 000 inv. ** vårddagar och vårdtillfällen inklusive BUP.

En annan utgiftspost som kan sammanställas med tämligen god tillförlitlighet är omkostnaderna för utomlänsvård, dvs. huvudsakligen rättspsykiatrisk regionvård och platser vid enskilda vårdhem samt avtal med privatpraktiker. I tabell 5.11 finns dessa uppgifter redovisade.

När ersättningar till andra vårdgivare läggs till huvudmännens personalkostnader ökar den genomsnittliga kostnaden per invånare från 777 till 867 kr. Högsta utgifterna har fortfarande Göteborgs och Malmö kommuner, Uppsala och Stockholms läns landsting. Högt ligger också Kristianstad, Jönköping och Kronoberg. Skaraborg, Halland, Västerbotten och Älvsborg har de lägsta värdena bland landstingen.

När det gäller att söka förklaringar till den betydande variationen mellan olika huvudmän i fråga om totalkostnader, oberoende av beräkningssätt, är det en faktor som ligger nära till hands. Huvudmän med höga kostnader är också de som har den mest omfattande slutenvården. De landsting som redovisar låga budgetnivåer är landsting som har lågt vårdplatsantal per invånare. Endast delvis är det fråga om storstadsfenomen. Både Kristianstad och Jönköping är landsting som ligger högt och som i betydande utsträckning köper vård vid enskilda vårdhem. För storstädernas del handlar det sannolikt om en kombination av större svårigheter att överkomma administrativa och planeringsmässiga hinder för att hitta alternativ till de stora mentalsjukhusen men också kanske en större anhopning av patienter med allvarligare psykiatrisk störning.

Bland de huvudmän som uppger låga befolkningsrelaterade kostnader för psykiatrin är Skaraborg och Halland. Dessa landsting, främst Skaraborg, har sedan lång tid konsekvent satsat på en utveckling av insatser av psykiatrisk personal exklusive specialistläkare i primärvårdens organisation. I Halland gäller detsamma i det ena av två sjukvårdsdistrikt och där finns också psykiater i teamet.

Det samband som framhållits mellan höga totalkostnader och en omfattande psykiatrisk slutenvård bekräftas av siffrorna i tabell 5.11 för antalet vårddagar per 100 000 invånare. Göteborgs kommun har omkring 2,5 gånger fler vårddagar än riksgenomsnittet. Malmö kommun, Stockholm, Kristianstad och Uppsala ligger högt, som emellertid kraftigt överträffas av både Jönköping och Kronoberg. Lägst antal vårddagar i psykiatrin har Halland och Blekinge men också de tidigare kostnadslåga landstingen i Skaraborg och Älvsborg visar på ett lågt slutenvårdsutnyttjande.

För att försöka göra bilden av psykiatrins totala kostnader mer fullständig enligt de beräkningar som utgår från kontaktpersonernas enkätuppgifter skall följande nämnas. Som en rikssiffra för personalkostnader har 6,7 miljarder kronor angivits vartill kommer 0,8 mdkr för köpt utomlänsvård. I fråga om driftskostnader där osäkerhet råder vad gäller hur enskilda huvudmän beräknat dessa kostnader har ändå siffror lämnats. Dessa uppgår till 1,26 mdkr vilket sammanräknat med det övriga ger en totalsumma för allmänpsykiatrisk vård om 8,8 mdkr. Till detta kommer icke beräknade kostnader för försäkringsanslutna privata psykiater, för psykiatrisk vård som ges inom primärvården och företagshälsovården. Ett mindre belopp utgör också de särskilda Dagmar-medlen för privat

psykoterapi.

Ett annat sätt att beräkna kostnader för service, kost, tvätt etc. är att tillämpa en schablon som för psykiatrisk vård torde ligga på 30 % av de direktförda personalkostnaderna. Med utomläns- och regionvården inräknad skulle det ge en totalkostnad för allmän psykiatrisk vård på 9,5 miljarder kronor.

Det finns skäl att försöka uppskatta psykiatrins totalkostnad också utifrån ett annat sätt att beräkna resurserna. Till grund ligger omfattningen och typ av sluten vård. Eftersom uppgifterna om vårddagar är av växlande kvalitet och då det i en del fall är osäkert om vårddagar på enskilda vårdhem är medräknade har en schabloniserad beräkningsmetod tillämpats. Den årliga kostnaden för även den billigaste slutna vården är mångdubbelt högre än en regelbunden psykiatrisk öppenvårdskontakt. Därför är slutenvårdskostnaderna av avgörande betydelse för de totala kostnaderna.

Beräkningarna som redovisas i tabell 5.12 utgår från slutenvårdsinventeringen i mars 1991 och från de uppgifter om korttidsvårdsenheter som lämnats i klinikchefsenkäten. Vidare har ett antagande om en likartad beläggning för hela året gjorts. Schabloniserade vårddagskostnader har beräknats på inhämtade uppgifter om vårddagskostnader i olika landsting. För rättspsykiatrisk regionvård utgör schablonen 2 800 kr/dygn, för korttidsvårdsenheter 2 000 kr/dygn, för långtidsvård 1 200 kr, för enskilda vårdhem 550 kr/dygn och för familjevård 250 kr/dygn.

I tabell 5.12 redovisas vad sluten vård i varje landsting kostar totalt i miljoner kronor enligt dessa beräkningar samt kostnaderna för sådan vård som normalt ligger utanför den egna organisationen, nämligen för regionvård och för enskilda vårdhem. Dessutom anges den totala beräknade slutenvårdskostnaden i kronor per invånare. Även här ligger Göteborg och Malmö kommuner samt landstingen i Jönköping, Kronoberg och Kristianstad högst. Lägsta kostnader enligt dessa beräkningar har landstingen i Blekinge, Örebro, Dalarna och Västerbotten.

Tabell 5.12 Landstingsvisa uppgifter om beräknade kostnader för sluten psykiatrisk vård enligt en schabloniserad metod utgående från inventeringen i mars 1991

Sjukvårds-huvudman	Total-kostnad Mkr	Därav för: region-vård Mkr	enskilda vårdhem Mkr	Kronor per invånare
Stockholm	1489,2	88,9	137,5	907
Uppsala	236,1	7,2	18,7	878
Södermanland	159,4	10,2	2,6	624
Östergötland	300,1	14,3	10,2	745
Jönköping	327,4	3,1	63,7	1062
Kronoberg	179,4	8,2	22,5	1009
Kalmar	191,4	4,1	13,1	794
Gotland	40,0	2,0	0,0	700
Blekinge	80,0	4,1	8,8	531
Kristianstad	412,4	4,1	46,4	1426
Malmöhus	449,6	21,5	30,2	824
Malmö stad	309,8	11,2	25,7	1325
Halland	191,4	10,2	21,9	752
Bohus	221,8	3,1	14,7	723
Göteborg	704,1	21,5	37,4	1626
Älvsborg	301,9	0,0	24,5	684
Skaraborg	177,8	2,0	4,2	642
Värmland	190,5	7,2	2,0	673
Örebro	153,3	8,2	0,8	563
Västmanland	180,6	3,1	4,4	699
Dalarna	163,9	8,2	1,4	567
Gävleborg	202,8	6,1	0,2	701
Västernorrl	250,3	14,3	2,2	958
Jämtland	96,8	2,0	0,0	713
Västerbotten	132,2	5,1	0,0	525
Norrbotten	214,5	1,0	0,6	813
Riket	**7357**	**270,8**	**493,8**	**856**

6 Vårdutnyttjande

6.1 Öppen vård

Någon tillfredsställande nationell statistik på årsbasis över hur många människor som söker psykiatrisk vård och hur många besök dessa gör i öppen vård finns inte. Att volymen ökat över de senaste decennierna torde vara en allmänt vedertagen iakttagelse. Ökningen har flera förklaringar. Även om det kan vara svårt att belägga ett sådant påstående ligger ett skäl högst sannolikt i att allmänhetens attityd till psykiatrisk hjälp har utvecklats gynnsamt. Det är inte längre lika skamligt att söka hjälp när man mår psykiskt dåligt. Samtidigt har strävan från psykiatrins sida varit mycket medvetet inriktad på att hävda att inom hälso- och sjukvården skall vård för psykiska sjukdomar och besvär ske på lika villkor som den somatiska vården. En annan förklaring är att psykiatrin byggt ut en decentraliserad organisation och starkt eftersträvat en större tillgänglighet vilket också lett till att fler människor söker psykiatrins hjälp.

Tabell 6.1 Totalantal rapporterade öppenvårdsbesök vid inventering 9 -10 mars 1987 fördelade på olika typer av öppen vård

Typ av besök	Antal	
Besök på enhet för vård av alkoholmissbrukare	2 410	
Mottagningsbesök	16 481	
därav		
– nybesök		850
– återbesök	13 996	
– akutbesök, dagtid		1 281
– akutbesök, annan tid		354
Dagsjukvårdsbesök	4 524	
Hembesök	2 086	
Ospecificerade besök	668	
Summa	**26 169**	

Socialstyrelsen har vid två tillfällen (1987 och 1991) gjort inventeringar av all psykiatrisk öppenvård under två dagar. År 1987 registrerades 16 481 mottagningsbesök. Av dessa var 85 % återbesök. Se tabell 6.1. 60 % av patienterna som besökte de psykiatriska mottagningarna år 1987 var yngre än 45 år. 10 % av besöken skedde som akutbesök och av dessa

inträffade 78 % under vanlig arbetstid. Bland akutbesöken övervägde männen medan kvinnorna var i majoritet bland dem som gjorde ny- och återbesök.

Vid inventeringen år 1991 noterade den personal som regelbundet tar emot patienter i öppen vård 22 474 besök, av vilka 71 % var mottagningsbesök. Om man räknar upp denna siffra till totalantal mottagningsbesök utgående från att fördelningen på ny-, akut- och återbesök är densamma som år 1987 blir prevalensen för de två observerade dagarna år 1991 ca 18 800 besök. Detta tyder på en klar ökning av antalet öppenvårdsbesök mellan åren 1987 och 1991.

För en grupp om 10 774 patienter i 1991 års öppenvårdsinventering, fortsättningsvis benämnd ÖVI-91, lämnade personalen en mer ingående information. En redogörelse för uppläggningen av inventeringen finns i Bilaga 3.

I nedanstående tabeller har en uppdelning skett på storstad och övriga landet. Storstad omfattar Stockholms, Göteborgs och Malmö kommuner medan Stockholms läns landsting utom Stockholms kommun förts till övriga landet.

Tabell 6.2 Könsfördelning i ÖVI-91 uppdelad på storstad och övriga landet

	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Storstad	1096	(46)	1292	(54)	2388	(100)
Övriga landet	3512	(42)	4816	(58)	8328	(100)
Riket totalt /Bortfall 58/	4608	(43)	6108	(57)		(100)

I den psykiatriska öppenvårdsgruppen i sin helhet är andelen kvinnor högre (57 %) än män (43 %). I storstäderna tenderar den här skillnaden att minska något.

Tabell 6.3 Åldersfördelning i ÖVI-91 uppdelat på storstad och övriga landet

	Storstad		Övr landet		Riket	
	n	%	n	%	n	%
< 24 år	127	(5)	638	(8)	765	(7)
25–34 år	594	(25)	1924	(23)	2518	(23)
35–44 år	645	(27)	2216	(27)	2861	(27)
45–54 år	397	(17)	1431	(17)	1828	(17)
55–64 år	211	(9)	843	(10)	1054	(10)
65–74 år	183	(8)	600	(7)	783	(7)
> 75 år	241	(10)	724	(9)	965	(9)

Hälften av patientgruppen ligger åldersmässigt mellan 25 och 44 år. Andelen över ålderspensionsstrecket är 16 %, något under 10 % är 75 år eller mer.

Åldersskillnaderna mellan patienter i storstad och övriga landet ligger i enstaka åldersklasser på några procent vilket ger en mycket likartad åldersbild när hänsyn tas till var man bor. Jämför man antalet 44-åringar och yngre i denna inventering med 1987 års siffror blir bilden i stort sett densamma.

Andelen invandrare i den psykiatriska öppenvårdsgruppen är 12 %. Dessa fördelar sig ganska lika på medborgare som är födda inom respektive utom Norden. Tendensen i jämförelse mellan storstad och övriga landet är att något fler patienter i storstäderna är födda utom Norden. Andelen invandrare i hela befolkningen är 9 %.

I den följande tabellen visas diagnosfördelningen för den inventerade patientgruppen.

Tabell 6.4 Huvuddiagnoser i ÖVI-91 uppdelat på storstad och övriga landet. N= 10 774

	Storstad		Övr landet		Riket	
	n	%	n	%	n	%
Kristillstånd	161	(7)	826	(10)	987	(9)
Ångesttillstånd	313	(14)	1376	(17)	1689	(16)
Depressivt tillstånd	351	(15)	1455	(18)	1806	(17)
Borderline/personlighets-störning	269	(12)	1041	(13)	1310	(13)
Psykos/affektiv sjukdom	761	(33)	2546	(31)	3307	(32)
Missbruk (som första diagnos)	312	(13)	388	(5)	700	(7)
Annat	161	(7)	525	(6)	686	(7)
/Bortfall 289/						

Den vanligaste diagnosen i patientgruppen gäller psykos och affektiv sjukdom. En tredjedel kan räknas hit. Näst vanligast är tillstånd av ångest- eller depressiv typ, 14 respektive 15 %. Borderline eller personlighetsstörning gäller som diagnos för drygt 10 % av patienterna medan kristillstånden ligger strax därunder.

I jämförelsen mellan storstad och övriga landet är det en sak som står tydligt fram: storstäderna har en betydligt större andel patienter med missbruk som första diagnos. Skillnaden ligger på ca 9 %. För diagnosgrupperna kristillstånd, ångest- och depressiva neuroser är det några procents övervikt i övriga landet. Något oväntat visar sig således storstäderna inte ha någon anmärkningsvärt större andel patienter med störning av psykostyp.

Människor med olika typer av psykiska störningar har högst varierande behov av antal kontakter med psykiatrin. T.ex. i en årspopulation

patienter (n=5 611) från Västmanland gjorde 38 % av individerna endast 1–2 mottagningsbesök under året. En annan ytterlighet utgör de psykospatienter som kanske under flera månader gör dagliga besök i dagvård, därutöver besök på mottagning och kanske också får stöd från psykiatrin i form av återkommande hembesök.

När man utifrån en tvådagars inventering av patienter i öppen psykiatrisk vård skall uppskatta antalet patienter under ett år som har kontakt med psykiatrin är det därför nödvändigt att ta hänsyn till diagnosuppgifter. Så har skett i tabell 6.5 och den metodik som tillämpats finns beskriven i Bilaga 2.

Tabell 6.5 Patienter i ÖVI-91 uppdelade efter diagnos och därifrån uppskattad årsprevalens av patienter och besök i öppen psykiatrisk vård

	ÖVI 1991 1 dag	Uppskatt antal pat per år	Antal pat/ 100 000 invånare	Antal besök per år
Kris och neuros	4 482	68 500	810	822 000
Borderline	1 310	6 000	80	96 000
Psykos/affektiv sjukdom	3 307	26 500	310	530 000
Missbruk (primärt)	700	19 000	220	171 000
Annat	686	18 800	220	131 600
Summa /bortf 389/	**10 485**	**138 800**	**1 640**	**1 750 600**

En tvådagarsinventering innehåller en överrepresentation av patienter med tyngre psykiatrisk diagnos (psykos/affektiv sjukdom och borderline) och dessa har fler besök per år än andra patientkategorier. Värdena i tabell 6.4 visar resultatet av en beräknad patient- och besöksprevalens för helåret 1991. Vid bedömningen av siffrorna är det viktigt att påpeka att nybesök och akutbesök inte ingår i de inventeringsdata som uppskattningen grundar sig på. Det är således återbesökspopulationen i psykiatrin som på det här sättet uppskattas till 1,64 % av befolkningen. Det betyder nästan 139 000 individer med 1,75 miljoner besök.

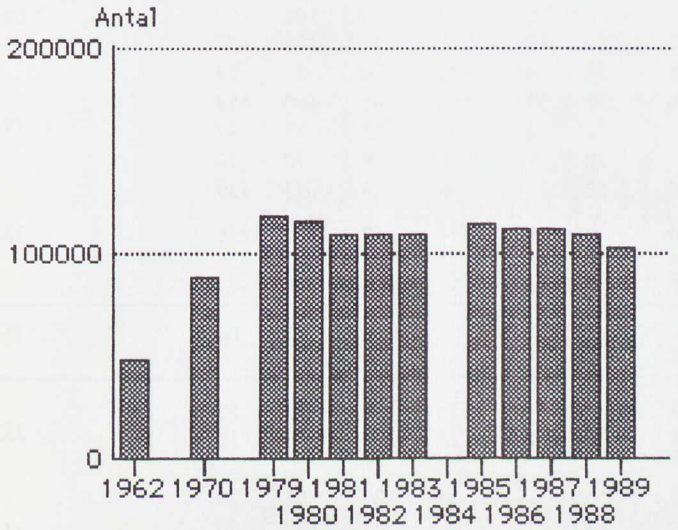
Vad som tillkommer för att få hela populationen är de patienter som gör nybesök och akutbesök. Siffran 15 % som angivits ovan vid 1987 års inventering utgör av samma skäl som berörde diagnosfördelningen en underskattning. Ny- och akutbesöken omfattar väsentligt fler patienter på årsbasis än vad en punktinventering ger uttryck för samtidigt som dessa patienter i genomsnitt har färre besök per år. Från LUPP-undersökningar kan nämnas att två landsting, Västmanland och Jönköping, för år 1990 rapporterar 2,14 respektive 2,46 % av befolkningen som haft kontakt i öppen psykiatrisk vård. Andelen nybesök ligger då runt 30 % även om

exempel finns från andra landsting som tyder på att den siffran kan ligga ännu högre.

6.2 Utskrivningar från sluten vård

Antalet utskrivningar från sluten psykiatrisk vård vissa år under perioden 1962–1989 framgår av figur 6.1. År 1979 var antalet utskrivningar nästan 2,5 gånger så stort som år 1962, vilket återspeglar en ökad omsättning av patienter och kortare vårdtider. Under andra halvan av 1980-talet föreligger en sjunkande trend (som förstärks av att samtliga landsting inte lämnat uppgifter åren 1985–1986) Antalet registrerade utskrivningar var 48 200 år 1962, 118 600 år 1979 och 102 900 år 1989.

Figur 6.1 Antal utskrivningar från psykiatrisk vård i riket åren 1962, 1970, 1979–1983 och 1985–1989



Andelen utskrivningar efter korta vårdtider, under sju dagar, var 7 % år 1962, 39 % år 1979 och 46 % år 1989. Andelen utskrivningar efter vårdepisoder på ett år eller längre var samma år 6, 3 respektive 2 %. Fortfarande i slutet av 1980-talet utskrevs många personer med långa vårdperioder bakom sig. År 1962 var antalet utskrivningar efter 3–10 års vårdtid 832 och efter mer än 10 års vårdtid 623. Motsvarande siffror år 1989 var 831 respektive 187.

Andelen utskrivningar av kvinnor var 50 % år 1962 och 37 % år 1979, men har under 1980-talet successivt ökat något till 43 % år 1989. Åldersfördelningen är i stora drag densamma under hela tidsperioden. År 1989 avsåg 1 % av utskrivningarna personer under 20 år, 24 % åldrarna 20–34

år, 25 % 35–44 år, 30 % 45–64 år, 10 % 65–74 år, 8 % 75–84 år och 2 % personer i åldern 85 år eller äldre.

I tabell 6.6 presenteras antalet avslutade vårdtillfällen per 100 000 invånare under de aktuella åren fördelade efter huvuddiagnos.

Tabell 6.6 Antal avslutade vårdtillfällen per 100 000 inv åren 1962, 1970, 1976 och 1979–1983 (exkl. förflyttningar) samt 1985–1989 (inkl. förflyttningar) fördelade efter huvuddiagnos

Diagnos	1962	1970	1976	1979	1980	1981	1982
Senil o presenil demens	27	29	44	40	41	37	39
Alkoholpsykos	17	21	20	16	16	15	14
Psykos av annan organisk orsak	25	20	22	18	17	17	16
Schizofreni	88	109	114	112	110	108	111
Affektiv psykos	84	88	86	94	94	95	97
Övriga psykoser	19	66	83	99	109	105	109
Neuros	17	284	284	218	197	187	177
Personlighetsstörning	35	58	43	31	30	27	29
Alkoholism	61	231	532	566	545	469	458
Narkomani		33	42	33	33	33	37
Psykisk utvecklingsstörning		12	11	9	9	10	10
Övriga diagnoser	46	62	131	138	149	133	139
Totalt	576	1013	1417	1374	1352	1236	1236

Diagnos	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Senil o presenil demens	39		43	38	52	52	52
Alkoholpsykos	1		15	13	15	14	12
Psykos av annan organisk orsak	16		17	15	22	22	20
Schizofreni	112		135	134	162	150	145
Affektiv psykos	100		112	109	131	129	122
Övriga psykoser	110		129	134	90	88	84
Neuros	178		182	171	117	98	85
Personlighetsstörning	29		38	37	53	54	55
Alkoholism	429		451	432	332	322	299
Narkomani	37		38	40	71	65	57
Psykisk utvecklingsstörning	10		12	10	9	9	9
Övriga diagnoser	144		227	231	304	317	310
Totalt	1219		1399	1364	1358	1320	1250

Den redovisade ökningen mellan åren 1983 och 1985 beror delvis på att det före år 1985 har räknats på utskrivningar exklusive förflyttningar, men en faktisk ökning föreligger också, se fig 6.1. Under 1980-talet har

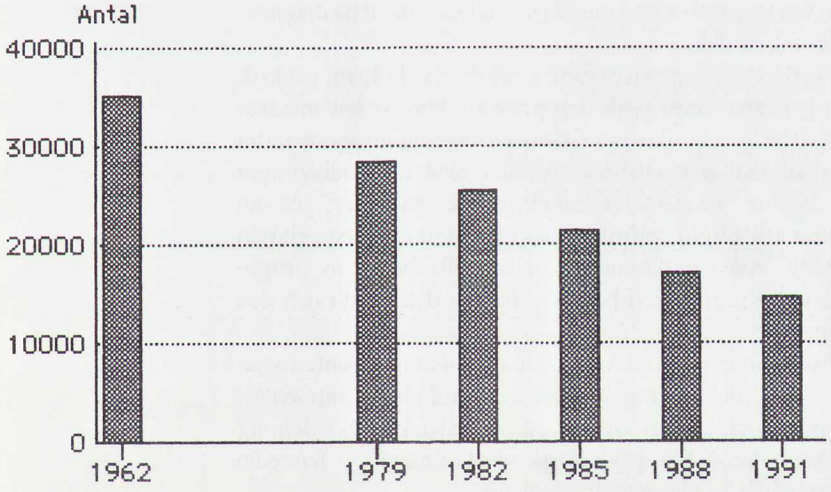
utskrivningar med diagnoserna alkoholism och neuros minskat kraftigt medan gruppen "övriga diagnoser" liksom även schizofreni och affektiv psykos ökat. Stora förändringar i fördelningen på diagnosgrupper inträffade mellan åren 1986 och 1987.

6.3 Patientinventeringar i sluten vård

Den 31 december 1962 vårdades drygt 27 700 personer i Sverige på vuxenpsykiatriska kliniker vid mentalsjukhus och vid akutsjukhus för såväl somatisk som psykiatrisk vård. Därutöver fanns 5 500 vuxenpsykiatriska vårdplatser vid sjukhem och 1 300 sådana vårdplatser vid enskilda vårdhem. Sammanlagt fanns därmed ca 35 000 patienter i sluten vuxenpsykiatrisk vård år 1962.

I figur 6.2 redovisas antal inneliggande patienter inom vuxenpsykiatrisk vård den 31 december 1962 samt vid de särskilda inventeringarna i sluten vård en viss dag åren 1979, 1982, 1985, 1988 och 1991. Mellan inventeringarna den 21 mars 1979 och den 20 mars 1991 har antalet inneliggande patienter halverats från 28 289 till 14 581. Sedan år 1962 har antalet inneliggande minskat med närmare 60 % år 1991.

Figur 6.2 Inneliggande patienter vid inventeringarna åren 1979–1991



I mars 1991 finns över 1 900 personer inneliggande inom psykiatrin med mer än 10 års vårdtid bakom sig, se tabell 6.7. Hälften av de inneliggande hade över ett års vårdtid. Antalet med långa vårdtider, över 10 år, har dock minskat mest. Mellan åren 1979 och 1991 minskade denna grupp med 71 % från 6 569 till 1 923. Gruppens andel av samtliga inventerade har därmed sjunkit från 23 till 13 procent. Under samma period har antalet med vårdtider under sex månader minskat med 35 % från 9 048 till 5 895, och gruppens andel av totalantalet inneliggande ökat från 32

till 40 %.

Tabell 6.7 Inneliggande patienter vid inventeringarna 1979-1991 fördelade efter vårdtidens längd

Vårdtid		År 1979	1982	1985	1988	1991
Samtl	Antal	28289	25394	21420	16921	14581
0–6 mån	Antal	9048	8649	7809	6583	5895
	%	32	34	36	39	40
6–12 mån	Antal	2084	2064	1693	1376	1151
	%	7	8	8	8	8
1–2 år	Antal	2633	2379	2074	1659	1444
	%	9	9	10	10	10
2–10 år	Antal	7955	6621	6124	4743	3982
	%	28	26	29	28	27
10– år	Antal	6569	5681	3720	2560	1923
	%	23	22	17	15	13
Uppgift saknas	Antal					186
	%					1

Antal inneliggande vid respektive inventeringstillfälle fördelat på diagnosgrupper framgår av tabell 6.8.

Diagnosgrupperna psykos av annan organisk orsak, alkoholism, psykisk utvecklingsstörning, neuros samt senil och presenil demens har minskat mest. Sistnämnda patientgrupp vårdas i flertalet landsting nu inom andra vårdorganisationer än den psykiatriska. Antalet med huvuddiagnosen schizofreni har, liksom totalantalet inneliggande patienter, nästan halverats. Gruppen personlighetsstörning har ökat, vilket återspeglar en förändrad bedömning. Även narkomani (som år 1991 består av grupperna drogberoende och drogpsykos) har ökat mellan den första och den senaste inventeringen.

I figur 6.3 visas fördelningen på olika institutionstyper vid inventeringen i mars 1991. Ca en tredjedel har registrerats som vårdade på vårdavdelning vid mentalsjukhus och ca en fjärdedel på psykiatrisk vårdavdelning vid akutsjukhus för somatisk och psykiatrisk vård. Knappt en femtedel har registrerats som vårdade vid enskilt vårdhem.

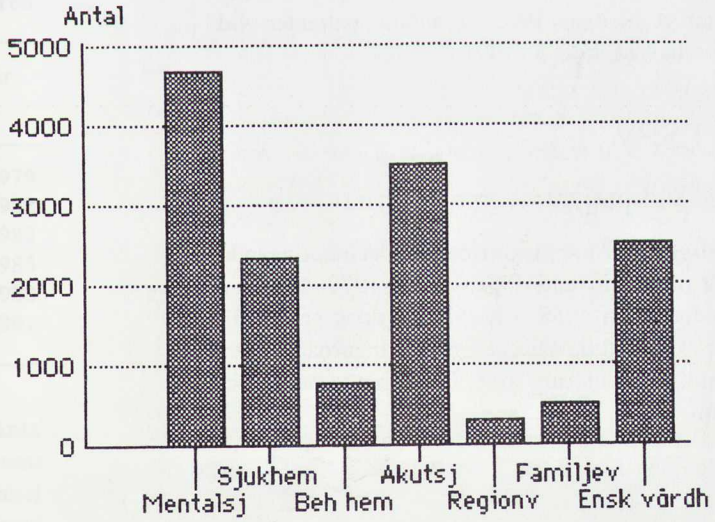
Tabell 6.8 Inneliggande patienter vid inventeringarna 1979–1991 fördelade på diagnosgrupper

Diagnos	År					Proc. förändr.
	1979	1982	1985	1988	1991	1979–1991
Senil o presenil demens	4743	4264	3303	2692	1819	–62
Alkoholpsykos	626	589	514	494	40	–36
Psykos av annan organisk orsak	1437	1037	772	278	252	–82
Schizofreni	11248	9533	7803	6523	5903	–48
Affektiv psykos	1537	1544	1437	1443	1320	–14
Övriga psykoser	1533	1880	1780	1091	1026	–33
Neuros	2158	1977	1738	955	788	–63
Personlighetsstörning	668	688	740	924	871	+30
Alkoholism	1957	1660	1309	681	545	–72
Narkomani[2]	198	195	214	228	247	+25
Psykisk utvecklingsstörning	732	581	525	1)	204	–72
Övriga diagnoser	1452	1436	1285	1612	1147	–21
Uppgift saknas					58	
Totalt	28289	25394	21420	16921	14581	–48

1) ingår i gruppen "övriga diagnoser".

2) 1991 drogberoende + drogpsykos.

Figur 6.3 Inneliggande patienter vid inventeringen år 1991 fördelade på institutionstyp



Uppgifterna i figur 6.3 är inte exakta eftersom uppdelningen på mentalsjukhus och akutsjukhus delvis gjorts på olika sätt vid olika enheter i landet. Vidare är antalet som registrerats som vårdade vid regionsjukvårdsenhet för särskilt vårdkrävande något för högt.

Antalet på mentalsjukhus inneliggande patienter har emellertid minskat från ca 26 500 år 1962 till ca 17 000 år 1979 och ca 4 700 år 1991. Samtidigt har antalet patienter vid psykiatriska kliniker belägna på somatiska sjukhus ökat från ca 1 200 år 1962 till ca 3 000 år 1979 och ca 3 500 år 1991.

I tabell 6.9 jämförs antal inneliggande på psykiatrisk klinik (såväl vid mentalsjukhus som vid akutsjukhus), sjukhem och enskilda vårdhem vid inventeringarna åren 1979 och 1991.

Tabell 6.9 Inneliggande patienter vid inventeringarna åren 1979 och 1991 fördelade på institutionstyp

Institutionstyp	År 1979		1991		Förändring 1979–1991
	Abs	%	Abs	%	%
Vuxenpsyk kliniker	20224	71	8483	58	–58
Sjukhem	5090	18	2348	16	–54
Enskilda vårdhem	2975	11	2494	17	–16
Beh hem, familjev			1256	9	
Totalt	**28289**	**100**	**14581**	**100**	**–48**

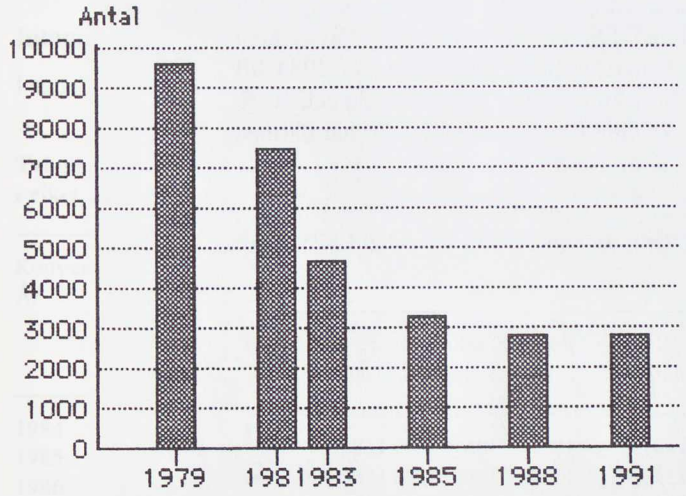
Antalet inneliggande på enskilda vårdhem har inte minskat i samma omfattning under perioden 1979–1991 som antalet vid psykiatriska kliniker och sjukhem. Jämfört med år 1962 är antalet patienter vid enskilda vårdhem nästan dubbelt så stort år 1991.

6.4 Vård enligt LSPV

6.4.1 Tvångsvårdade vid patientinventeringarna

Antalet patienter vårdade enligt LSPV har liksom totalantalet inneliggande patienter successivt minskat mellan inventeringarna åren 1979–1991, se figur 6.4. Minskningen mellan åren 1988 och 1991 är dock endast 33 patienter. En utplaning har skett vid de senaste inventeringarna. I figur 6.4 redovisas även en särskild inventering av tvångsvårdade patienter, som genomfördes den 8 juni 1983.

Figur 6.4 Inneliggande patienter vårdade enligt LSPV vid inventeringarna åren 1979–1991



Vid inventeringen år 1991 har drygt 100 patienter inneliggande vid enskilda vårdhem angetts vara under LSPV-vård. Då tvångsvård vid enskilda vårdhem kräver särskilt tillstånd, och sådant tillstånd givits endast för en patient, måste en felredovisning föreligga. Dessa patienter har därför räknats som frivilligt vårdade.

Antal tvångsvårdade patienter och deras andel av totalantalet inneliggande patienter vid de olika inventeringarna redovisas i tabell 6.10.

Tabell 6.10 Inneliggande patienter vårdade enligt LSPV vid inventeringarna åren 1979–1991

År	Antal	Proc andel av samtliga inneliggande patienter
1979	9632	34
1982	7437	29
1983	4645	
1985	3254	15
1988	2807	17
1991	2774	19

Antalet tvångsvårdade patienter har minskat med 71 % mellan inventeringarna åren 1979 och 1991, vilket är mer än vad totalantalet inneliggande patienter minskat. Samtidigt har andelen tvångsvårdade av samtliga inventerade ökat något från år 1985 och framåt.

6.4.2 Vård enligt LSPV 1984-1988

Vårdtillfällen

Antalet utskrivningar från vård enligt LSPV minskade, enligt den särskilda rapportering av avslutad LSPV-vård som genomfördes åren 1984–1988, med 22 % under femårsperioden från 14 015 år 1984 till 11 000 år 1988, se tabell 6.11. Minskningen var 26 % för män och 16 % för kvinnor. Andelen LSPV-utskrivningar avseende kvinnor har därmed ökat från 44 % år 1984 till 47 % år 1988.

Tabell 6.11 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket åren 1984–1988

	Antal			Per 100 000 invånare		
År	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
1984	7911	6104	14015	192	145	168
1985	7259	5739	12998	176	136	156
1986	6736	5682	12418	163	134	148
1987	6214	5507	11721	150	129	139
1988	5877	5122	11000	141	120	130

Hälften av utskrivningarna från LSPV gäller personer i åldrarna 25–44 år, se tabell 6.12. Åldersfördelningen skiljer sig mellan könen. Bland männen är andelen i åldrarna 25–44 högre än bland kvinnorna, medan motsatt förhållande gäller i åldersgrupperna från 45 år och uppåt. Framför allt i åldersgrupen 65 år och äldre är andelen kvinnor högre.

Tabell 6.12 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket år 1988 fördelade på ålder och kön

Ålder	Män n=5877 %	Kvinnor n=5122 %	Totalt n=11000 %
– 24	11	10	11
25 – 34	28	22	25
35 – 44	26	24	25
45 – 54	14	16	15
55 – 64	9	11	10
65 –	11	17	14

Åldersfördelningen är i stort sett densamma alla de fem aktuella åren men en minskning i de yngsta åldrarna kan noteras. Antalet utskrivningar från LSPV av personer under 18 år var 341 år 1984 och 65 år 1988. I ålders-

gruppen 18–19 år var motsvarande siffror 238 respektive 165. Minskningen i dessa åldrar, framför allt de yngsta, var därmed större än i totalmaterialet.

Intagningssätt

I tabell 6.13 redovisas utskrivningarna fördelade efter intagningssätt.

Tabell 6.13 Utskrivningar (exkl förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket åren 1984–1988 fördelade efter intagningssätt

År	Konvertering Från öppen vård	Annan läkare	Egen läkare	Åter från FU	Från annan klinik	Från rätts-psyk	Totalt
1984	6389	1322	511	4719	900	174	14015
1985	5895	1239	483	4270	964	146	12998
1986	5883	1071	441	3854	1008	161	12418
1987	5559	1114	407	3637	865	135	11721
1988	5190	1047	387	3469	743	164	11000

I knappt hälften av vårdtillfällena år 1988 har intagningen skett från öppen vård och i ca en tredjedel av fallen har patienten återintagits från försöksutskrivning. I 7 % av utskrivningarna har intagningen skett genom förflyttning från annan klinik eller sjukhem för fortsatt vård enligt LSPV. I 1 % av vårdtillfällena har patienten överflyttats från rättspsykiatrisk klinik, vanligen efter att ha överlämnats av domstol till sluten psykiatrisk vård. Vidare är 13 % vårdtillfällen där intagningen skett genom konvertering, dvs. överföring från frivillig sluten vård till vård enligt LSPV. Om återintagningar från försöksutskrivning och överflyttningar från rättspsykiatrisk klinik frånräknas utgör andelen konverteringar 19 %. Nästan en tredjedel av konverteringarna är sådana som skett av klinikens egna läkare. Antalet konverteringar har, med undantag för åren 1986–1987, successivt minskat. Relativt sett har antalet återintagningar från försöksutskrivning minskat mest under den aktuella femårsperioden.

Fördelningen på inskrivningssätt skiljer sig inte åt mellan könen utom när det gäller överflyttade från rättspsykiatrisk klinik, som huvudsakligen är män.

Vårdbehovsbedömning

Vid prövning av vårdbehov enligt LSPV §§ 9–10 (av ansvarig överläkare eller, vid konvertering genom egen läkare på kliniken, av utskrivningsnämnden inom åtta dagar efter intagning enligt LSPV) har patienten bedömts ej vårdbehövande enligt LSPV i 13 % av vårdtillfällena år 1984 och i 15 % av fallen år 1988.

Vårdtyp

Över 90 % av vårdtillfällena enligt LSPV avser P-fall, se tabell 6.14.

Tabell 6.14 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket åren 1984–1988 fördelade efter vårdtyp

År	Vårdtyp P-fall	N-fall	O-fall	PN-fall	Totalt
1984	13053	643	298	21	14015
1985	12122	554	292	30	12998
1986	11604	561	243	10	12418
1987	10962	504	224	31	11721
1988	10260	477	246	17	11000

N-fallen har under femårsperioden relativt sett minskat mer än totala antalet utskrivningar. Även O-fallen har minskat i antal. Bland kvinnor utgör P-fallen 98 %. Den helt övervägande delen av N-, O- och PN-fallen är män.

Diagnoser

Utskrivningarnas fördelning på diagnoser redovisas i tabell 6.15. Antalet utskrivningar per 100 000 invånare har under femårsperioden minskat i samtliga diagnosgrupper utom psykoser av organisk orsak, affektiva psykoser, personlighetsstörningar och gruppen övriga diagnoser. Största relativa minskningen har skett i diagnosgrupperna neuroser och alkoholism.

Av samtliga utskrivningar från LSPV år 1984 skedde 64 % med en psykosdiagnos. Motsvarande siffra år 1988 var 69 %. Inom gruppen psykoser har andelen schizofrenier och affektiva psykoser ökat, medan andelen som klassificerats som övriga psykoser har minskat. Denna minskning har emellertid inte skett successivt under femårsperioden utan ägde rum mellan åren 1986 och 1987.

Diagnosernas fördelning på ålder och kön år 1988 framgår av tabell 6.16.

Tabell 6.15 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV per 100 000 inv totalt i riket åren 1984–1988 fördelade efter diagnosgrupp

Diagnos	Utskrivningar per 100 000 invånare 1984	1985	1986	1987	1988	Index 1988 (1984=100)
Senil o presenil demens	8	6	5	6	5	63
Alkoholpsykos	3	3	2	3	2	67
Psykos av organisk orsak	5	4	4	6	6	120
Schizofreni	39	36	33	38	35	90
Affektiv psykos	22	22	21	25	24	109
Övriga psykoser	38	36	38	24	23	61
Neuros	8	7	6	3	3	38
Personl störning	9	8	8	10	10	111
Alkoholism	21	17	15	9	7	33
Narkomani	3	3	3	2	2	67
Missbr utan ber					2	
Psyk utv störn	3	2	2	2	1	33
Övriga diagnoser	10	11	12	11	10	100
Totalt	168	156	148	139	130	77

Tabell 6.16 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket år 1988 efter diagnos och fördelade på ålder och kön

	Kön		Ålder						
	M	Kv	-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-	Totalt
Diagnos n=	5877	5122	1175	2742	2798	1656	1070	1559	11000
Senil o presenil demens	4	3	0	0	0	0	2	23	4
Alkoholpsykos	3	1	1	1	1	3	4	2	2
Psykos av organisk orsak	6	4	6	5	3	2	3	10	5
Schizofreni	30	24	18	31	32	31	29	13	27
Affektiv psykos	14	23	11	14	20	24	24	18	18
Övriga psykoser	15	21	21	17	16	14	17	20	17
Neuros	1	3	3	2	2	2	1	2	2
Personl störning	7	8	17	13	7	3	2	1	8
Alkoholism	8	3	1	3	8	10	8	3	6
Narkomani	2	1	3	3	1	1	0	0	1
Missbr utan ber	3	1	2	2	3	2	1	1	2
Psyk utv störn	1	1	2	1	1	1	1	0	1
Övriga diagnoser	8	7	14	7	5	6	7	8	7

Schizofreni är den vanligaste diagnosen vid vård enligt LSPV för både män och kvinnor och i flertalet åldersgrupper. I gruppen 65 år och äldre är en demensdiagnos vanligast. Andelen med schizofreni- liksom alkoholismdiagnos är högre för män än för kvinnor, medan förhållandet är det

motsatta när det gäller affektiva och övriga psykoser. Andelen personlighetsstörningar sjunker med stigande ålder.

Vårdtid

Nästan en tredjedel av utskrivningarna från vård enligt LSPV skedde år 1988 efter en vårdtid som var åtta dagar eller kortare, se tabell 6.17. 60 % hade vårdtider under en månad, och 97 % under ett år. Skillnaderna mellan könen är små, men en större andel av männen än av kvinnorna har korta vårdtider och vårdtider längre än tre månader. Bland kvinnorna är däremot andelen med vårdtider melan 9 och 90 dagar högre.

Tabell 6.17 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket år 1988 efter vårdtidens längd. Procentuell fördelning

Vårdtid	Kön		
	Män n=5877	Kvinnor n=5122	Totalt n=11000
0–8 dgr	31	26	29
9–14 dgr	9	11	10
15–30 dgr	19	23	21
31–60 dgr	17	20	18
61–90 dgr	7	8	8
91–365 dgr	12	10	11
1–10 år	4	2	3
> 10 år	0	0	0

Små förskjutningar när det gäller fördelning efter vårdtidens längd har skett under perioden 1984–1988, men andelen med korta vårdtider upp till åtta dagar har ökat något och andelen med vårdtider över tre månader har minskat i motsvarande mån. Antalet utskrivningar med riktigt långa vårdtider har dock minskat markant under femårsperioden. Totalt har antalet utskrivningar från LSPV minskat med 22 % mellan åren 1984 och 1988. Antalet utskrivningar med vårdtider mellan ett och tio år har under samma period minskat med 36 % från 596 till 382, och antalet utskrivningar med vårdtider över tio år med 86 % från 184 år 1984 till 25 år 1988.

Utskrivningssätt

Utskrivningarna från vård enligt LSPV har i drygt 60 % av fallen skett i form av försöksutskrivning. Knappt 20 % har skrivits ut från sjukhuset samtidigt som vården enligt LSPV upphört och lika stor andel har överförts till frivillig vård vid kliniken efter avslutad LSPV-vård. Fördelningen mellan utskrivningssätten är densamma för män och kvinnor och även densamma hela femårsperioden 1984–1988. Utskrivningar av av-

lidna personer utgör ungefär 1 % av samtliga utskrivningar men har i antal minskat markant under perioden. År 1984 har 212 utskrivningar av avlidna personer registrerats, varav 135 män och 77 kvinnor. År 1988 registrerades 80 sådana utskrivningar (52 män och 28 kvinnor). Detta innebär en 60 %-ig minskning medan samtliga utskrivningar minskat med 20 %. Minskningen har skett successivt år för år.

6.5 Sluten vård och tvångsvård – regionala skillnader

Stora skillnader föreligger i vårdutnyttjande inom sluten psykiatrisk vård mellan sjukvårdsområdena i Sverige. Jämförelserna mellan landstingsområdena i detta avsnitt görs genomgående utifrån patienternas hemort, inte utifrån var vården bedrivits. För enkelhets skull används ofta begrepp som "antal tvångsvårdade i län 1" eller antal vårddagar per 100 000 invånare i län 2", men hela tiden avses antal vårdade, vårddagar etc. avseende personer med hemort i län 1, län 2 etc.

6.5.1 Utskrivningar

I tabell 6.18 redovisas antal utskrivningar per 100 000 invånare vissa år 1979–1989 fördelat efter patienternas hemortslän (motsvarande).

Tabell 6.18 Antal utskrivningar per 100 000 invånare åren 1979, 1983 (exkl. förflyttningar), 1985 och 1989 (inkl. förflyttningar) fördelade på sjukvårdsområde

Sjukvårdsomr	1979	1983	1985	1989
Stockholm	1203	1129	1588	1306
Uppsala	1930	1638	1507	1267
Södermanland	1378	1105	1297	953
Östergötland	1110	1024	1324	941
Jönköping	1536	1326	1571	1993
Kronoberg	1154	1056		1109
Kalmar	1527	1225	1425	1011
Gotland	1194	838		1212
Blekinge	1246	1064	816	923
Kristianstad	1160	948	1681	1591
Malmö kommun	1868	1938		1811
Malmöhus	1951	1610	1577	1075
Halland	1152	1088	1129	884
Göteborgs kommun	2498	2480	2614	2016
Bohuslän	1441	1243	1191	1045
Älvsborg	1168	987	1005	1021
Skaraborg	1468	1363	1503	1504
Värmland	1290	983	840	714
Örebro	1328	935	938	799
Västmanland	662	1006	1129	885
Dalarna	1120	914	1060	1211
Gävleborg	1032	870	956	1109
Västernorrland	1409	1192	1257	1015
Jämtland	1531	964	1189	832
Västerbotten	828	788		854
Norrbotten	1240	1109	1202	893
Hela riket	1374	1219	1396	1206

Som tidigare nämnts saknas fullständiga uppgifter från några sjukvårdsområden år 1985. Regionala variationer kan noteras hela perioden, men en viss utjämning har skett. År 1979 var relationen mellan de landsting som hade lägst respektive högst antal utskrivningar per 100 000 invånare 1:3,8 och tio år senare 1:2,8.

6.5.2 Vårddagar

Vårdtidens längd finns i utskrivningsstatistiken endast relaterad till utskrivningstillfällen. Antal vårddagar per kalenderår kan därför inte hämtas därifrån. Av tabell 6.19 framgår däremot totala antalet vårddagar i psykiatrisk vård (inkl. barn- och ungdomspsykiatri) per 1 000 invånare under 1980-talet fördelade på sjukvårdsområde.

Tabell 6.19 Antal vårddagar i psykiatrisk vård (inkl. BUP, exkl. enskilda vårdhem) per 1 000 invånare åren 1980, 1983, 1985, 1987 och 1989 fördelade på sjukvårdsområde

Sjukvårdsområde	1980	1983	1985	1987	1989	Index 1989 1980=100
Stockholm	1012	922	813	719	467	46
Uppsala	1157	1168	1035	919	731	63
Södermanland	1035	881	693	471	480	46
Östergötland	1026	886	840	703	512	50
Jönköping	1467	1316	1330	1103	546	37
Kronoberg	1596	1598	1324	983	838	53
Kalmar	1289	1268	961	814	451	35
Gotland	874	1045	736	570	396	45
Blekinge	1432	1257	606	529	287	20
Kristianstad	1313	1303	1283	1070	679	52
Malmö kommun	1062	1018	983	716	786	74
Malmöhus	1273	1100	928	732	525	41
Halland	981	964	845	749	544	55
Göteborgs kommun	1692	1922	1642	1705	1341	79
Bohuslän	1124	949	898	703	476	42
Älvsborg	1207	1016	954	863	521	43
Skaraborg	992	790	657	525	401	40
Värmland	980	893	600	529	464	47
Örebro	940	863	684	497	377	40
Västmanland	699	685	557	461	394	56
Dalarna	1371	1114	607	603	511	37
Gävleborg	983	1011	805	595	466	47
Västernorrland	1152	1038	968	779	742	64
Jämtland	1419	1240	1159	778	595	42
Västerbotten	996	827	506	410	351	35
Norrbotten	998	915	868	761	603	60
Hela riket	1145	1057	899	765	559	49

Källa: Landstingen i diagram och siffror åren 1980–1989 samt LKELP 90, rapport nr 3. Landstingsförbundet.

Antalet vårddagar har minskat med hälften i hela riket mellan åren 1980–1989. De regionala skillnaderna är emellertid stora. I Blekinge har vårddagarna minskat med hela 80 %. Göteborgs kommun, som hade störst antal vårddagar per 1 000 invånare år 1980, har minskat minst. Därmed har skillnaderna mellan landstingsområdena ökat. År 1980 hade Göteborg 2,4 gånger och år 1989 4,7 gånger så många vårddagar per 1 000 invånare som det område som hade lägst antal (Västmanland respektive Blekinge).

I dessa siffror ingår emellertid inte vårddagar vid enskilda vårdhem, som i vissa landsting är av betydande omfattning. Totalt kan omfattningen

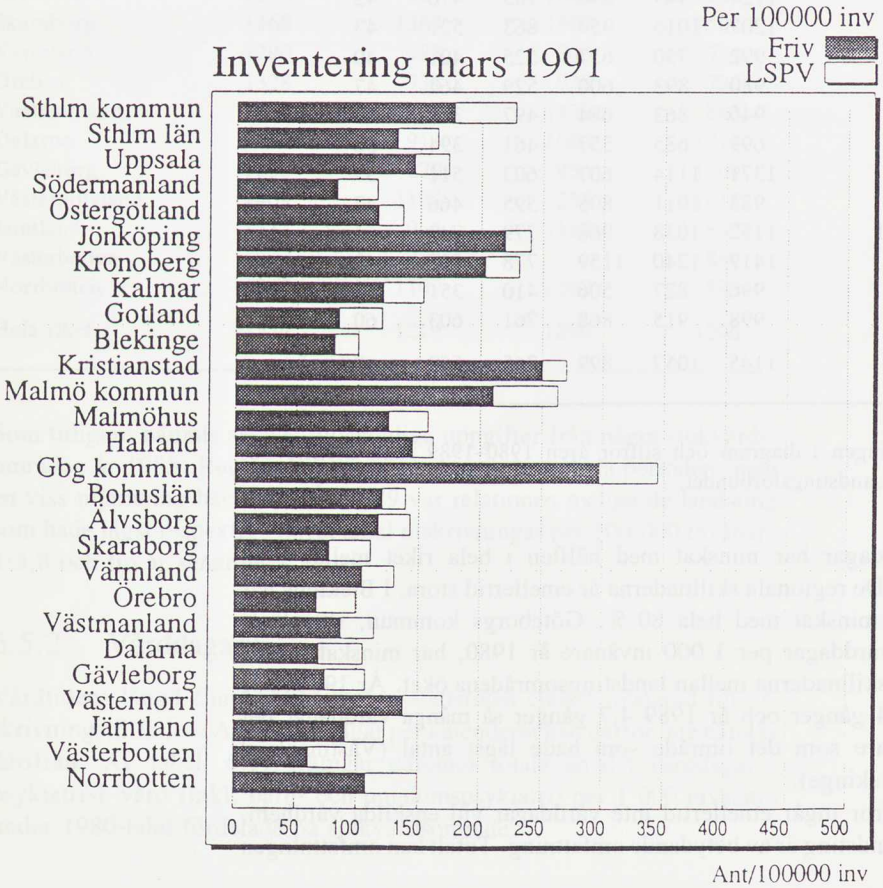
av psykiatrisk vård vid enskilda vårdhem under ett år i hela riket uppskattas till närmare en miljon vårddagar.

6.5.3 Patientinventeringar

I detta avsnitt redovisas resultaten från patientinventeringarna med fördelning utifrån patienternas hemortslän. När det gäller den senaste inventeringen i mars 1991 redovisas, där det är möjligt, Stockholms län uppdelat på Stockholms kommun ("Sthlm kommun") för sig och länet i övrigt ("Sthlm län") för sig. Därmed finns möjlighet att jämföra de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö med landet i övrigt. När Stockholms län inte är uppdelat på detta sätt avses med "Stockholm" hela länet.

Vid inventeringen år 1991 varierar det totala antalet inneliggande patienter i de olika sjukvårdsområdena mellan 92 och 345 per 100 000 invånare, se figur 6.5. Antalet tvångsvårdade per 100 000 invånare varierar mellan 17 och 53.

Figur 6.5 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringen år 1991 fördelat på vårdform och hemortslän



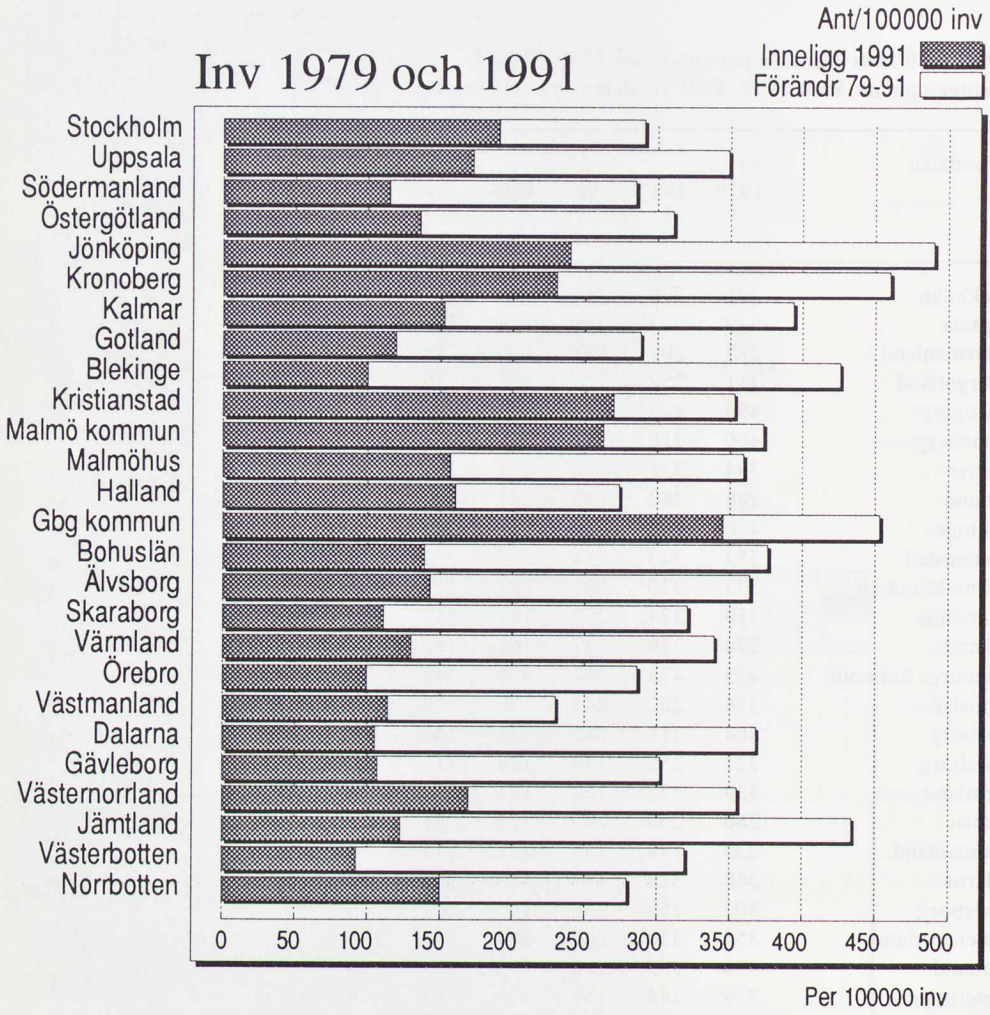
Antalet inneliggande, såväl frivilligt vårdade som tvångsvårdade, per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979, 1982, 1985, 1988 och 1991 fördelat på patienternas hemortslän redovisas i tabell 6.20

Tabell 6.20 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979–1991 fördelade på hemortslän

Hemortslän	År					
	1979	1982	1985	1988	1991	Index 1991 (1979=100)
Stockholm	291	276	248	205	191	66
Uppsala	349	327	278	229	173	50
Södermanland	285	209	187	120	115	40
Östergötland	311	252	226	168	136	44
Jönköping	490	442	365	285	240	49
Kronoberg	460	416	352	270	231	50
Kalmar	394	338	276	168	153	39
Gotland	288	280	180	199	119	41
Blekinge	426	366	241	189	100	23
Kristianstad	353	342	354	317	270	76
Malmö kommun	373	336	286	292	263	71
Malmöhus	359	334	259	187	157	44
Halland	274	279	227	161	161	59
Göteborgs kommun	453	475	494	456	345	76
Bohuslän	376	282	245	170	139	37
Älvsborg	364	311	282	171	143	39
Skaraborg	321	255	178	136	111	35
Värmland	339	277	160	144	130	38
Örebro	286	260	205	123	99	35
Västmanland	230	179	155	128	114	50
Dalarna	368	323	167	137	105	29
Gävleborg	302	258	231	140	107	35
Västernorrland	355	320	262	204	170	48
Jämtland	434	359	250	216	123	28
Västerbotten	319	248	154	114	92	29
Norrbotten	279	258	233	177	150	54
Totalt	342	305	256	201	170	50

Räknat på antal inneliggande patienter per 100 000 invånare har Blekinge län minskat mest och Kristianstads län minskat minst mellan den första och den senaste inventeringen. De regionala skillnaderna har relativt sett ökat under perioden. År 1979 hade området med högst antal patienter, Jönköpings län, 2,1 gånger så många inneliggande som området med lägst antal, Västmanland. Vid inventeringen år 1991 hade Göteborgs kommun med flest antal patienter 3,8 gånger så många som Västerbottens län, som hade lägst antal. Förändringarna mellan inventeringarna åren 1979 och 1981 illustreras grafiskt i figur 6.6.

Figur 6.6 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979 och 1991



Diagnoser

En del av variationen mellan sjukvårdsområdena kan emellertid förklaras av organisatoriska skillnader. Framför allt gäller detta vård av äldre personer med diagnosen senil demens och missbrukarvården. Dessa patientkategorier vårdas i en del områden inom och i andra områden utanför den psykiatriska vårdorganisationen. I tabell 6.21, där inventeringarna åren 1979 och 1991 redovisas, har därför missbruks- och demensdiagnoserna särredovisats. Förändringen mellan inventeringstillfällena anges när det gäller samtliga diagnoser utom demens- och missbruksdiagnoser.

Tabell 6.21 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979 och 1991 fördelade på hemortslän med särredovisning av missbruks- och demensdiagnoser

Hemortslän	År 1979*			1991**			Index -91 (övr diag, -79 =100)
	Missbr	Demens	Övr diag	Missbr	Demens	Övr diag	
Stockholm	39	46	206	22	8	160	78
Uppsala	39	52	258	17	14	142	55
Södermanland	21	38	226	5	9	101	45
Östergötland	27	47	237	10	10	116	49
Jönköping	43	103	344	17	25	198	58
Kronoberg	25	103	332	10	33	188	57
Kalmar	32	50	311	7	13	133	43
Gotland	16	42	230	9	9	101	44
Blekinge	26	77	323	7	0	93	29
Kristianstad	26	55	272	7	99	164	60
Malmö kommun	43	53	276	30	57	176	64
Malmöhus	37	82	240	14	25	118	49
Halland	19	61	194	7	51	103	53
Göteborgs kommun	87	80	286	56	106	183	64
Bohuslän	31	69	276	20	17	102	37
Älvsborg	34	68	262	12	16	115	44
Skaraborg	22	76	223	14	9	88	39
Värmland	26	55	258	5	5	120	47
Örebro	24	26	236	9	1	89	38
Västmanland	19	11	200	9	2	103	52
Dalarna	25	61	282	8	3	94	33
Gävleborg	20	57	225	7	4	96	43
Västernorrland	24	53	278	11	18	141	51
Jämtland	29	116	289	6	16	101	35
Västerbotten	18	29	272	8	1	83	31
Norrbotten	21	26	232	5	5	140	60
Totalt	33	57	251	15	21	133	53

*) Missbr = diagnosgrupperna 291, 303 och 304. Demens = diagnosgruppen 290. Övr diag = samtliga övriga diagnoser.

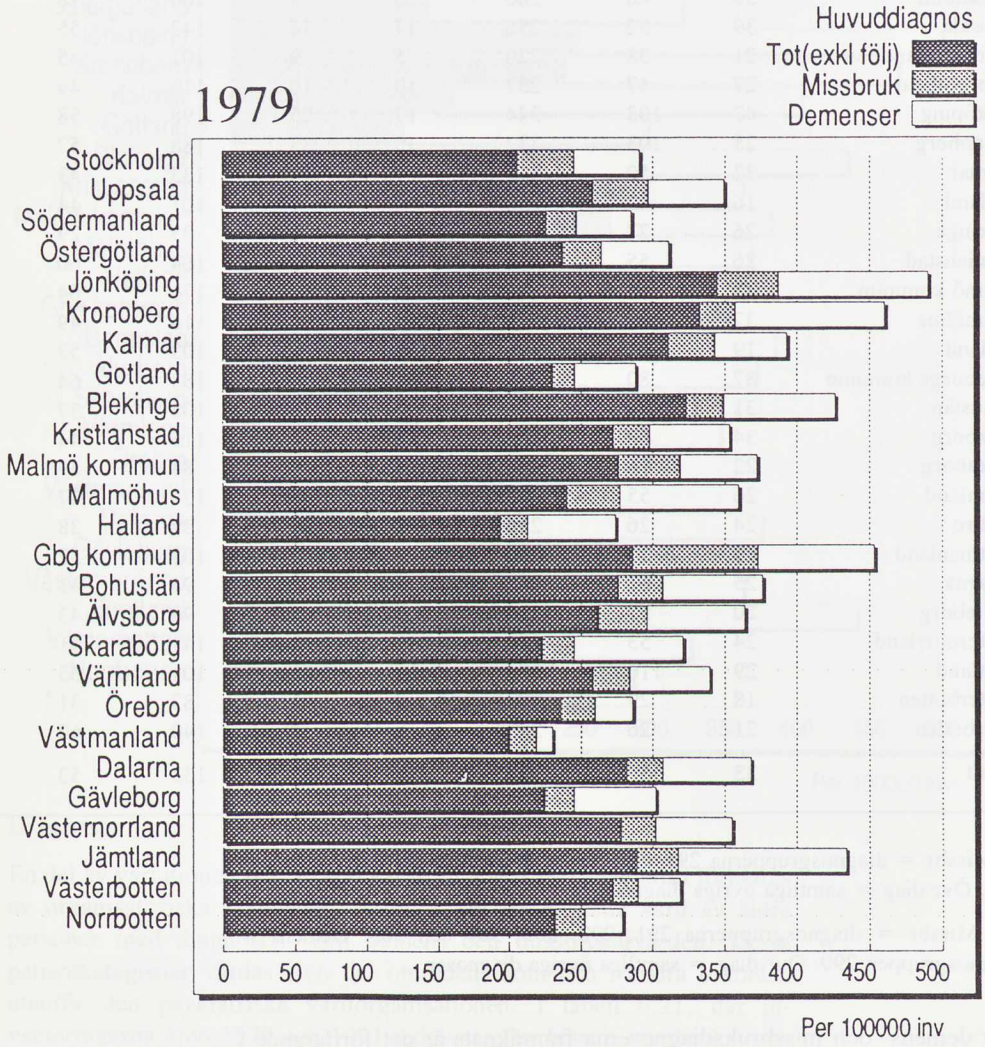
**) Missbr = diagnosgrupperna 291, 292, 303, 304 och 305. Demens = diagnosgruppen 290. Övr diag = samtliga övriga diagnoser.

När demens- och missbruksdiagnoserna frånräknats är det fortfarande i Blekinge som antalet inneliggande per 100 000 invånare minskat mest mellan inventeringarna åren 1979 och 1991. Minst har antalet sjunkit i Stockholms län (i sin helhet). Förhållandet mellan högsta respektive lägsta antal per 100 000 invånare har även med detta sätt att räkna ökat mellan inventeringarna (1979: Jönköping 344/Halland 194 = 1,8; 1991: Jönköping 198/Västerbotten 83 = 2,4). I Kristianstad, Göteborgs kommun samt

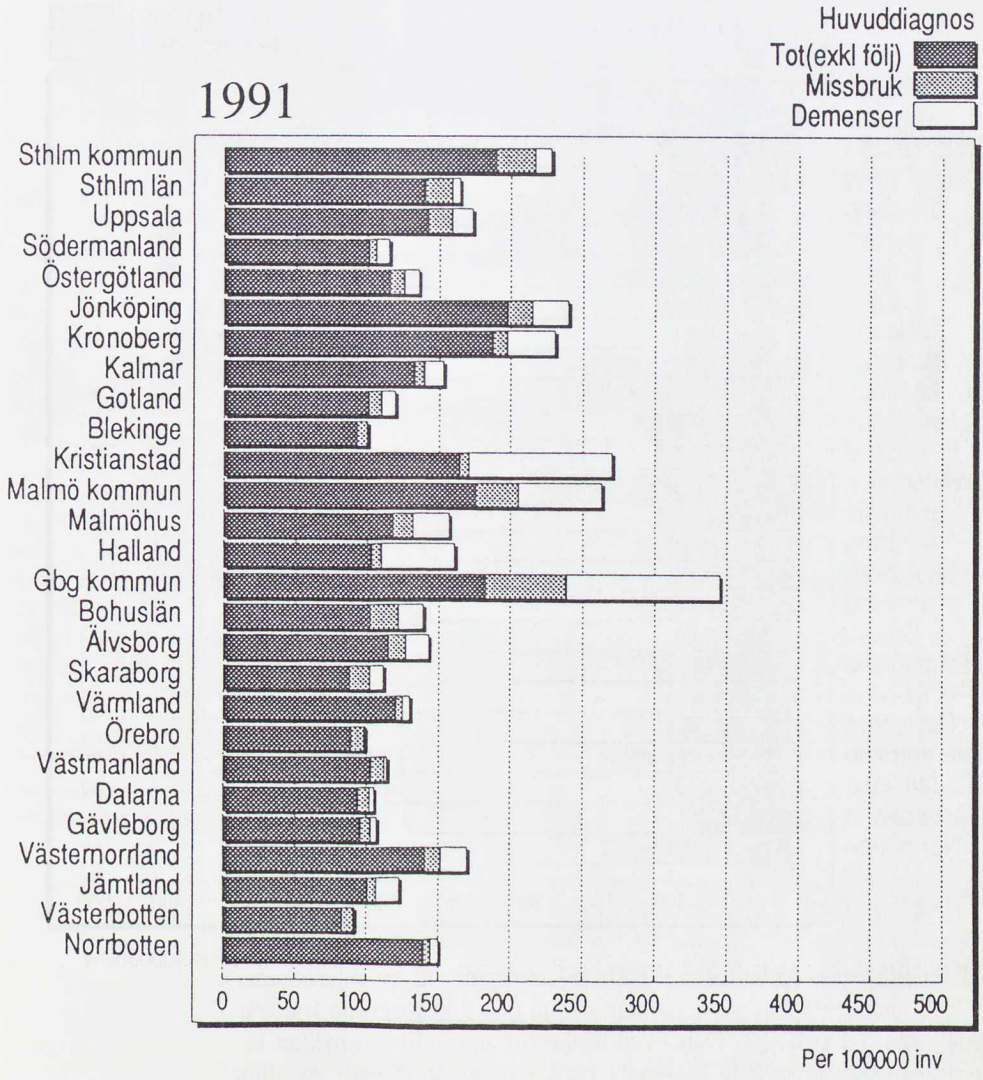
Malmö kommun har antalet inneliggande per 100 000 invånare med demensdiagnos ökat mellan åren 1979 och 1991. Framför allt det höga talet för Göteborgs kommun minskar när demens- och missbruksdiagnoserna frånräknas.

Uppgifterna i tabell 6.21 illustreras grafiskt i figurerna 6.7, 6.8 och 6.9.

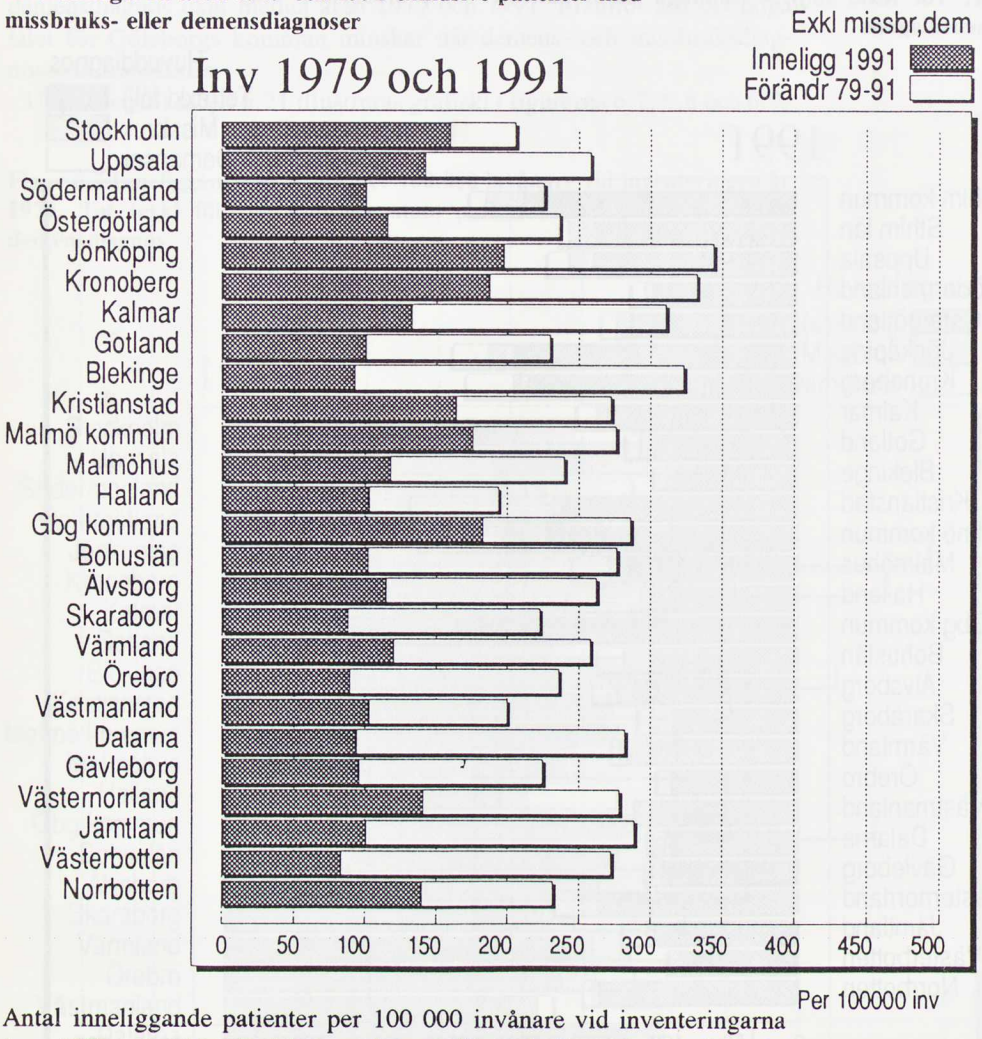
Figur 6.7 Inneliggande patienter per 100.000 invånare vid inventeringen år 1979. Tot (exkl följ) = samtliga utom patienter med missbruks- eller demensdiagnos



Figur 6.8 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringen år 1991. Tot (exkl följ) = samtliga utom patienter med missbruks- eller demensdiagnos



Figur 6.9 Inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979 och 1991 exklusive patienter med missbruks- eller demensdiagnoser



Antal inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979 och 1991 fördelade på hemortslän och diagnosgrupp framgår av bilagorna 6.1 och 6.2. Den ovan beskrivna utvecklingen mellan inventeringstillfällena och de regionala variationerna återfinns i de olika diagnosgrupperna. Antal inneliggande med diagnosen schizofreni per 100 000 invånare har i Blekinge minskat från 202 till 50 mellan åren 1979 och 1991. Antal med schizofrenidiagnos per 100 000 invånare var 1991 nästan tre gånger så höga i Kronoberg (115) som i Örebro län (41).

Tvångsvård

Av tabell 6.22 framgår antalet inneliggande enligt LSPV i de olika sjukvårdsområdena vid inventeringarna åren 1979 och 1991.

Tabell 6.22 Inneliggande patienter vårdade enl LSPV per 100 000 invånare vid inventeringarna åren 1979 och 1991 fördelade på hemortslän

Hemortslän	År 1979	1991	Index 1991 (1979=100)
Stockholm	127	40	31
Uppsala	113	28	25
Södermanland	86	33	38
Östergötland	144	20	14
Jönköping	126	21	17
Kronoberg	223	28	13
Kalmar	139	33	24
Gotland	113	35	31
Blekinge	216	19	9
Kristianstad	48	20	42
Malmö kommun	130	53	41
Malmöhus	88	32	36
Halland	72	17	24
Göteborgs kommun	136	48	35
Bohuslän	52	19	37
Älvsborg	179	26	15
Skaraborg	150	34	23
Värmland	109	26	24
Örebro	50	32	64
Västmanland	65	27	42
Dalarna	149	36	24
Gävleborg	227	33	15
Västernorrland	144	32	22
Jämtland	120	32	27
Västerbotten	142	31	22
Norrbotten	101	42	42
Totalt	124	32	26

Även när det gäller antalet vårdade enligt LSPV har under den aktuella perioden den kraftigaste minskningen skett i Blekinge. Minsta förändringen föreligger i Örebro län, som emellertid hade ett lågt antal inneliggande enligt LSPV per 100 000 invånare redan vid inventeringen år 1979. De regionala variationerna har när det gäller tvångsvård utjämnats mellan åren 1979 och 1991. Högsta antalet per 100 000 invånare hade år 1979 Gävleborg med 227, vilket var 4,7 ggr så många som Kristianstad, som hade 48. År 1991 var antalet 3,1 ggr så många i området med högsta antalet (Malmö kommun: 53) som i området med lägst antal (Halland: 17).

Familjevård

Antalet patienter i familjevård varierar kraftigt i landet. Vid patientinventeringen den 20 mars 1991 hade 12 landsting inga patienter placerade i familjevård, se tabell 6.23. Störst antal familjevårdspatienter hade Stockholm (kommunen och länet i övrigt), Uppsala län, Malmö kommun och Göteborgs kommun.

Tabell 6.23 Patienter i familjevård vid inventeringen 1991 efter hemortslän

Hemortslän	Antal	Antal per 100 000 inv
Stockholms kommun	152	23
Stockholms län	177	18
Uppsala	39	15
Södermanland	10	4
Östergötland		–
Jönköping	5	2
Kronoberg	–	–
Kalmar	1	0
Gotland	–	–
Blekinge	2	1
Kristianstad	–	–
Malmö kommun	30	13
Malmöhus	–	–
Halland	2	1
Göteborgs kommun	43	10
Bohuslän	1	0
Älvsborg	–	–
Skaraborg	10	4
Värmland	–	–
Örebro	1	0
Västmanland	–	–
Dalarna	–	–
Gävleborg	1	0
Västernorrland	–	–
Jämtland	–	–
Västerbotten	15	6
Norrbotten	–	–
Totalt	489	6

Utomlänsvård

Omfattningen av utomlänsvård inom psykiatrin i de olika sjukvårdsområdena framgår av tabell 6.24.

Tabell 6.24 Procentuell andel patienter per hemortslän vårdade inom annat län vid inventeringarna åren 1979, 1985 och 1991

Hemortslän	År 1979	1985	1991
Stockholm	28	20	20
Uppsala	4	4	5
Södermanland	3	6	3
Östergötland	4	4	4
Jönköping	6	2	2
Kronoberg	2	2	2
Kalmar	2	3	5
Gotland	4	5	4
Blekinge	4	6	10
Kristianstad	11	6	6
Malmö kommun	20	17	24
Malmöhus	8	8	12
Halland	29	16	23
Göteborgs kommun	*)	*)	15
Bohuslän	8	8	33
Älvsborg	10	12	17
Skaraborg	3	5	6
Värmland	4	3	4
Örebro	5	5	6
Västmanland	50	34	11
Dalarna	2	3	4
Gävleborg	5	4	3
Västernorrland	10	2	3
Jämtland	2	2	4
Västerbotten	1	1	1
Norrbotten	2	2	2
Totalt	12	10	12

*) uppgift saknas.

Andelen vårdade utanför det egna länet av samtliga inneliggande patienter i hela landet är oförändrad mellan åren 1979 och 1991. Antalet utomlänsvårdade har därmed minskat i samma omfattning som totalantalet patienter i riket.

Stockholms län har en femtedel av sina patienter år 1991 vårdade utanför länets gränser. Bohuslän har en hög andel utomlänsvårdade. Många av dessa vårdas i Göteborgs kommun. Flertalet "utomlänsvårdade" i Malmö kommun finns inom Malmöhus län. De utomlänsvårdade från Halland är mera utspridda. Västmanland har kraftigt minskat sin från 1979 höga andel utomlänsvårdade.

Patienter med långa vårdtider

Som framgår av tabell 6.7 i början av kapitlet var andelen inneliggande patienter med vårdtid längre än ett år 50 % i riket som helhet vid inventeringen i mars 1991. Även här föreligger stora regionala variationer från 22 % i Skaraborg till 61 % i Kronoberg.

Andelen inneliggande vid enskilda vårdhem varierar vid samma inventering från noll (Gotland, Jämtland, Västerbotten) till 43 % (Jönköpings län). Många enskilda vårdhem ligger långt från hemorten vilket kan bidraga till långa vårdtider för patienterna.

I bilaga 5, figur 5:3 åskådliggörs en samvariation i landets sydöstra delar mellan andelen inneliggande med vårdtid överstigande ett år och andelen inneliggande vid enskilda vårdhem vid inventeringen år 1991. Om man i stället räknar antalet inneliggande per 100 000 invånare med vårdtid över ett år resp vid enskilda vårdhem blir denna samvariation ännu tydligare (bilaga 5, figur 5:4). I övriga landet, framför allt den norra delen, där enskilda vårdhem förekommer i ringa omfattning, finns inte denna samvariation.

Omfattningen av patienter som mer eller mindre bor inom den psykiatriska vårdorganisationen kan också belysas med andra data från den senaste patientinventeringen. Här har vårdtider överstigande tre år bedömts vara en adekvat avgränsning. Patienter vårdade enligt LSPV har i detta sammanhang exkluderats, då det inte kan sägas handla om boende vid tvångsvård. Av de frivilligt vårdade patienter som var inneliggande vid inventeringen hade 37 %, nästan 4 400 personer, vårdtider överstigande tre år. I tabell 6.25 anges dels antal inneliggande frivilligt vårdade patienter med över tre års vårdtid per 100 000 invånare fördelade på hemortslän, dels max- och min-antal per 100 000 invånare i primärkommunerna i respektive län.

Flera mindre kommuner hade vid inventeringen inga patienter med långa vårdtider frivilligt vårdade inom psykiatrin. I många andra små kommuner fanns på inventeringsdagen ett mycket litet antal inneliggande frivilligt vårdade patienter med mer än tre års vårdtid, vilket gör en jämförelse mellan samtliga kommuner av antalet sådana patienter relaterat till kommunernas invånarantal mindre meningsfull. Tabell 6.22 visar emellertid att det finns en stor spännvidd mellan länen och i synnerhet mellan kommunerna när det gäller boende, definierat på angivet sätt, på psykiatriska vårdinstitutioner.

Tabell 6.25 Antal vid inventeringen år 1991 inneliggande frivilligt vårdade patienter, med vårdtider överstigande tre år, per 100 000 invånare fördelade på hemortslän samt max- och min-antal per 100 000 invånare i kommunerna i respektive län

Hemortslän	Antal frivilligt vårdade med vårdtid > 3 år per 100 000 inv	Fördelning efter hemkommun Friv vårdade m vårdtid > 3 år per 100 000 inv i resp kommun i länet Min	Max
Stockholm	55	9	100
Uppsala	60	20	69
Södermanland	19	6	138
Östergötland	54	16	198
Jönköping	91	20	149
Kronoberg	92	38	188
Kalmar	45	22	82
Gotland	19		
Blekinge	39	31	46
Kristianstad	94	32	142
Malmöhus	45	0	73
Halland	62	35	88
Bohuslän	87	9	114
Älvsborg	51	0	106
Skaraborg	11	0	47
Värmland	37	7	62
Örebro	17	0	32
Västmanland	20	0	32
Dalarna	16	0	32
Gävleborg	29	14	43
Västernorrland	55	22	92
Jämtland	32	11	57
Västerbotten	20	0	80
Norrbotten	61	26	133
Totalt i riket	**51**	**0**	**198**

6.5.4 Vård enligt LSPV

Vårdtillfällen

Omfattningen av psykiatrisk tvångsvård varierar enligt de registrerade uppgifterna i LSPV-statistiken 1984–1988 kraftigt i olika delar av landet men har minskat i de flesta sjukvårdsområden under perioden. Som tidigare nämnts finns ett bortfall i registret, vars totala omfattning inte är känd. Emellertid bör nämnas att från Västmanlands län, som har låga siffror när det gäller tvångsvårdens omfattning, föreligger en underrapportering. Samtliga tabeller i det följande bygger dock på de uppgifter som finns registrerade. I tabell 6.26 redovisas antalet utskrivningar från

vård enligt LSPV per 100 000 invånare fördelade efter patienternas hemortslän.

Tabell 6.26 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV per 100 000 invånare åren 1984–1988 fördelade efter patienternas hemortslän

Hemortslän	År					Index 1988
	1984	1985	1986	1987	1988	(1984=100)
Stockholm	187	172	166	164	132	71
Uppsala	168	158	141	146	124	74
Södermanland	152	126	131	130	119	78
Östergötland	121	105	117	112	96	79
Jönköping	141	127	121	113	123	87
Kronoberg	130	128	93	114	113	87
Kalmar	219	188	164	123	116	53
Gotland	180	96	94	84	106	59
Blekinge	168	136	134	99	100	60
Kristianstad	80	91	97	94	97	121
Malmö kommun	172	165	133	124	143	83
Malmöhus	172	160	142	126	127	74
Halland	55	77	75	79	88	160
Göteborgs kommun	217	256	262	210	198	91
Bohuslän	123	116	134	114	108	88
Älvsborg	167	164	174	153	147	88
Skaraborg	272	237	222	195	180	66
Värmland	226	122	110	117	91	40
Örebro	103	132	149	136	139	135
Västmanland	88	80	68	57	82	93
Dalarna	181	162	118	116	134	74
Gävleborg	203	176	159	147	156	77
Västernorrland	157	144	157	142	127	81
Jämtland	196	161	121	108	130	66
Västerbotten	188	166	152	163	139	74
Norrbotten	182	184	159	196	165	91
Totalt	168	156	148	139	130	77

Den kraftigaste minskningen har skett i Värmland, där antalet registrerade utskrivningar från LSPV-vård minskat med 60 % mellan åren 1984 och 1988. I Kalmar län var motsvarande minskning 47 %. Antalet registrerade utskrivningar från LSPV har ökat under femårsperioden i tre län, nämligen Halland, Örebro och Kristianstad. De regionala skillnaderna är fortfarande stora år 1988 men har utjämnats under perioden. År 1984 var antalet utskrivningar per 100 000 invånare nästan fem gånger så stort i Skaraborgs län, som hade det högsta antalet, som i Hallands län, där antalet var minst. År 1988 var utskrivningarna från LSPV i det område som hade det högsta antalet, Göteborgs kommun, ca 2,5 gånger så många som i Västmanlands län, där det registrerade antalet var lägst.

Andelen utskrivningar av män var som tidigare nämnts 56 % år 1984 och 53 % år 1988. Mellan landstingsområdena, och inom varje område mellan åren, föreligger emellertid stora variationer i könsfördelningen. Av LSPV-utskrivningarna av personer med hemort i Uppsala län avsåg år 1988 46 % män medan motsvarande siffra för Kalmar län var 68 %. Några områden har genomgående högre andel män än genomsnittet (Kalmar, Jämtland, Norrbotten) och några övervägande högre andel kvinnor (Värmland, Kristianstad, Bohuslän). Av utskrivningarna avseende personer bosatta i Örebro län har andelen män, i motsats till den generella utvecklingen, ökat från 48 till 60 % under femårsperioden.

Intagningssätt

Andelen konverteringar och återintagningar från försöksutskrivning varierar kraftigt med patienternas hemortslän, se tabell 6.27.

Av tabellen framgår att praxis vid tillämpning av LSPV när det gäller konverteringar och återintagningar från försöksutskrivning var olika i olika delar av landet. I hälften av vårdtillfällena med vård enligt LSPV år 1988 av personer med hemort i Norrbottens län skedde intagningen genom återintagning från försöksutskrivning. För Blekinge var motsvarande andel 17 %. Andelen konverteringar av klinikens egna läkare varierar mellan 1 % i Malmö kommun och 8 % i Uppsala län. Andelen som överförts från frivillig vård till vård enligt LSPV av andra läkare än klinikens egna varierar mellan 2 % på Gotland och 22 % i Göteborgs- och Bohus län. Sett över tiden under perioden 1984–1988 är fördelningen mellan intagningssätten totalt i riket, som tidigare redovisats, oförändrad. I vissa landstingsområden däremot har markanta förändringar skett. Exempelvis har andelen konverteringar av annan läkare minskat från 13 till 5 % i Kronoberg och ökat från 10 till 22 % i Göteborgs- och Bohus län. Andelen "åter från FU" har ökat från 18 till 24 % i Västmanland och minskat från 38 till 24 % i Dalarna.

Skillnaderna mellan landstingsområdena är också tydliga när de olika intagningssätten relateras till befolkningsunderlaget. År 1988 skedde två utskrivningar från LSPV per 100 000 invånare, där intagningssättet var "konvertering genom annan läkare", av personer med hemort i Gotlands kommun och 25 sådana utskrivningar av patienter med hemort i Skaraborgs län. Antalet avslutade vårdtillfällen med intagningssättet "konvertering av egen läkare" var samma år ett per 100 000 invånare i Värmlands län och tio per 100 000 invånare i Uppsala, Dalarna och Gävleborgs län. För återintagningar från försöksutskrivning var motsvarande siffror 17 i Blekinge län och 91 i Göteborgs kommun. Genomsnitt för riket var: "konvertering egen läkare" 12, "konvertering annan läkare" fem och "åter från FU" 41 per 100 000 invånare.

Tabell 6.27 Utskrivningar (exkl förflyttningar) från vård enligt LSPV år 1988 fördelade efter hemortslän. Andel konverteringar och återintagningar från FU. Procentuella tal

Hemortslän	n	Konvertering Annan läk	Egen läk	Åter från FU
Stockholm	2133	11	3	25
Uppsala	322	7	8	36
Södermanland	299	13	6	28
Östergötland	382	10	5	20
Jönköping	373	11	3	23
Kronoberg	199	5	2	31
Kalmar	277	9	3	29
Gotland	60	2	2	27
Blekinge	149	7	7	17
Kristianstad	276	13	3	25
Malmö kommun	331	8	1	19
Malmöhus län	674	11	5	34
Halland	217	8	5	29
Göteborgs kommun	854	9	2	46
Bohuslän	322	22	2	24
Älvsborg	637	6	4	38
Skaraborg	489	14	3	37
Värmland	256	8	2	24
Örebro	376	3	5	46
Västmanland	209	11	3	24
Dalarna	382	7	7	24
Gävleborg	448	6	7	38
Västernorrland	329	10	2	34
Jämtland	175	7	5	47
Västerbotten	345	9	2	36
Norrbotten	432	4	2	51
Hela riket	11000	10	4	32

Vårdbehovsbedömning

Andelen som vid vårdbehovsbedömningen inom åtta dagar efter tvångsintagningen bedöms ej behöva fortsatt LSPV-vård skiljer sig starkt vid jämförelse mellan hemortslänen. I Jämtlands län har 28 % av utskrivningarna år 1988 bedömts ej vårdbehövande enligt LSPV. I Blekinge län var motsvarande andel 2 %. Riksgenomsnittet utgjorde 15 %.

Vårdtyp

Andelen vårdtillfällen som gäller N-fall varierar mellan landstingsområdena från 1 till 12 % av utskrivningarna år 1988, och andelen O-fall mellan 0 och 6 % (riksgenomsnitt 4 respektive 2 %). Tre fjärdedelar av sjukvårdsområdena hade samma år inga PN-fall, medan de övriga hade

några enstaka sådana fall (sammanlagt 17 i hela riket). Sett i relation till befolkningsunderlaget finns även här olikheter. Antal utskrivningar år 1988 av N-fall med hemort i Jönköpings och Blekinge län var en per 100 000 invånare, vilket kan jämföras med 17 per 100 000 invånare i Malmö kommun (riksgenomsnitt 6 per 100 000 invånare).

Diagnoser

LSPV-utskrivningarnas fördelning på huvuddiagnoser och hemortslän åren 1984 och 1988 redovisas i bilagorna 6.5 och 6.6. Liksom utskrivningarna totalt varierar de olika diagnosgruppernas andel av utskrivningarna mellan landstingsområdena. Variationsvidden för flertalet diagnosgrupper har emellertid minskat under femårsperioden. Räknat per 100 000 invånare var antalet utskrivningar från LSPV under diagnosen senil eller presenil demens år 1984 nästan 15 gånger så stort i det landstingsområde som hade flest sådana utskrivningar än i områdena med minst antal. År 1988 var motsvarande förhållande sex gånger så många i det landsting som hade flest sådana utskrivningar. Förhållandet mellan landsting med högsta respektive lägsta antal utskrivningar från LSPV per 100 000 invånare för några andra diagnosgrupper åren 1984 respektive 1988 var följande: schizofreni 10 respektive 6, affektiv psykos 6 respektive 4 och övriga psykoser 8 respektive 3. Största variationen mellan landstingsområden föreligger för diagnosen alkoholism. År 1984 registrerades tre utskrivningar från LSPV per 100 000 invånare med denna diagnos i Västmanland jämfört med 69 i Skaraborg. År 1988 var lägsta respektive högsta antal sådana utskrivningar en per 100 000 invånare i Örebro län och 32 i Skaraborgs län.

Diagnosgruppernas andel av LSPV-utskrivningarna varierar också med patienternas hemortslän. Demenserna varierar mellan 1 och 7 %, neuroserna mellan mindre än en och 7 %, alkoholismdiagnoserna mellan 1 och 18 % samt schizofrenierna mellan 11 och 35 % av samtliga LSPV-utskrivningar år 1988. Andelen utskrivningar som skedde under någon form av psykosdiagnos var år 1988 57 % i Älvsborgs län jämfört med 80 % i Västmanland (riksgenomsnitt 69 %).

Vårdtider

I tabell 6.28 redovisas utskrivningarna år 1988 fördelade efter vårdtidens längd i respektive hemortslän.

Tabell 6.28 Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV år 1988 fördelade på patienternas hemortslän. Procentuell fördelning efter vårdtidens längd

Hemortslän	n	Vårdtid 0–8 dgr	9–14 dgr	15–30 dgr	31–60 dgr	61–90 dgr	91–365 dgr	>1 år
Stockholm	2133	24	10	22	19	8	14	4
Uppsala	322	27	9	20	19	9	10	7
Södermanland	299	24	7	22	20	10	12	5
Östergötland	382	31	13	15	21	8	9	2
Jönköping	373	32	9	20	21	7	6	4
Kronoberg	199	30	12	24	11	10	8	6
Kalmar	277	29	12	26	17	5	7	3
Gotland	60	40	7	12	12	10	13	7
Blekinge	149	38	10	19	14	7	9	3
Kristianstad	276	42	10	17	15	7	7	2
Malmö kommun	331	15	5	18	22	12	21	7
Malmöhus län	674	25	7	18	21	11	15	4
Halland	217	32	11	26	18	6	6	1
Göteborgs kommun	854	29	10	23	19	6	11	2
Bohuslän	322	35	7	25	14	5	13	2
Älvsborg	191	30	13	19	15	8	10	5
Skaraborg	149	30	12	22	19	4	9	2
Värmland	256	22	8	22	25	10	9	3
Örebro	376	30	15	20	17	4	11	3
Västmanland	209	32	8	23	15	11	8	3
Dalarna	382	20	9	24	21	10	11	5
Gävleborg	448	35	11	14	18	8	9	5
Västernorrland	329	30	9	19	16	7	13	5
Jämtland	175	38	6	17	19	8	9	2
Västerbotten	345	28	12	19	23	5	9	4
Norrbotten	432	34	13	19	15	7	10	2
Hela riket	11000	29	10	21	18	8	11	4

Andelen LSPV-vårdtillfällen under nio dagar varierar mellan 15 % i Malmö kommun och 40 % i Gotlands län. Andelen med längre vårdtid än tre månader varierar mellan 7 % i Hallands län och 28 % i Malmö kommun.

Utskrivningssätt

Liksom övriga studerade variabler skiljer sig fördelningen på utskrivningssätt mellan landstingsområdena. Andelen utskrivningar i form av överföring till fortsatt frivillig vård på den egna kliniken år 1988 varierar mellan 9 % i Jämtlands län och 32 % i Gotlands kommun (riksgenomsnitt 19 %). Andelen försöksutskrivningar var lägst i Göteborgs och Bohuslän, 47 %, och högst i Norrbottens län, 77 %. Riksgenomsnittet var här

61 %.

Antal försöksutskrivningar per 100 000 invånare år 1988 varierar mellan 49 i Västmanlands län och 143 i Göteborgs kommun (riksgenomsnitt 80).

6.5.5 Regionala skillnader i psykiatrisk slutenvård – sammanfattning

I detta avsnitt presenteras några sammanfattande siffror som belyser de regionala skillnaderna när det gäller psykiatrisk slutenvård och tvångsvård. För ett antal variabler redovisas siffrorna för de landstingsområden som har de högsta respektive de lägsta värdena, se tabell 6.29. Förhållandet mellan högsta och lägsta värdena har under 1980-talet minskat när det gäller antal utskrivningar från psykiatrisk vård men ökat avseende antalet psykiatriska vårddagar. Förhållandet mellan högsta och lägsta antalet inneliggande patienter per 100 000 invånare har likaså ökat mellan den första och den senaste patientinventeringen. När det gäller antal tvångsvårdade patienter har däremot förhållandet mellan max- och minvärdena minskat mellan inventeringarna.

Tabell 6.29 Skillnader mellan landstingsområden: Högsta resp lägsta värden avseende utskrivningar, vårddagar och inneliggande patienter

	År	Max	Min	Max/min
Ant utskr per	1979	2498	662	3,8
100 000 inv	1989	2016	714	2,8
Ant vdgr[1] per	1979	1692	699	2,4
100 000 inv	1989	1341	287	4,7
Ant innelig pat[2]	1979	490	230	2,1
per 100 000 inv	1991	345	92	3,8
Ant innelig pat[2] enl	1979	227	48	4,7
LSPV per 100 000 inv	1991	53	17	3,1
Ant innelig pat[2] med vårdtid >1 år per 100 000 inv	1991	186	25	7,4
Ant innelig friv vårdade pat[2] med vårdtid >3 år	1991	94	11	8,6

[1] exkl. enskilda vårdhem.

[2] vid respektive inventeringstillfälle.

När det gäller LSPV-statistiken från åren 1984–1988 (tabell 6.30), har en utjämning skett mellan landstingsområdena under femårsperioden be-

träffande antalet tvångsvårdstillfällen. Återintagning från försöksutskrivning var fem gånger så vanligt som intagningssätt för utskrivningarna från tvångsvård år 1988 i ett landsting som i ett annat. Användandet av konvertering från frivillig vård till tvångsvård är 10–12 gånger så vanligt i ett landsting än i ett annat, både när det gäller konvertering genom beslut av klinikens egna läkare eller av läkare utanför kliniken. Antalet N-fall, dvs. av domstol överlämnade till psykiatrisk vård, varierar ändå kraftigare. Skillnader föreligger också när det gäller under vilka diagnoser patienterna tvångsvårdas och i antalet försöksutskrivningar.

Tabell 6.30 Skillnader mellan landstingsområden: Utskrivningar enligt LSPV per 100 000 inv. åren 1984–1988

	År	Max	Min	Max/min
Antal utskr	1984	272	55	5,0
	1988	198	82	2,4
Intagningssätt:				
åter fr FU[1]	1988	91	17	5,4
konv annan läk	1988	25	2	12,5
konv egen läk	1988	10	1	10,0
N-fall	1988	17	1	17,0
Diagnos: schizofreni	1988	68	12	5,7
aff psykos	1988	52	13	4,0
övr psykos	1988	34	13	2,6
alkoholism	1988	32	1	32,0
Vårdtillf med tvångsåtg	1988	29	2	14,5
FU[1]	1988	143	49	2,9

[1] FU = försöksutskrivning.

Differenserna mellan högsta och lägsta värden i LSPV-statistiken kan dock, som tidigare påtalats, vara överdrivna på grund av bortfall av rapporterade tvångsvårdstillfällen från vissa landsting.

Skillnaderna kan belysas också på annat sätt (tabell 6.31), nämligen i form av procentuella andelar av samtliga tvångsvårdstillfällen i respektive landstingsområde. Även dessa siffror belyser att användandet av försöksutskrivningar och konverteringar varierar kraftigt, liksom vårdtidens längd vid tvångsvård.

Tabell 6.31 Skillnader mellan landstingsområden: Utskrivningar enligt LSPV år 1988. Procent

	Max	Min
Andel av samtliga tvångsvårdstillfällen		
åter från FU	51	17
konv annan läkare	8	1
konv egen läkare	22	2
Ej vårdbehövande vid prövning inom 8 dgr	28	2
N-fall	12	1
Vårdtid – 8 dgr	40	15
Vårdtid > 3 mån	28	7
Vårdtillf m bältesläggn	14	0
Vårdtillf m tvångsinj	21	0
Utskr: forts friv vård	32	9
FU	77	47

De skillnader som redovisas avser skillnader i registrerat antal vårdtillfällen, inneliggande patienter etc. Det exakta faktiska talen är däremot okända. De data från utskrivningsstatistik, patientinventeringar, LSPV-statistik m.m. som presenteras i denna rapport bekräftar ändå, som visats i tidigare studier och sammanställningar avseende den psykiatriska vården i Sverige, att omfattningen av psykiatrisk slutenvård och tvångsvård varierar i landet.

Vid en mer genomgripande analys av de regionala skillnaderna bör tillförlitligheten i aktuella registerdata studeras närmare. Vidare bör tänkbara orsaker till olikheterna analyseras. I vilken utsträckning kan de regionala variationerna förklaras av skillnader i vårdbehov, vårdefterfrågan, vårdtradition, vårdideologi, vårdorganisation, resurstillgång, den psykiatriska personalens sammansättning, utbildning och kompetens organisation, resurser och kompetens hos samverkande vårdgivare, ex. primärvård och socialtjänst, etc. Viktigt att studera är också vårdens effekter för patienterna och deras anhöriga samt vad beträffar den psykiska hälsan i befolkningen i områden med olika omfattning av vårdutnyttjande i sluten psykiatrisk vård.

En fortsatt analys av de regionala skillnaderna förutsätter dock att en nedbrytning på mindre geografiska områden kan göras. Varje landstingsområde inrymmer i sig stora variationer inom den psykiatriska slutenvården.

7 Vårdinnehåll

7.1 Öppen vård

Inventeringen av patienter i öppen psykiatrisk vård 1991 visar att den vanligaste formen för kontakt är ett planerat individuellt återbesök (68 % av alla kontakter). 14 % av patienterna gör besök i dagsjukvård och ungefär lika många får hembesök eller har kontakten med psykiatrisk personal på annat sätt utanför mottagningen. Om man jämför förhållandena i storstäderna med övriga landet finns det en femprocentig skillnad till förmån för något fler hembesök utanför storstäderna, där i stället kontakten något oftare sker på mottagning.

Diagnosen har betydelse för var kontakten sker. Patienter med kristillstånd eller med missbruk som första diagnos har nästan enbart individuella besök på mottagning. För psykospatienter sker det bara i hälften av alla kontakter. I stället är denna grupp den patientkategori som har den högsta andelen dagsjukvårdsbesök i relation till samtliga diagnosgrupper. Av alla hembesök så sker de flesta hos psykospatienter. Ovanligast är det att patienter med kristillstånd eller diagnosen missbruk får hembesök.

Tabell 7.1 Huvudsyftet med kontakten för patienterna i ÖVI-91 uppdelat på storstad och övriga landet. N=10.774

	Storstad		Övr landet		Riket		Regional variation
	n	%	n	%	n	%	%
Bedömningssamtal inkl. undersökning för intyg	313	(13)	948	(11)	1261	(12)	7–17
Medicinutdelning,injektionsgivning	389	(16)	900	(11)	1289	(12)	4–20
Stödjande samtal & stödterapi	914	(38)	3552	(43)	4466	(42)	28–53
ADL & social träning	189	(8)	857	(10)	1046	(10)	3–22
Kvalificerad psykoterapi	305	(13)	1075	(13)	1380	(13)	5–30
Rörelsebehandling, bildterapi etc	61	(3)	286	(3)	347	(3)	0–7
Annat	210	(9)	701	(8)	911	(9)	2–15
/Bortfall 74/							

Det vanligaste syftet med kontakten är att ge ett stödjande samtal (42 %) vilket i detta sammanhang även innefattar stödterapi i samtalsform. Andra syften med kontakten kan vara att göra bedömningar, dela ut medicin, genomföra social träning eller ge kvalificerad psykoterapi. Var och en av dessa typer av insatser förekommer vardera i 10 till 13 % av kontakterna och skillnaderna är så små att någon enskild åtgärd knappast kan framhållas som vanligare. Sjukgymnastisk rörelsebehandling och konstnärliga, icke-verbala terapiformer har en blygsam ställning; 3 % av besöken avser sådana insatser.

En tendens till skillnad finns mellan storstad och övriga landet som innebär att 5 % fler av besöken i storstad avser medicinutdelning medan stödjande samtal i motsvarande grad är vanligare i övriga landet. Som tabell 7.1 visar är det en betydande variation mellan sjukvårdshuvudmännen i vilken utsträckning olika behandlingsinslag förekommer. T.ex. avser 30 % av kontakterna vid inventeringstillfället i Västernorrland kvalificerad psykoterapi medan motsvarande endast gäller för 5 % av besöken i Gävleborg och på Gotland. Medicinutdelning är huvudsyftet i 20 % av alla besök i Göteborgs kommun medan det endast sker i 4 % av fallen i Kalmar.

Tabell 7.2 Diagnostyper i ÖVI-91 relaterat till huvudsyftet med den psykiatriska kontakten. Procent; N= 10 774

	Bedömning %	Medicin utdelning %	Stödjande samtal %	ADL %	Psykoterapi ling %	Rörelsebehand- %	Annat %
Kristillstånd	19	3	59	2	12	1	3
Ångesttillstånd	12	5	44	7	22	4	6
Depressivt tillstånd	14	6	49	5	14	3	8
Borderline/ personlighetsstörning	9	6	40	9	26	4	6
Psykos/affektiv sjukdom	8	22	36	16	4	3	11
Missbruk	14	31	43	3	5	0	5
Annat /Bortfall 347/	13	7	25	16	15	8	17

Typen av vårdinsats är starkt relaterat till vilken diagnos patienten har. Om man ser till den generellt sett vanligaste åtgärden, det stödjande samtalet, är det mest förekommande bland krispatienter (59 %) och minst vanligt (36 %) i psykosgruppen och gruppen "annan" diagnos (25 %). Missbrukspatienter ligger högst vad gäller medicinutdelning följt av psykospatienterna. Dessa senare har den högsta andelen för ADL- och

social träning. I fråga om kvalificerad psykoterapi är det vanligast bland patienter med borderline-störning följt av patienter med ångesttillstånd.

Den personliga relationen mellan patient och personal har stor betydelse i den psykiatriska kontakten. Ett mått på kontinuiteten erhölls vid inventeringen genom att den uppgiftslämnande personalen fick svara på hur länge man haft kontakt med den aktuella patienten. Uppgiften avser således inte hur lång patientens kontakt med psykiatrin totalt sett varit.

Tabell 7.3 Den psykiatriska öppenvårdskontaktens längd i ÖVI-91 uppdelat på olika diagnosgrupper. Procent; N= 10 774

	Mindre än 3 mån %	3 mån till 1 år %	Mer än 1 år %
Kristillstånd	59	30	11
Ångesttillstånd	30	32	38
Depressivt tillstånd	31	33	36
Borderline/ personlighetsstörning	19	28	53
Psykos/Affektiv sjukdom	16	26	59
Missbruk/första diagnos	34	27	39
Annat	33	25	42
/Bortfall 341/			

Kortast personlig kontakt dvs. mindre än tre månader har 59 % av patienter med kristillstånd haft. I denna grupp är det bara drygt 10 % som träffat "sin" personal mer än ett år. För patienterna med psykosdiagnoser är andelen som haft mer än ett år långa personliga kontakter med vårdpersonal högst, 59 %. Dessa siffror kan tas till intäkt för att långtidsstödet till de patienter i psykiatrin som har de tyngsta vårdbehoven också har uppmärksammats. Huruvida detta sker i tillräcklig omfattning är det svårt att uttala sig om. Uppgifter från enkäten till klinikcheferna tyder snarast på att man på ansvarigt håll inte anser att långtidsstödet till psykospatienter kunnat ges tillräckliga resurser. En sak som emellertid förstärker det positiva intrycket av siffrorna ovan är att det visar sig att i den redovisade psykosgruppen har inte mindre än 44 % haft ett inläggningstillfälle under det senaste året. Det talar för att den personliga öppenvårdskontakten åtminstone för en del av gruppen hållit kontinuiteten mellan öppen och sluten vård.

7.2 Psykoterapi

Eftersom psykoterapin tilldragit sig så stort intresse under arbetet med att utveckla den psykiatriska vården finns det skäl att i ett särskilt avsnitt samla informationen från aktuella genomförda kartläggningar. Just på detta behandlingsområde inom psykiatrin föreligger den unika situationen

att en inte obetydlig del av alla behandlingar sker i privata former.

Från 1980-talets början har synen på psykoterapin blivit mer formaliserad både vad gäller kompetensfrågor och tillämpning. Tillkomsten av en statlig påbyggnadsutbildning år 1979 och införandet av legitimation år 1985 har bidragit till detta. Parallellt härmed har såväl ett generellt psykoterapeutiskt arbetssätt som en ökad uppmärksamhet på diagnostiska ställningstaganden i samband med att psykoterapi påbörjas blivit en integrerad del av teamverksamhetens utveckling i psykiatrin. Lämpar sig patientens problem för psykoterapi och vem i teamet med vilken kompetens och med eventuellt handledningsstöd skall åta sig en samtalskontakt med patienten är frågor som ständigt återkommer i teamens diskussioner kring patienterna.

Genom en enkät till landets samtliga legitimerade psykoterapeuter från maj 1991 finns uppgifter om deras verksamhetsorter, grundutbildning, anställningsförhållanden m.m. Drygt 1 700 terapeuter var legitimerade vid tidpunkten för utskicket varav 1600 lämnade svar. Bortfallet i inventeringen utgör 7 % vilket i detta sammanhang får anses försumbart. Antalet legitimerade har sedan enkättillfället ökat till runt två tusen.

Tabell 7.4 Antal legitimerade psykoterapeuter maj 1991 fördelade på län och yrkesbakgrund. Absoluta tal

	Psykolog	Socionom	Läkare	Annan	Summa	Per 100 000
Stockholm	457	114	113	45	729	44
Uppsala	73	1	8	4	86	32
Södermanland	14	3	1	3	21	8
Östergötland	35	4	3	5	47	12
Jönköping	25	0	1	0	26	8
Kronoberg	15	0	1	1	17	10
Kalmar	10	0	1	0	11	5
Gotland	9	0	1	1	11	19
Blekinge	7	4	2	0	13	9
Kristianstad	16	1	1	0	18	6
Malmöhus	41	13	8	2	64	12
Halland	21	0	1	1	23	9
Bohus	20	2	2	1	25	8
Älvsborg	30	1	1	1	33	7
Skaraborg	19	3	0	4	26	9
Värmland	17	0	0	1	18	6
Örebro	15	4	1	3	23	8
Västmanland	15	2	0	0	17	7
Dalarna	18	2	1	2	23	8
Gävleborg	18	1	1	5	25	9
Västernorrland	9	3	3	4	19	7
Jämtland	15	2	0	3	20	15
Västerbotten	19	7	3	2	31	12
Norrbotten	4	4	2	4	14	5
Malmö kommun	38	9	5	2	54	23
Göteborgs kommun	169	21	7	11	208	48
Riket	**1129**	**201**	**167**	**105**	**1602**	**19**
Procent	71	13	10	7	100	

Mer än hälften av alla leg terapeuter (62 %) är yrkesverksamma i storstäderna dvs. Stockholms läns landstings område och Göteborgs och Malmö kommuner. I alla sjukvårdsområden finns emellertid minst tio terapeuter. När antalet terapeuter beräknas i förhållande till befolkningsantalet blir skillnaderna ännu tydligare: Sexton huvudmän har mindre än tio terapeuter per 100 000 invånare medan Stockholm och Göteborg har 44 respektive 48 terapeuter verksamma inom området.

Flertalet terapeuter är psykologer (71 %) medan andelarna med yrkesbakgrund som socionom och läkare är ungefär jämstora (13 % respektive 10 %). Gruppen som här angivits som terapeut med annan yrkesbakgrund specificerades på fem yrkeskategorier samt personer med annan huvudsakligen akademisk utbildningsbakgrund. Flest bland dessa kategorier är präster (26 st), sjuksköterskor (20 st) och skötare (13 st).

Tabell 7.5 Antal psykoterapeuter anställda hos olika huvudmän och privat fördelat på län. N= 1602

	statlig anställn	landstings-anställn	kommunal anställn	privat anställn
Stockholm	48	356	35	181
Uppsala	12	33	7	20
Södermanland	1	12	0	5
Östergötland	5	28	1	12
Jönköping	1	20	0	3
Kronoberg	1	14	0	2
Kalmar	0	6	0	3
Gotland	2	2	5	2
Blekinge	0	11	0	1
Kristianstad	1	14	0	4
Malmöhus	8	39	2	13
Halland	2	16	1	4
Bohus	0	21	1	4
Älvsborg	3	25	2	5
Skaraborg	1	14	0	9
Värmland	0	9	2	6
Örebro	0	15	1	8
Västmanland	1	13	0	1
Dalarna	0	18	0	4
Gävleborg	2	15	0	5
Västernorrland	2	15	0	2
Jämtland	0	17	1	4
Västerbotten	4	25	1	6
Norrbotten	0	9	0	4
Malmö kommun	8	6	23	12
Göteborgs kommun	24	19	86	63
Riket	**126**	**772**	**168**	**383**
Procent /Bortfall 111/	8	48	11	24

Två tredjedelar av alla psykoterapeuter (67 %) är offentliganställda, hälften hos landsting. Den senare siffran är egentligen högre eftersom flertalet av dem som angivit kommunal anställning i Malmö och Göteborgs kommuner och på Gotland kan antas arbeta inom sjukvården.

7.2.1 Psykoterapi – i offentlig vård

Bland psykoterapimetoder som regelbundet används i dag i den psykiatriska verksamheten är metoder med psykodynamisk/psykoanalytisk inriktning de vanligast förekommande. Nästan alla områdesansvariga sektorschefer lämnar den uppgiften. Näst vanligast förekommande är familjeterapi (70 %) och gruppterapi (50 %). Procenttalen i dessa fall

anger i hur många av landets sektorskliniker med områdesansvar som terapimetoder av olika slag tillämpas. Däremot säger dessa siffror inte något om hur många patienter som berörs. Som regelbundet använd terapimetod anges också beteendeterapi och kognitiv terapi vara (39 resp. 30 %). Samtidigt ger sektorschefernas uttryck för att de anser att psykoterapin behöver utvecklas mycket mer både vad gäller antalet behandlingar och den metodmässiga inriktningen.

Tre fjärdedelar av klinikcheferna anser att det saknas resurser och/eller kompetens för terapiformer med kognitiv inriktning och beteendeterapi. Efterfrågan finns även på psykoterapimetoder för psykospatienter och på icke-verbala psykologiska behandlingsmetoder.

Tabell 7.6 Patienter per 100 000 invånare som regelbundet går i psykoterapi minst en gång i veckan hos sektorns personal våren 1991 samt av klinikchefen redovisad psykoterapikö

Sjukvårds-huvudman	Patienter i psykoterapi per 100 000 inv	Psykoterapikö absolut antal
Stockholm	47	91
Uppsala	123	120
Södermanland	137	24
Östergötland	63	0
Jönköping	*	15
Kronoberg	*	87
Kalmar	*	0
Gotland	0	0
Blekinge	145	54
Kristianstad	*	18
Malmöhus	83	100
Malmö stad	94	0
Halland	52	45
Bohus	125	11
Göteborg	174	225
Älvsborg	101	110
Skaraborg	54	0
Värmland	*	30
Örebro	26	0
Västmanland	55	25
Dalarna	*	171
Gävleborg	68	53
Västernorrland	66	95
Jämtland	57	9
Västerbotten	109	21
Norrbotten	*	20

* uppgift saknas.

Som framgår av tabell 7.4 är spridningen stor när det gäller i vilken omfattning psykoterapi tillämpas. Detta är kanske inte bara ett uttryck för tillgängliga resurser utan kan också spegla klinikchefens inställning till psykoterapi. Den som är ointresserad anger en låg siffra eller ingen uppgift alls. På grund av bristande intresse eller kunskap kan klinikchefen ge psykoterapin en bredare definition än den mer strikt psykoterapeutiskt orienterade ansvarige överläkaren. Detsamma kan sägas om klinikchefens bedömning huruvida behovet av psykoterapi kan tillfredsställas eller ej. Detta till trots är det av intresse att redovisa de uppgifter som lämnats om psykoterapin. Uppgifterna kan också ställas i relation till tillgången på psykologer och leg psykoterapeuter. Det framkommer då att i flertalet av de landsting som har hög andel aktuella psykoterapier är det relativa antalet psykologer högt.

Enkätsvaren visar att 62 % av klinikcheferna vid sektorer med områdesansvar anser att de i sin sektor har kompetens och resurser för att ge psykoterapi i öppen vård och 37 % att det finns kompetens och resurser i viss omfattning. 20 % uppger att de även har tillgång till kompetens i psykospsykoterapi medan ytterligare 45 % anser sig ha tillgång till viss kompetens på detta område.

Genom den s.k. Dagmaröverenskommelsen om vårdavtal för psykoterapi har i princip vissa patienter i alla sektorer möjlighet att få remiss till privat verksam leg psykoterapeut. De avsatta medlen är emellertid blygsamma. 62 % av sektorscheferna anger att behovet av psykoterapi varken kan tillgodoses genom tillgängliga resurser inom sektorskliniken eller genom att nyttja vårdavtal. I majoriteten av landstingen uppger man att det finns kö till psykoterapi (tabell 7.6).

I detta sammanhang skall påminnas om den av spri särskilt genomförda tidsstudien, (se kapitel 5 och bilaga 6), som visar att tidsåtgången för direkt patientarbete är lågt. Personal med psykoterapeutisk kompetens utnyttjas för många andra arbetsuppgifter, t.ex. handledning av andra personalkategorier. Bl.a. av detta skäl har man på en del håll inrättat särskilda psykoterapienheter som gör det lättare att organisera arbete mer koncentrerat på behandling.

Siffrorna för antal individer som står i kö för psykoterapi skall tas med stor reservation. På många håll har man angivit att man inte finner det vara meningsfullt att upprätta en kölista eftersom framtida möjligheter att tillgodose behovet av behandling är så osäkert.

7.2.2 Psykoterapi – i privat verksamhet

I tabell 7.7 anges hur många terapeuter som har privat mottagning och hur många patienter som man under 1990 behandlat i denna mottagning. Vidare redovisas hur många terapeuter som haft vårdavtal för åtminstone en patient enligt 1989 års Dagmaröverenskommelse.

Tabell 7.7 Länsvis fördelning av antal psykoterapeuter som uppger att de har egen mottagning, antal behandlade patienter i privat mottagning under år 1990 samt antal terapeuter som har vårdavtal enligt Dagmaröverenskommelsen för minst en av sina behandlade patienter

	Har egen mottagning	Antal behandlade	Har vårdavtal
Stockholm	520	6145	189
Uppsala	61	1048	35
Södermanland	15	192	11
Östergötland	27	274	17
Jönköping	15	201	10
Kronoberg	14	172	11
Kalmar	9	251	6
Gotland	5	24	0
Blekinge	5	33	3
Kristianstad	14	124	2
Malmöhus	47	544	13
Halland	22	302	13
Bohus	16	122	4
Älvsborg	17	191	6
Skaraborg	14	196	6
Värmland	13	190	9
Örebro	11	82	8
Västmanland	13	154	6
Dalarna	17	261	10
Gävleborg	17	327	16
Västernorrland	17	103	7
Jämtland	14	113	5
Västerbotten	26	182	4
Norrbotten	8	124	4
Malmö kommun	28	369	3
Göteborgs kommun	136	1773	40
Riket	**1096**	**13497**	**438**

I samtliga landsting finns terapeuter som har egen mottagning. Nästan hälften av alla behandlade patienter hos legitimerade psykoterapeuter återfinns i storstockholmsområdet.

Det kan konstateras att det är ca 40 % av de terapeuter som har egen mottagning som också har vårdavtal med sjukvårdshuvudman, vilket ju innebär att patienten kan få behandlingen finansierad. I vissa landsting har mycket få terapeuter vårdavtal. Att ingen terapeut på Gotland har avtal illustrerar vad som förekommer på flera håll i landet nämligen att landstingen träffat avtal med Lukasstiftelsen vilket får ses som en form för privat vård. Patienter behandlade vid Lukasstiftelsen ingår dock inte i tabell 7.7:s siffror.

I avsnittet ovan om klinikchefernas syn på sektorernas psykoterapeutiska utbud framkom ett tydligt önskemål om en breddning i den metodmässiga

inriktningen. Psykoterapeuterna har fått uppge efter vilken kunskapsmässig grund man arbetar. Inom en och samma teoretiska referensram kan sedan metoderna variera. För de tre första alternativen i tabell 7.8 nedan gäller egentligen samma grundläggande teori för behandlingen dock med specifika tillägg för de skilda metoderna.

Tabell 7.8 Antal terapeuter med olika kunskapsinriktning i sin verksamhet. Terapeuter med och utan egen privat mottagning särredovisas. N= 1602

Terapeutisk inriktning	Egen mottagning	Ej egen mottagning	Summa
Psykodynamisk/psykoanalytisk	877	381	1260
Psykoanalys	95	3	98
Gruppanalytisk	5	2	7
Inlärningsteoretisk/beteendeter.	19	10	29
Kognitiv	13	5	18
Familjeterapeutisk modell	44	48	92
Annan teori och metod	35	6	41
Summa /Bortfall 55/	**1090**	**457**	**1547**

Besvarandet av frågeställningen i tabell 7.8 har föranlett många kommentarer. Ett alternativ "eklektisk" eller kombination av alternativ hade varit önskvärt. Vanligt är att man utöver en psykodynamisk/psykoanalytisk orientering också under annan teori och metod angivit att man arbetar med t ex kroppspsykoterapi, symboldrama eller kognitiva metoder.

Med den utbildningstradition som rått i Sverige sedan decennier är den kraftiga övervikten för psykodynamisk/psykoanalytisk orientering inte förvånande. Möjligen hade man väntat sig att den familjeterapeutiska modellen hunnit få ett större genomslag. Två saker kan påpekas utifrån uppdelningen på terapeuter som har och inte har privat mottagning. Det väl kända faktum att psykoanalys enbart bedrivs i privat mottagningsverksamhet bekräftas. Siffrorna för familjeterapeutiskt arbete skulle kunna tyda på att det arbetssättet är något mindre vanligt i privat mottagning.

Tabell 7.9 Genomsnittligt antal behandlingstimmar/vecka hos de terapeuter som uppgivit att de har privat mottagning. Abs. tal

	Antal behandlingstimmar/vecka				
	1–10	11–20	21–30	31–40	> 40
Antal terapeuter	633	241	76	47	10

Flertalet psykoterapeuter har en ringa omfattning på sin privata mottagningsverksamhet. Över hälften av de 633 st som i tabellen klassificerats under 1–10 timmars behandlingsverksamhet per vecka har angivit fem timmar eller mindre. Antalet terapeuter som har redovisat mer än 21 behandlingstimmar per vecka i privat mottagning uppgår till 133 st vilket kan sägas ge en tämligen god bild av hur liten gruppen är som på heltid är yrkesverksamma som terapeuter/psykoanalytiker.

Frågan om hur kostnaden skall täckas för psykoterapi och psykoanalys som är sjukvårdande behandling är komplicerad och fortfarande olöst. Tabell 7.10 ger en bild av hur behandlingarna utförda år 1990 hos leg psykoterapeuter finansierats.

Tabell 7.10 Finansiering och bidragsformer för behandlingen hos privata psykoterapeuter. N=13 497

Finansieringsformer	Antal pat med olika typer bidrag	Behandlingen sker hos antal terapeuter
Ersättn. från försäkringskassa	1864	185
Statligt anställds förmån	1075	493
Landstingsbidrag	1596	477
Socialbidrag	888	423
Utbildningsbidrag	455	228
Privat företag	759	317
Annan än patienten	382	142
Patienten betalar själv	6268	884
Summa patienter /Bortfall 193/	**13287**	

Möjligheten att få kostnaden ersatt för psykoterapi hos privat vårdgivare är följande: försäkringskassan, landstingen via Dagmarersättning, statliga arbetsgivare, enskilda kommuner via socialbidrag samt företags bidrag till anställda via företagshälsovården. En annan karaktär har utbildningsbidragen som främst kan bli aktuella för s.k. egenterapi i samband med psykoterapiutbildning och där målet inte i första hand är sjukvårdande behandling även om sådana skäl samtidigt kan föreligga. När "annan" än patienten står för kostnaden rör det sig vanligen om anhörig.

Tabell 7.10 visar att det vanligaste är att patienten helt själv betalar sin psykoterapi. Det gäller nästan hälften av alla genomförda behandlingar.

Näst vanligast är det att behandlingen ersätts av försäkringskassan varvid dock måste konstateras att siffran i tabell 7.10 är för hög. Enligt dessa skulle 1 864 patienter haft försäkringsersättning för sin behandling som utförts av 185 terapeuter. Av yrkesstatistiken i tabell 7.4 framgår att endast 167 psykoterapeuter är läkare med möjlighet till anslutning till kassan. Till detta kommer att många psykiater med kompetens som psykoterapeut är anställda hos landstingen och varken har eller har

medgivits etableringsrätt för privatpraktik. Förklaringen till den för höga siffran är att en del psykologer uppgivit att deras patienter haft FK-ersättning, en möjlighet som ju formellt inte står öppen. Det troliga är att dessa psykologer uppfattat Dagmar-ersättningen som statliga bidrag och således borde öka antalet för ersatta behandlingar med landstingsbidrag. Mindre sannolikt är det att det redan år 1990 skulle kunna vara fråga om försäkringskassans möjligheter att inom ramen för rehabiliteringsåtgärder även ersätta psykoterapeutisk behandling.

Tabell 7.10 stödjer inte föreställningen att så många patienter skulle få socialbidrag för sin psykoterapi. Antalet människor med sådan ersättning är mindre än vad statliga arbetsgivare bidrar med till sina anställda. För kommunerna gäller dock att de även ger socialbidrag till psykologisk behandling som utförs av icke legitimerad psykoterapeut. Omfattningen av den verksamheten framgår inte av den genomförda inventeringen.

Beträffande de statsanställdas förmåner måste det påpekas att siffrorna i tabell 7.10 kan vara uttryck för ett eftersläp till de ändrade mer restriktiva bestämmelser som genomfördes i avtal mellan arbetsmarknadens parter för några år sedan. Ännu år 1990 kan tidigare beviljade behandlingar ha varit pågående medan senare år sannolikt skulle peka på en mindre andel på detta sätt finansierade behandlingar. Särskilt från den stora lärarkåren har inskränkningarna påtalats.

Det har framhållits att möjligheten att få en behandlingsplats hos en etablerad psykoterapeut är så begränsad. Ett utrymme att ta emot fler patienter finns dock.

Tabell 7.11 Psykoterapeuternas bedömning av sitt utrymme för att ta fler patienter i behandling under förutsättning att ytterligare landstingsmedel ställs till förfogande

	Antal fler patienter				Summa
	1–5	6–10	11–15	> 15	patienter
Antal terapeuter	467	134	18	15	3352

Kapaciteten bland privat verksamma psykoterapeuter att ta emot ytterligare patienter i behandling är ungefär en fjärdedel av den verksamhet som redan pågår. Det är viktigt att koppla den här beredskapen till förutsättningen att ersättning skall kunna utgå för behandlingarna. Många terapeuter anser det vara riskabelt att etablera sig för mer arbete i privata former när arbetsinsatsen skall vara helt beroende av att patienter kan stå för hela kostnaden själva.

Samtidigt föranleder tabell 7.11 en annan iakttagelse. Trots att en tänkt utökning av privat verksamhet kopplades till att ersättning från det allmänna ingick som en förutsättning önskar flertalet terapeuter inte utöka i någon större omfattning. Siffrorna talar inte för att man i varje fall vid den aktuella tidpunkten och i en sådan ersättningssituation skulle gå över

till mer omfattande försörjning som privat psykoterapeut.

Tillkomsten av Dagmaravtal för privat psykoterapi skapade på sina håll farhågor att landstingsanställda psykoterapeuter i ett större antal skulle välja att övergå till enskild verksamhet. Den rörlighet som varit i yrkeskåren under senare år belyses av tabell 7.12.

Tabell 7.12 Antalet 1991 enbart privat verksamma psykoterapeuters eventuella anställning åren 1988–90 på minst halvtid i offentlig tjänst. Absoluta tal

	statlig anställning	landstings-anställd	kommunalt anställd
Antal terapeuter	58	177	52

Enkäten ger inte möjlighet att bedöma hur många psykoterapeuter som minskat sin tjäntgöringsgrad i offentlig tjänst för att kunna ha viss begränsad privat mottagning. Vad tabell 7.12 visar är att det under de tre åren 1988–90 inte skett någon stark överströmning av terapeuter till att bli enbart privat verksamma.

Det finns också en verksamhetsrörelse i andra riktningen. De uteslutande privat verksamma fick redovisa omfattningen av sina uppdrag under år 1990 för stat, landsting och kommun. De uppdrag som efterfrågades skulle avse konsultation, handledning, undervisning eller annat som var direkt beroende av kompetensen legitimation som psykoterapeut.

Tabell 7.13 Enbart privatverksamma terapeuters uppdrag för stat, landsting och kommun. Genomsnittligt antal timmar/vecka

	Antal timmar/vecka				
	1–5	6–10	11–15	16–20	> 20
Antal terapeuter	228	107	28	40	36

Totalt har 439 icke offentliganställda psykoterapeuter uppdrag av olika slag för offentliga verksamheter och som förutsätter kompetensen som terapeut. Hälften av dessa insatser omfattar minst 6 timmar per vecka.

I en summering till ovanstående avsnitt om psykoterapi kan sägas att det råder en stark koppling mellan psykoterapi utövad i sjukvårdshuvudmännens verksamhet och i privata mottagningar genom att psykoterapeuterna i stort sett är desamma. Det är egentligen bara verksamheten psykoanalys som bara återfinns i privata former men som utövas av psykiater och psykologer som samtidigt till betydande del är offentliganställda.

Vad gäller inriktningen på psykoterapi domineras denna av de psykodynamiskt/psykoanalytiskt orienterade olika behandlingsformerna (kort- och långtids-, individ-, par-, familje- och grupp). Från den offentliga vårdens sida finns ett starkt önskemål att kunna tillgodose vårdbehov med psykologiska behandlingsmetoder av typen beteendeterapi och kognitiv terapi som har en annan teoretisk kunskapsbakgrund. För alla dessa metoder råder i dag en brist i psykiatrin både på kompetens och tillgängliga terapeuter. Ett angränsande område är de konstnärliga terapiformerna, som också börjar bli starkt efterfrågade enligt klinikcheferna.

Vad som slutligen framstår som en mycket besvärande olöst fråga är patienternas möjligheter till ersättning för behandling hos privat leg psykoterapeut. Från den psykiatriska vårdens sida bedöms Dagmarbidragen för sådan behandling vara helt otillräckliga. För den patient som när landstinget inte anser sig ha resurser söker socialbidrag till psykoterapi vidtar en många gånger orimlig ansökningsprocedur. Principellt har kommunerna sagt sig inte vilja påta sig kostnader för sjukvårdande behandling med ett stort antal rättsliga överklaganden enligt socialtjänstlagen som följd. Parallellt härmed uteblir angelägna behandlingar till lidande för den enskilde eller skuldsätter sig människor för att själva betala behandlingen.

7.3 Biologiska behandlingar

För att belysa olika behandlingstraditioner och få en uppfattning om hur psykofarmaka används i olika landsting kommer här att redovisas vissa uppgifter ur Apoteksbolagets försäljningsstatistik. Försäljningen av läkemedel som används vid psykiska störningar skiljer sig mellan olika delar av vårt land.

Det är svårt att finna en förklaring till att försäljningen av antidepressiva läkemedel är flera gånger högre i Göteborg än i Norrbotten (tabell 7.14). Möjligen har detta bl.a. att göra med tillgången till läkare och därmed möjligheten att söka hjälp för depressioner.

Tabell 7.14 Apoteksbolagets försäljning åren 1981, 1985 och 1990 av antidepressiva läkemedel i antal DDD/1000 invånare/dag efter län

Län	1981	1985	1990
Stockholm	4,4	4,8	6,1
Uppsala	6,8	8,4	10,4
Södermanland	5,3	6,0	8,7
Östergötland	6,8	7,3	9,0
Jönköping	7,2	8,9	10,8
Kronoberg	8,6	10,9	11,4
Kalmar	6,6	7,1	8,0
Gotland	3,9	6,0	7,9
Blekinge	5,7	6,1	8,2
Kristianstad	7,0	7,5	9,7
Malmöhus	8,4	9,9	11,0
Halland	7,4	8,9	9,4
Gborg o Bohus	11,5	13,4	15,2
Älvsborg	6,8	9,4	11,4
Skaraborg	8,1	9,6	10,8
Värmland	7,0	10,2	12,8
Örebro	5,0	5,8	6,6
Västmanland	5,6	6,5	9,0
Dalarna	6,5	7,8	8,7
Gävleborg	5,2	7,1	8,6
Västernorrl	4,1	4,5	6,2
Jämtland	4,2	5,7	8,2
Västerbotten	3,9	5,9	6,6
Norrbotten	3,0	4,4	5,6
Riket	**6,4**	**7,7**	**9,2**

Under 1980-talet har det skett en ökad användning av antidepressiva enligt försäljningsstatistiken. Detta kan delvis bero på tillkomsten av nya antidepressiva läkemedel men alltjämt är huvuddelen av försäljningen 1990 tricykliska antidepressiva. Den ökade försäljningen kan också bero på en större medveten och kunskap om adekvat behandling av depressioner. Sådan kunskap har genom olika aktiviteter från psykiatrers sida spritts till primärvårdens läkare.

Försäljningen av hypnotika och sedativa och i synnerhet av bensodiazepiner ökade mellan åren 1981 och 1985. Att försäljningen av bensodiazepiner ökade så kraftigt får ses mot bakgrund av att barbituratgruppen avregistrerades i början av 1980-talet. Efter år 1985 kan noteras en minskad försäljning av främst bensodiazepinerna, vilket möjligen är ett uttryck för en ökad medvetenhet om riskerna för beroende vid långvarigt bruk av dessa medel. (Tabell 7.15).

Tabell 7.15 Apoteksbolagets försäljning åren 1981, 1985 och 1990 av bensodiazepiner i antal DDD/1000 invånare/dag efter län

Län	1981	1985	1990
Stockholm	45,5	49,0	39,2
Uppsala	50,3	55,7	43,1
Södermanland	43,1	49,6	42,6
Östergötland	49,8	57,7	51,1
Jönköping	49,4	57,2	52,2
Kronoberg	39,2	50,8	47,6
Kalmar	41,1	43,9	36,1
Gotland	49,2	51,3	45,5
Blekinge	44,6	47,0	45,6
Kristianstad	50,2	59,2	55,1
Malmöhus	55,3	66,1	58,0
Halland	41,6	53,5	45,0
Gborg o Bohus	54,6	68,8	59,6
Älvsborg	39,7	47,1	42,0
Skaraborg	50,5	56,7	48,4
Värmland	44,5	51,2	46,1
Örebro	46,9	50,4	41,9
Västmanland	36,3	44,4	40,8
Dalarna	47,4	50,9	44,5
Gävleborg	46,3	54,9	45,8
Västernorrl	43,8	45,3	38,5
Jämtland	33,2	38,2	35,7
Västerbotten	33,8	45,2	41,3
Norrbotten	27,6	31,2	27,9
Riket	**45,8**	**53,0**	**45,7**

Apoteksbolagets försäljning av läkemedel tillhörande gruppen hypnotika och sedativa och då främst bensodiazepiner är betydligt större i Göteborgs- och Malmö-områdena än i Norrbotten, vilket till en del kan förklaras av olika inställning hos läkarkåren till att använda dessa medel.(Se tabellerna 7.15 och 7.16.)

Som lugnande medel används 1990 nästan bara bensodiazepiner medan de utgör drygt 70 % av sömnmedlen om man mäter försäljningen på detta sätt i DDD/1000 invånare/dag.

Lugnande medel förskrivs åt dubbelt så många kvinnor som män. Ålderspensionärer får sådana förskrivningar två till tre gånger oftare än genomsnittet. När det gäller sömnmedel är det ännu vanligare att äldre får sådana läkemedel; upp till fyra gånger vanligare än genomsnittet. Detta betyder att majoriteten av 75 åriga kvinnor enligt Apoteksbolagets studier använder sömnmedel.

Tabell 7.16 Apoteksbolagets försäljning åren 1981, 1985 och 1990 av hypnotika, sedativa och ataraktika inklusive bensodiazepiner i antal DDD/1000 invånare/dag efter län

Län	1981	1985	1990
Stockholm	62,6	61,2	51,8
Uppsala	65,2	66,3	53,8
Södermanland	55,6	58,6	53,5
Östergötland	64,0	67,7	61,1
Jönköping	62,4	68,4	65,1
Kronoberg	52,6	60,5	58,1
Kalmar	53,4	54,0	48,1
Gotland	62,7	61,2	57,0
Blekinge	58,7	57,0	56,2
Kristianstad	66,2	71,0	66,7
Malmöhus	76,8	80,2	71,1
Halland	57,8	62,9	55,6
Gborg o Bohus	77,2	84,8	75,3
Älvsborg	54,1	58,4	54,3
Skaraborg	64,8	67,4	60,7
Värmland	57,3	61,4	57,0
Örebro	62,2	62,7	55,3
Västmanland	46,9	53,0	50,1
Dalarna	62,5	61,9	55,3
Gävleborg	61,0	68,1	58,7
Västernorrl	56,0	56,9	51,9
Jämtland	43,4	47,6	48,4
Västerbotten	48,8	57,2	52,8
Norrbotten	34,7	37,2	35,0
Riket	**61,5**	**64,6**	**57,8**

Det förefaller därför vara en angelägen uppgift för den psykiatriska verksamheten att i samarbete med primärvården verka för ett lägre användande av sömnmedel och lugnande medel hos de äldre. Även i övrigt är försiktighet med bensodiazepinförskrivning av vikt. Socialstyrelsen har år 1990 givit ut allmänna råd med synpunkter på hur man kan motverka missbruk och hjälpa patienter som utvecklat beroende av bensodiazepiner. En fortsatt uppföljande verksamhet är angelägen och bl a gäller det att motverka den illegala hanteringen av dessa läkemedel samt finna metoder som försvårar receptförfalskning.

Även försäljningen av neuroleptika växlar mellan olika län (tabell 7.17). I tabellen redovisas försäljningen inklusive litium för att göra jämförelse över tiden möjlig. Även neuroleptikaförsäljningen har minskat kraftigt under 1980-talet. Detta kan sammanhänga med en ökad medvetenhet om biverkningar och därmed en större försiktighet att använda neuroleptika på andra indikationer än för behandling av psykoser.

Tabell 7.17 Apoteksbolagets försäljning åren 1981, 1985 och 1990 av neuroleptika (inklusive litium) i antal DDD/1000 invånare/dag efter län

Län	1981	1985	1990
Stockholm	10,6	11,2	9,3
Uppsala	13,1	12,7	9,6
Södermanland	12,7	12,7	10,0
Östergötland	10,9	11,2	8,7
Jönköping	13,5	14,2	10,7
Kronoberg	14,1	14,1	12,3
Kalmar	14,3	14,6	12,3
Gotland	20,0	15,2	12,5
Blekinge	11,7	11,5	10,2
Kristianstad	11,2	11,1	9,0
Malmöhus	14,0	14,1	10,4
Halland	11,2	10,8	6,4
Gborg o Bohus	18,6	17,4	11,5
Älvsborg	11,4	11,4	8,8
Skaraborg	12,1	11,9	10,1
Värmland	10,5	10,7	9,2
Örebro	13,2	13,8	11,0
Västmanland	8,4	8,8	8,1
Dalarna	12,8	11,9	9,2
Gävleborg	11,6	11,4	8,9
Västernorrl	13,4	13,0	10,6
Jämtland	12,5	10,8	9,6
Västerbotten	13,5	15,2	11,7
Norrbotten	14,9	15,8	11,4
Riket	**12,6**	**12,7**	**9,9**

Neuroleptikabehandling och då särskilt depåneuroleptikabehandling diskuteras ytterligare längre fram i detta avsnitt. Socialstyrelsen genomförde i mars en inventering av psykofarmakabehandlingen för ett urval av de i sluten psykiatrisk vård inneliggande. Resultatet av denna studie kommer att redovisas senare.

Uppföljningen av de patienter som står på litiumprofylax måste anses vara en uppgift för den specialiserade psykiatriska verksamheten. Av de områdesansvariga sektorerna har 53 % en särskild litiumdispensär. De flesta sektorscheferna kan också ange hur många patienter som i deras område har pågående litiummedikation. Antalet litiumpatienter per 100 000 invånare i de olika landstingen varierar mellan 81 och 199 med 114 som medianvärde. Apoteksförsäljningen för år 1990 är av samma storleksordning uttryckt i DDD (definierad dygnsdos) per 1 000 invånare. Det förefaller av denna analys som den psykiatriska verksamheten på ett tillfredsställande sätt följer upp och ansvarar för litiummedikationen. Se tabell 7.18.

Tabell 7.18 Antal patienter per 100 000 invånare som står på litiumprofylax eller har depåneuroleptikumhandling samt antal givna ECT-behandlingar år 1990 per 100 000 invånare enligt klinikchefsenkäten efter landsting

Sjukvårds-huvudman	Litium-profylax Antal pat per 100 000 inv	Depå-behandl	ECT-behandl 1990 Antal behandl per 100 000 inv
Stockholm	91	121	170
Uppsala	116	85	274
Södermanland	98	117	211
Östergötland	175	53	174
Jönköping	168	143	559
Kronoberg	124	150	*
Kalmar	81	75	188
Gotland	175	88	88
Blekinge	112	128	55
Kristianstad	88	89	140
Malmöhus	96	140	207
Malmö stad	139	196	423
Halland	96	99	331
Bohus	166	122	573
Göteborg	199	192	494
Älvsborg	145	78	179
Skaraborg	150	96	74
Värmland	104	80	199
Örebro	121	99	*
Västmanland	104	128	275
Dalarna	90	101	130
Gävleborg	121	121	133
Västernorrl	96	90	42
Jämtland	81	194	388
Västerbotten	123	162	*
Norrbotten	108	168	126
Medianvärde	114	119	188

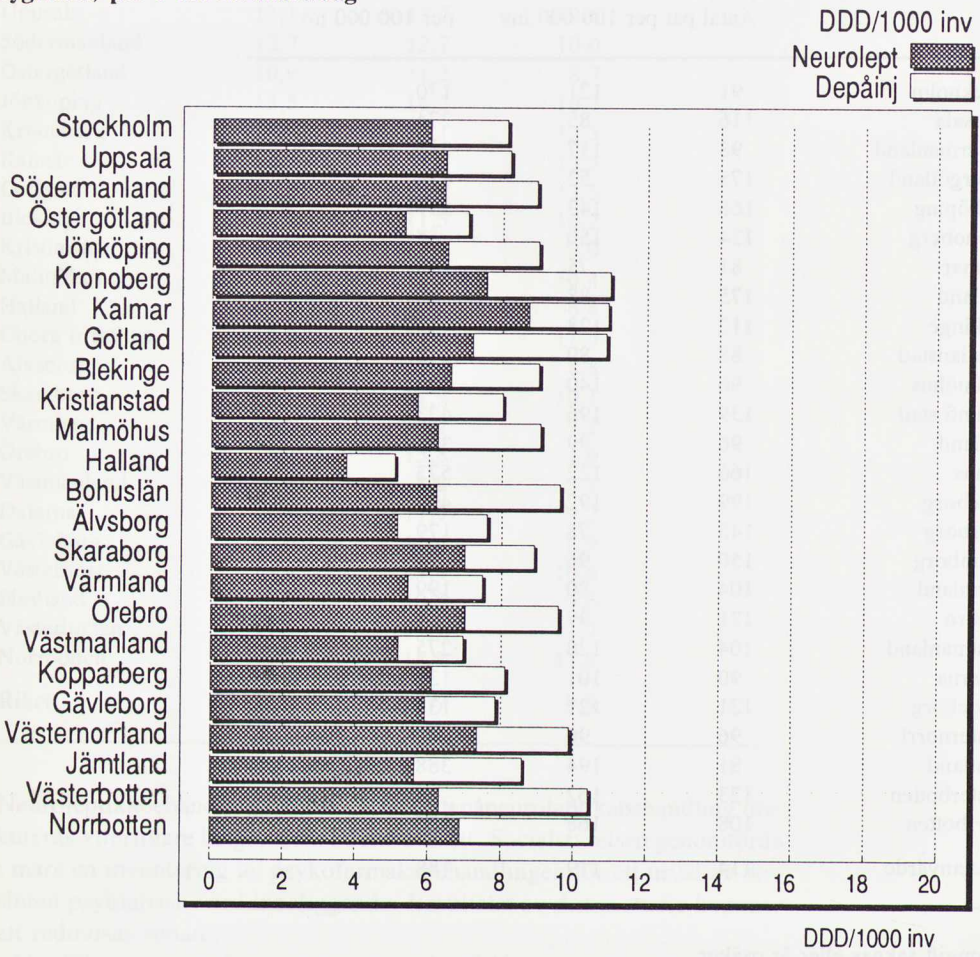
* uppgift saknas eller är osäker.

Klinikcheferna fick också uppge ungefärligt antal patienter i sluten och öppen vård som står på behandling med depåneuroleptikum. De flesta har kunnat ge ett besked men uppgifterna är av varierande kvalitet. Vissa sektorer kan ge klara besked, andra förefaller inte veta hur många patienter inom sektorns område som står på denna behandling. Antalet patienter per 100 000 invånare växlar mellan 53 och 196 med medianvärdet 119 när man jämför de olika landstingen i detta hänseende. Se tabell 7.18.

Intressant är att notera att vid en genomgång av Apoteksbolagets försäljningsstatistik för år 1990 finner man en genomsnittlig försäljning för riket av 2,6 DDD/1000 invånare när det gäller alla olika depåneuro-

leptikapreparat sammantaget. Fördelningen av neuroleptika och depåneuroleptikaförsäljningen på olika län framgår av figur 7.1.

Figur 7.1 Fördelningen av neuroleptika och depåneuroleptika på olika län enligt Apoteksbolagets försäljningsstatistik för 1990. DDD (definierad dygnsdos) per 1 000 invånare/dag



Som framgår av figuren varierar försäljningen av depåneuroleptika kraftigt mellan olika landsting sannolikt som ett uttryck för olika behandlingspolicy. Det kan naturligtvis också bero på olika prevalens för schizofreni i olika delar av vårt land. Hur som helst är det anmärkningsvärt att den psykiatriska organisationen har så dålig kunskap när det gäller antalet patienter som har depåneuroleptikumbehandling att man förefaller känna till bara omkring hälften av dem. Det rör sig om en behandlingsform, som kräver uppföljning för dosjustering av kunnig läkare. Av hänsyn till patientens berättigade behov av att få en behandling med minsta nödvändiga dos och då risk finns för besvärande biverkningar är det angeläget med en ordentlig uppföljning av kunnig personal. Det är därför inte

lämpligt att överlåta den långsiktiga kontrollen av dessa patienter till distriktssköterskan och primärvårdens läkare. En jämförelse mellan det antal patienter sektorscheferna känner till och Apoteksbolagets försäljningsuppgifter uttryckt i DDD/1000 invånare talar för att så sker. För denna bedömning talar också erfarenheter från Socialstyrelsens "Aktiva uppföljning" i ett antal län. Vid denna uppföljning påträffade vi ett antal patienter som gick hos en distriktssköterska för att få sina depåneuroleptikuminjektioner och för vilka kontakten med psykiatrin var minimal eller obefintlig.

Elbehandling (ECT) är en väletablerad behandlingsmetod vid melankoliska tillstånd. På grund av den snabba effekten är elbehandling ibland att föredra framför antidepressiv läkemedelsbehandling för patienter med akut självmordsrisk. Eftersom de antidepressiva läkemedlen kan ge besvärande biverkningar i synnerhet hos äldre personer kan elbehandling vid melankoli hos äldre vara ett bättre alternativ.

I enkäten säger sig 31 % av de områdesansvariga sektorscheferna ofta använda elbehandling just på indikationen svåra depressioner hos äldre patienter. Två tredjedelar av sektorscheferna anser att det ibland finns skäl använda elbehandling vid denna form av psykisk störning medan man inte alls använder ECT vid denna indikation på två platser i landet. Det kan ifrågasättas om det är förenligt med god vårdkvalitet att av principiella skäl avstå från ECT då indikation för denna behandling föreligger.

Vi har också frågat om i vilken utsträckning elbehandling använts under år 1990 och därvid bett om uppgift om antalet behandlingar. Vissa sektorer saknar uppgift om detta, andra har angivit uppenbart felaktiga uppgifter. Flertalet har dock gett en så bra bild av användningen av ECT så den kan redovisas. Antalet under år 1990 givna elbehandlingar per 100 000 invånare redovisas i tabell 7.18.

Det föreligger en stor spridning i användningen av ECT mellan landstingen från 55 behandlingar år 1990 per 100 000 invånare till 573 behandlingar; medianvärdet är 188. Denna stora spridning ser man också mellan sektorerna inom landstingen. Den kan möjligen bero på dåligt statistiskt underlag men den kan också vara uttryck för olika inställning till användningen av ECT. Man kan ana att här föreligger en skillnad mellan mer biologiskt orienterade psykiatriska verksamheter och mer psykoterapeutiskt inriktade. På grund av denna spridning i användningen av elbehandling och för att få klarhet i på vilka indikationer behandlingen ges avser Socialstyrelsen att ytterligare följa upp användningen av ECT.

7.4 Rutiner i vården

Socialstyrelsen har under 1980-talet särskilt uppmärksammat självmord som inträffar under pågående sjukhusvård. Sjukvården har varit skyldig anmäla alla sådana självmord som inträffat under pågående vård och styrelsen har följt upp detta genom att ge ut allmänna råd 1990:8 Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. I dessa framhålls vikten av att man har bestämda rutiner inom de olika enheterna för hur man

skall ta hand om patienter med självmordsrisk.

Enligt enkäten till sektorscheferna har man inom de flesta sektorer utarbetat riktlinjer för övervakning av patienter med självmordsrisk och/eller för suicidbedömning. En fjärdedel av cheferna uppger att man har utvecklat speciella klinikprogram för suicidpreventiva åtgärder inom kliniken.

Statens handikappråd lät genomföra en undersökning inom vissa psykiatriska långvårdsenheter av flerhandikapp och fann att många långtidssjuka patienter hade syn- eller hörselnedsättningar som inte uppmärksammats av personalen. Man fann även andra funktionsnedsättningar och tecken på somatiska sjukdomar. Socialstyrelsen spred information om detta i några meddelandeblad under slutet av 1980-talet och framhöll bl.a. att långvarigt vårdade psykiatriska patienter bör bli föremål för återkommande hälsoundersökningar. Enligt enkäten görs sådana regelbundet i bara var 5:e sektor medan 15 % av sektorerna inte alls gör sådana undersökningar.

7.5 Tvångsåtgärder

Under 1988 insamlade Socialstyrelsen vid landstingens rapportering av avslutade vårdtillfällen enligt LSPV (se kap 6.4) uppgifter om användning av tvångsåtgärder enligt § 13 LSPV. Uppgifterna gäller om tvångsåtgärder förekommit under det avslutade vårdtillfället och i så fall en specificering med angivande av om bältesanvändning, tvångsinjektion eller isolering (inlåsning på sitt rum) tillgripits. Av tabell 7.19 framgår att det har registrerats att tvångsåtgärder företagits i 13 % av vårdtillfällena.

Tabell 7.19 Utskrivning (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket år 1988: Andel där tvångsåtgärder företagits med fördelning på kön och ålder

	Kön					
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Ålder	Antal	tvång	Antal	tvång	Antal	tvång
–24	665	14	510	11	1175	13
25–34	1640	18	1102	14	2742	16
35–44	1552	14	1245	12	2798	13
45–54	849	11	807	11	1656	11
55–64	504	14	566	11	1070	13
65–	667	10	892	8	1559	9
Totalt	5877	14	5122	11	11000	13

Tvångsåtgärder är vanligare för män än för kvinnor. Detta kan bero på att det bland männen finns fler av domstol till vård överlämnade patienter. Dessa blir oftare isolerade då de ofta vårdas på regionen-

heterna, av vilka flera har en tradition med nattlig inlåsning, vilket registrerats som isolering. Tvångsåtgärderna är relativt jämnt fördelade mellan åldersgrupperna men har i störst utsträckning företagits mot patienter i åldrarna 25–34 år.

Andelen patienter som utsätts för någon form av tvångsåtgärd ökar dessutom med vårdtiden, vilket är förklarligt eftersom tiden under vilka dessa åtgärder kan tillgripas är längre och eftersom patienter med svårare psykisk störning vårdas längre tid. Av de vårdtillfällen som varat längre än ett år har tvångsåtgärder förekommit i 27 % av fallen. Vid fördelning efter vårdtyp framkommer att tvångsåtgärder registrerats i 13 % av P- och PN-fallen, i 30 % av N- fallen (merparten av dessa handlar troligen om ovan nämnd nattlig inlåsning på regionenheter) och i 24 % av O-fallen.

Av tabell 7.20 framgår att manliga patienter nästan dubbelt så ofta läggs i bälte som kvinnliga.

Tabell 7.20 Utskrivningar (exkl förflyttningar) från vård enligt LSPV totalt i riket år 1988: Andel patienter som lagts i bälte, fått tvångsinjektion eller isolerats under vårdtiden

Kön	n	Andel tvångsåtgärder % i bälte	% injekt	% isol
Män	5877	7	8	3
Kvinnor	5122	4	9	1
Totalt	11000	5	9	2

För hälften av de patienter som lagts i bälte har det varit fråga om ett enda tillfälle under vårdtiden. Bälte används inte så ofta på till vård dömda patienter medan bältesanvändningen som väntat är hög för O-fall (15 % för män och 8 % för kvinnor). För de patienter som fått tvångsinjektioner gäller att det i ca 40 % av fallen varit fråga om ett enda tillfälle. Denna tvångsåtgärd är lika vanlig för kvinnor som för män och tillgrips i minst utsträckning mot N-fall, vilket sannolikt beror på att det i denna grupp finns en del icke psykotiska patienter. Isolering förekommer i ringa utsträckning. Merparten av de registrerade åtgärderna av detta slag gäller N-fall och avser troligen den tidigare nämnda nattliga inlåsningen på vissa regionenheter.

Av tabell 7.21 framgår för respektive hemortslän dels antal vårdtillfällen per 100 000 invånare år 1988 där någon form av tvångsåtgärder registrerats, dels antal vårdtillfällen per 100 000 invånare där bältesläggning registreras, dels andelen vårdtillfällen där det registrerats att bältesläggning och tvångsinjektion företagits. Isolering har inte tagits med i den senare jämförelsen eftersom det rör sig om så få fall.

Tabell 7.21 Utskrivningar (exkl förflyttningar) från vård enligt LSPV år 1988 fördelade på hemortslän. Andel vårdtillfällen med bältesläggning och tvångsinjektion samt antal vårdtillfällen per 100 000 invånare där någon form av tvångsåtgärder respektive bältesläggning företagits

Hemortslän	n	Andel tvångsåtg		Antal vårdtillf	Därav antal vårdtillf
		Bälte	Injekt	m tvång per 100 000 inv	m bältesläggn per 100 000 inv
Stockholm	2133	7	11	22	7
Uppsala	322	11	9	18	13
Södermanland	299	8	10	19	9
Östergötland	382	3	9	12	3
Jönköping	373	2	10	15	3
Kronoberg	199	5	6	11	6
Kalmar	277	14	10	22	16
Gotland	60	0	0	2	0
Blekinge	149	1	3	4	1
Kristianstad	276	3	4	7	2
Malmö kommun	331	0	13	29	0
Malmöhus län	674	4	5	11	5
Halland	217	9	10	17	8
Göteborgs kom	854	5	10	25	10
Bohuslän	322	4	9	12	4
Älvsborg	637	5	10	17	8
Skaraborg	489	4	7	17	8
Värmland	256	7	9	16	7
Örebro	376	10	3	18	14
Västmanland	209	12	21	20	10
Dalarna	382	5	3	9	7
Gävleborg	448	2	5	11	4
Västernorrland	329	2	7	15	3
Jämtland	175	1	4	6	1
Västerbotten	345	2	13	20	2
Norrbotten	432	3	8	15	5
Hela riket	11000	5	9	17	7

Västmanland, som år 1988 hade det lägsta antalet registrerade utskrivningar per 100 000 invånare från vård enligt LSPV, är det område som samma år har högst andel registrerade vårdtillfällen där tvångsinjektion företagits, och näst högst andel (efter Kalmar län) vårdtillfällen där bältesläggning använts. Även relaterat till invånarantalet har Västmanland fler vårdtillfällen där tvångsåtgärder förekommit än riksgenomsnittet. Flest antal vårdtillfällen med tvångsåtgärder per 100 000 invånare har Malmö kommun. Lägst antal sådana vårdtillfällen, liksom lägst andel vårdtillfällen med bältesläggning och tvångsinjektioner, har registrerats för personer med hemort i Gotlands kommun.

När det gäller tvångsåtgärder är det uppenbart att vilka åtgärder som

registreras kan skilja mellan olika kliniker. Ett högt antal tvångsåtgärder kan alltså mer avspegla en noggrann registrering än ett högt inslag av tvång i vården. Bältesläggning är emellertid en entydig åtgärd, som kan antas vara säkrare registrerad än exempelvis tvångsinjektion. Även antalet vårdtillfällen med registrerade bältesläggningar varierar från 0 i Gotland och Malmö kommun till 16 per 100 000 invånare i Kalmar län.

7.6 Prioritering av resurser för diagnostik och behandling

I enkäten uppmanandes klinikcheferna att redovisa hur de skulle fördela resurserna mellan vissa diagnostiska metoder och vissa behandlings- och stödinsatser. De fick fördela 30 poäng på tio olika områden och därvid ge 1 poäng för en mindre angelägen metod medan 5 var högsta poäng för en angelägen metod. Tabell 7.22 visar att de flesta prioriterar psykoterapeutiska behandlingsmetoder, personlighetsdiagnostik och stöd till hemtjänsten högt på bekostnad av mer biologiska och diagnostiska metoder.

Tabell 7.22 Klinikchefens prioritering i fördelning av sektorns/klinikens resurser mellan olika diagnostiska metoder och behandlings- och stödinsatser. Låga poäng = 1 och 2. Höga poäng = 4 och 5. Svar med 3 p medräknas ej. Antal svar

Typ av insats	Antal låga poäng	Antal höga poäng
Neurologisk utredning	62	16
Hjärnskadetestning	55	16
Personlighetsdiagnostik	16	61
Plasmanivåbestämning	56	17
Klinisk farmakolog	79	5
Ind psykodynamisk psykoterapi	11	78
Beteende-/kognitiv terapi	18	65
Icke verbala terapier	26	44
Stöd till hemtjänsten	20	57
Samarbete med socialsekreterare	36	38

Man kan naturligtvis tolka detta på olika sätt. De svarande kanske räknar med att de har tillräckligt med medicinska resurser och därför inte finner skäl prioritera dem men många av de tillfrågade har uppenbarligen gjort grundliga överväganden. Det finns därför anledning tro att de områdesansvariga sektorscheferna verkligen anser det vara viktigt att satsa ökade resurser på psykoterapi och att skaffa sig personal med kompetens när det gäller olika psykoterapiformer. Detta bekräftas även av svaren på vissa frågor som redovisats i avsnitt 7.2.1.

7.7 Psykiatrins samverkan med vårdgrannar

Generella frågor om psykiatrins möjligheter att samverka med andra vårdgivare har delvis redan belysts i kapitel 5 i anslutning till organisation och personal i den psykiatriska vården. En aktuell studie från Spri visade därvid hur personalens tidsanvändning sker och hur liten tid som direkt åtgår till konsultationer och handledning/utbildning för vårdgrannar. I det indirekta patientarbetet ingår också kontakter med andra vårdgivare som är engagerade i patienten. Hur många patienter som berörs av ett sådant samarbete framgår av nedanstående.

I samband med kartläggningen år 1991 av öppen psykiatrisk vård fick personalen ange i vilken utsträckning den enskilda patienten samtidigt med den aktuella psykiatriska vården även deltog i eller fick insatser från annat håll. Personalen angav därvid om psykiatrin tagit intitiav till någon samverkan och om samverkan förekom kring den patient som berördes av inventeringen.

Som tabell 7.23 visar ligger samtliga procentsiffror lågt för den andel patienter som psykiatrins personal har ett samarbete med andra vårdgivare eller organisationer. Siffrorna ligger så lågt att det knappast går att påtala några skillnader mellan verksamhetstyper och därmed olika samverkanspartner. I jämförelsen mellan storstäder och övriga landet är det möjligen en tendens till att samarbete psykiatri och hemtjänst är något vanligare utanför storstäderna.

Tabell 7.23 Den psykiatriska öppenvårdspersonalens uppgifter om att samverkan pågår i samband med olika insatser, uppdelat på storstad och övriga landet. Procenttalen anger andelar av den totala inventerade patientgruppen

Samverkan sker i samband med typ av insats	Storstad n	%	Övr landet n	%	Riket n	%
	2398	22	8376	78	10774	100
Hemtjänstinsats	147	6	816	10	963	9
Meningsfull sysselsättning	292	12	1073	13	1365	13
Kontaktskapande verksamhet	243	10	1047	13	1290	12
Träning till arbete	216	9	760	9	976	9
Anpassning av arbetsplatsen	114	5	481	6	595	6
Skol- eller yrkesutbildn	64	3	263	3	327	3
Skyddat arbete	90	4	457	5	547	5
Primärvård	207	9	1016	12	1223	11
Frivilligorganisation	84	4	405	5	489	5

Siffrorna i tabell 7.23 tyder på att samverkan förekommer i lägst omfattning ifråga om arbetsmarknadsorgan och frivilligorganisationer.

I vilken grad psykiatrin samverkar ifråga om enskilda patienter kan ställas i relation till dels hur mycket av andra insatser som pågår dels hur många patienter som skulle behöva ytterligare stöd eller åtgärder. Dessa behov framgår av tabellerna 11.2–4. Tydligt vid den jämförelsen blir att samarbetet för flertalet åtgärder ligger väsentligt lägre än vad antalet pågående åtgärder skulle ge anledning att förvänta. T.ex. 2 500 patienter uppges delta i meningsfull sysselsättning som en del av en kommunal insats men av dessa är det bara kring 1 365 patienter som psykiatri och socialtjänst samarbetar. Av drygt två tusen patienter som har en pågående kontakt i primärvården är det bara för drygt tusen som psykiatri och primärvård har kontakter. Generellt förefaller det däremot som att i den lilla patientgrupp som har pågående arbetsmarknadskontakter så har också psykiatrisk personal kontakter med företrädare för arbetsplatsen.

I klinikchefsenkäten framkommer det att flertalet sektorskliniker svarar för regelbundna konsultinsatser på somatiska kliniker i storleksordningen 6 timmar per vecka och 100 000 invånare. Omfattningen varierar naturligtvis mellan olika kliniker. Den är större för psykiatriska enheter som ligger i anslutning till stora somatiska sjukhus. En tredjedel av sektorerna anser att det finns en viss icke tillgodosedd efterfrågan.

Nästan hälften av sektorerna ger minst en gång i månaden konsultstöd till mer än hälften av vårdcentralerna i upptagningsområdet. 40 % av sektorerna anser att det finns en viss icke tillgodosedd efterfrågan på sådana konsultinsatser.

39 % av sektorerna uppger att de har möten minst en gång i månaden med företrädare för majoriteten av socialdistrikten (motsvarande) i sitt område men nästan en tredjedel (28 %) uppger sig inte alls ha något organiserat samarbete med socialtjänsten bortsett från kontakterna med hemtjänsten.

37 % av sektorerna har regelbundna månatliga möten för handledning och stöd med flertalet av hemtjänstgrupperna (motsvarande). 20 % har inga sådana kontakter. Nästan två tredjedelar av sektorerna tror att det finns en viss icke tillgodosedd efterfrågan på handledning och stöd från hemtjänsten. En tredjedel av sektorerna har under 1990 bedrivit utbildning för en stor andel av hemtjänstens personal inom sitt område.

Från flertalet sektorer deltar personal åtminstone ibland i vårdplaneringsgrupper inom området. Majoriteten av sektorerna har regelbundna möten med försäkringskassan och med olika arbetsmarknadsorgan. Däremot är samarbetet med omsorgsverksamheten och kriminalvården mer sporadisk.

Endast 15 % av sektorerna har ett regelbundet samarbete med Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH). 30 % säger sig inte alls ha något samarbete med RSMH. Däremot har på senare år anhörigutbildning och samarbetet med anhörigorganisationer förbättrats och endast var femte sektor säger sig inte ha någon sådan organiserad verksamhet.

8 Psykiskt störda missbrukare

Det är i första hand primärvården som har att svara för medicinska insatser vid t.ex. alkoholpolikliniker och rådgivningsbyråer. I många fall kan patienter få långvarigt stöd med t.ex. disulfirambehandling (Antabusbehandling) i primärvården. I arbetet med missbrukare kan primärvården behöva utbildning, handledning och konsultation av allmänpsykiatrin eller den specialiserade missbrukarvården inom allmänpsykiatrin.

Missbrukare får behandling i öppen och sluten vård inom internmedicin, infektion, ortopedi m.fl. specialiteter. Allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har ett alldeles speciellt ansvar då det gäller medicinska åtgärder riktade till missbrukare med psykiska störningar.

Ofta gäller det endast kortvariga insatser i abstinensfasen, men ibland mer långvarig vård vid toxiska psykoser eller allvarliga psykiska följdtillstånd till missbruket. Många missbrukare har även primära psykiska störningar som kan behöva psykiatrisk behandling.

I början av 1980-talet var andelen avslutade vårdtillfällen i sluten psykiatrisk vård med diagnos alkoholism ca 40 %. Under 1980-talet har det skett en kraftig reduktion av antalet vårdplatser, vilket sannolikt bidragit till att antalet avslutade vårdtillfällen också reducerats och att andelen vårdade missbrukare minskat. År 1989 utgjorde antalet avslutade vårdtillfällen i sluten psykiatrisk vård 107 500. 25 % av dessa gällde patienter med alkoholmissbruk och 4 % gällde narkomaner.

Vid inventeringen i mars 1991 av alla i sluten psykiatrisk vård inneliggande patienter utgjorde de med missbruksdiagnos 8 % eller nära 1 200 patienter. Vid inventeringar registrerar man främst de patienter som har långvarig vård och man får därför en annan bild än den man får av utskrivningsstatistiken.

Inom psykiatrin finns ibland särskilda vårdenheter eller kliniker för missbrukarvård. I storstäderna har man såväl speciella enheter för narkomanvård som för vård av alkoholmissbrukare.

I samband med psykiatrins omdaning har antalet särskilda enheter inom psykiatrin för vård av alkoholmissbrukare runt om i landet minskat. Det saknas numera på många håll specialiserade enheter för långvarig vård och rehabilitering av missbrukare inom psykiatrin. Trots detta vårdas som nämnts ett relativt stort antal patienter med missbruk som första diagnos. Därtill finns ett okänt antal patienter som har missbruk som tilläggsdiagnos.

Inom socialtjänsten har man stora problem med psykiskt störda missbrukare och man anser att stödet från allmänpsykiatrin är så gott som obefintligt. Både när det gäller öppna och slutna vårdinsatser tycks psykiatrin inte se problemen och inte heller ha ett sådant arbetssätt att man kan möta dem.

Psykiatrins narkomanvårdsenheter är inriktade på korttidsvård och avgiftning. Man upplever sig ha svårt att blanda patienter och har inga organisatoriska lösningar för de patienter som har svåra psykiska störningar och kräver mer långvarig vård. Allmänpsykiatrin har många gånger dålig kunskap när det gäller missbrukare och hänskjuter ofta även psykiskt svårt störda och t.o.m. psykotiska patienter till hem för vård eller boende, som i sin tur inte sällan avvisar dem.

Ramström (1989) har i sin undersökning av tre LVM-hem funnit att de hade en oacceptabelt hög andel klienter med svår psykisk störning. Vid Frösö behandlingshem utgjorde andelen hela två tredjedelar. Många av dessa klienter medicinerades med neuroleptika och många uppvisade under vistelsen psykotiska symtom. Detta förhållande att man vid LVM-hemmen finner en stor andel klienter med tunga psykiatriska diagnoser är synnerligen otillfredsställande. Uppenbarligen är det så att samhällets vård- och kontrollinstanser ibland tar till LVM-vård för att någon vård överhuvudtaget skall komma till stånd. Detta trots att man inser att psykiatrisk vård skulle vara det adekvata.

Samspelet mellan missbruksmedel och psykisk sjukdom kan komplicera sjukdomsbilden och därmed bedömningen av sjukdomstillståndet. Cannabis- och amfetaminmissbruk kan utlösa eller försämra ett schizofrent syndrom. Heroin liksom metadon anses kunna förstärka ett depressivt syndrom. Ett intensivt missbruk kan påverka en person med djupgående personlighetsstörning i regressiv riktning och därmed leda till lägre funktionsnivå.

Ramström redovisar ett flertal studier om förekomsten av psykiska störningar hos narkotikamissbrukare. En intressant undersökning är den som Ulla Bertling genomfört i Stockholm. Den visar sammanfattningsvis att 40 % av de undersökta narkomanerna uppvisar psykisk sjukdom eller störning av en sådan grad att de vid klinisk bedömning skulle kategoriseras som psykotiska, djupt deprimerade eller tillhörande en grupp med djupgående personlighetsstörning av typ borderline-tillstånd eller narcissistisk personlighetsstörning. Man räknar med att hälften av dessa – dvs. 20 % av hela gruppen – har en så djupgående störning att missbrukaren är i behov av speciella behandlingsinsatser anpassade för kombinationen narkotikamissbruk och psykisk störning.

Antalet tunga narkotikamissbrukare i Stockholms län beräknas till mellan 3 500 och 5 000 personer. Detta betyder att man i Stockholms läns landstingsområde kan uppskatta att mellan 700 och 1 000 narkotikamissbrukare har ett psykiatriskt behandlingsbehov.

Bertlings stockholmsundersökning visar att depressiva besvär är vanliga bland narkomaner. Vidare anges att 5 % av de undersökta uppvisade tecken på psykos eller förvirring. Ytterligare 4 % hade enligt uppgift vid något tillfälle psykotiska symtom. Totalt har således 9 % av de undersökta narkomanerna vid något tillfälle haft ett psykotiskt tillstånd.

Andra undersökningar bekräftar dessa resultat. Det är sålunda vanligt att narkotikamissbrukare har allvarliga depressioner. De självmord som inträffar bland narkotikamissbrukare måste ses mot denna bakgrund. Missbrukare av cannabis och centralstimulantia har sannolikt en förhöjd

risk för schizofreni och andra psykotiska tillstånd. Djupgående personlighetsstörningar av borderlinetyp, narcissistisk personlighet och antisocial personlighetsstörning förekommer i betydande grad bland narkotikamissbrukare.

Även bland alkohol- och blandmissbrukare är olika typer av tidiga personlighetsstörningar vanliga. Ångesttillstånd, fobi och depression är ofta förekommande och självmordsfrekvensen bland alkoholmissbrukare är hög. Långvariga psykotiska tillstånd är sannolikt inte så vanliga bland alkoholmissbrukare som bland missbrukare av cannabis. Det uppges dock att bland schizofrena – som inte längre vårdas lika länge på sjukhus som tidigare till följd av ändrad inställning till behov av sådan vård – har alkoholmissbruket tilltagit. Unga missbrukare uppvisar ett annat mönster med mer av blandmissbruk och sociala problem än vad de gamla alkoholisterna företer.

Allmänpsykiatrin har många alkoholmissbrukare under vård men det är ofta fråga om korta vårdtider för denna patientgrupp. Endast i begränsad omfattning svarar psykiatrin för insatser till sådana psykiskt störda alkoholmissbrukare som är i behov av långvarig vård. Det finns en grupp alkohol- och blandmissbrukare i behov av psykiatrisk hjälp för bedömning och eventuell vård. Det är svårt att med säkerhet uppskatta omfattningen av detta behov men sannolikt rör det sig om minst 50 alkohol- och blandmissbrukare per 100 000 invånare.

Missbruk av lugnande medel och sömnmedel erbjuder en speciell problematik. Här är det ofta fråga om beroende av bensodiazepiner och denna beroendeproblematik erfordrar specifika insatser från allmänpsykiatrins sida. Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd (1990) om att behandla och förebygga beroende och missbruk av beroendeframkallande psykofarmaka, vilka bl.a. belyser frågan om hur psykiatrin kan bistå patienter med ett bensodiazepinberoende. Fem sjukvårdshuvudmän saknar helt program och resurser för hjälp åt patienter som är beroende av bensodiazepiner enligt klinikchefsenkäten.

I vissa landsting tycks man inte ha avdelat någon speciell resurs för missbrukarvården enligt vad som visas i klinikchefsenkäten. Detta gäller landstingen i Östergötland, Blekinge, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten. I många av dessa områden finns betydande problem med psykiskt störda missbrukare. Den psykiatriska vårdorganisationen förefaller således inte i detta avseende ha planerat sin verksamhet utifrån befolkningens behov.

När det gäller att ta ansvar för svårt psykiskt störda missbrukare, som är en patientgrupp som psykiatrin självklart måste ansvara för, tycks flertalet sektorer ha bristfälliga möjligheter. 77 % av sektorscheferna anser att det inom det egna landstinget finns bristfälliga möjligheter till sluten vård av psykiskt störda missbrukare. Av alla de brister som framkommer i enkäten är denna den mest uttalade, vilket stämmer med iakttagelserna i öppenvårdsinventeringen.

De regionsjukvårdsenheter som i dag svarar för främst av domstol till vård överlämnade patienter har stor erfarenhet av patienter med allvarliga psykiska störningar och missbruk. Det är viktigt att använda deras

kunskap både för erfarenhetsutbyte och vård av vissa patienter med denna problematik. Den lokala psykiatriska verksamheten kan ibland behöva hjälp för längre eller kortare tid med sluten vård för svårt störda missbrukare med behov av särskilda vårdinsatser. Då dagens resurser vid regionsjukvårdsenheterna och specialenheterna är otillräckliga behövs en utbyggnad i synnerhet för storstadsklientelet. Den platsbrist som i dag finns gör att många av dessa patienter inte får adekvat vård och att de utgör problemfall såväl inom de psykiatriska vårdenheterna som på socialtjänstens institutioner.

Behovet av enheter inom hälso- och sjukvården för långvarig vård av svårt psykiskt störda missbrukare är svårt att beräkna men utgående från de uppgifter som framkommit kan man uppskatta att det erfordras nya avdelningar eller behandlingshem med 5–10 platser per 100 000 invånare.

I storstäderna och då i synnerhet i Stockholms läns landsting är behovet betydligt större. Där måste man dessutom räkna med att det finns behov av behandlingshem inom allmänpsykiatrin för långvarig vård av såväl narkotikamissbrukare som av alkohol- och blandmissbrukare.

Speciella insatser behövs för missbrukande ungdomar. Även på detta område är det särskilt Stockholms läns landsting som har behov av ytterligare resurser för både korttidsvård av svårt psykiskt störda ungdomar med missbruksproblem och för långvarig psykiatrisk vård på behandlingshem.

Personer med såväl missbruk som svår psykisk störning behöver stöd och vård av både socialtjänsten och psykiatrin. Detta kan endast ske i samverkan. För att förbättra samarbetet kan en lämplig åtgärd vara gemensam utbildning. Detta är desto viktigare då kunskapen om diagnostik och behandling av missbruk och psykisk störning ofta är ofullständig både i socialtjänsten och i psykiatrin.

Ett annat viktigt medel för samverkan är gemensamma bedömningar och upprättande av behandlingsplanen tillsammans med klienten/patienten. En sådan behandlingsplan kan utformas som ett kontrakt mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Om alla inblandade parter definierar sitt ansvar och sina insatser är möjligheten större att klienten/patienten får ett bra stöd.

9 Psykiskt störda lagöverträdare

Enligt brottsbalken kan påföljden på en brottslig gärning under vissa omständigheter bli ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Innan domstolen fattar sitt beslut skall patienten genomgå viss rättspsykiatrisk utredning. Denna genomförs vanligen vid någon rättspsykiatrisk avdelning inom Rättsmedicinalverket men kan också göras på entrepenad vid landstingskommunala vårdinrättningar. Den rättspsykiatriska vården av de domstolsöverlämnade patienterna sker dels på vanliga enheter inom den psykiatriska vårdorgansationen, dels på regionala rättspsykiatriska vårdenheter för patienter som har behov av speciella vårdinsatser eller särskilda säkerhetsarrangemang. Vid tvångsvård av anhållna, häktade eller i kriminalvården intagna skall denna vård ske på särskilda av Regeringen godkända vårdenheter enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Antalet årligen polisanmälda brott enligt brottsbalken har ökat från 195 000 på 1950-talet till nu drygt en miljon. De grövsta brotten har emellertid legat relativt konstant kring 130–140 mord och dråp per år. Misshandelsbrotten visar däremot en kraftig ökning.

Under 1980-talet har det gjorts mellan 500 och 600 rättspsykiatriska undersökningar årligen. Omkring 300 patienter har varje år av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård enligt LSPV, vilket motsvarar överlämnande till rättspsykiatrisk vård enligt den från årsskiftet 1991/92 gällande lagstiftningen. Vid inventeringen i mars 1991 vårdas drygt 600 av domstol överlämnade patienter i sluten psykiatrisk vård, av vilka flertalet var män.

Fram till år 1967 var det en uppgift för de statliga mentalsjukhusen att vårda dessa patienter. Det fanns då ca 100 platser på s.k. fast paviljong och omkring 350 platser på två s.k. specialavdelningar och Karsuddens specialsjukhus.

Numera omfattar den regionala organisationen för rättspsykiatrisk vård Karsuddens sjukhus för främst Stockholms och Göteborgs behov, en rättspsykiatrisk regionsjukvårdsenhet i Växjö för södra regionen, en likadan enhet i Vadstena för Linköpingsregionen, en enhet i Säter för Uppsala-Örebro regionen och slutligen 11 platser i Umeå och 15 i Sundsvall för norra regionen. Dessutom finns i Sundsvall 40 platser och i Västervik 20 platser för hela landet (tabell 9.1).

Tabell 9.1 Vårdplatser på regionsjukvårdsenheter och andra enheter för särskilt vårdkrävande patienter

Sjukvårdsinrättning	Vårdplatser	varav för kvinnor
Rättspsyk regionv Umeå	11	*
Klin III Sundsvalls sjh	55	–
Rättspsyk regionv Säter	42	*
Karsuddens sjukhus	96 (90)	*
Rättspsyk regionv Vadstena	20	*
Specialenheten Västervik	20	–
Klin 6 S:t Sigfrids sjh Växjö	62	10
Summa	**306**	**10**

Tabell 9.2 Vid inventering år 1991 inneliggande N-fall (av domstol överlämnade) efter typ av vårdinrättning och efter hemortslän

Hemortslän	N-fall totalt	N-fall region	Övriga enhet
Stockholm	162	64	23
Uppsala	17	6	1
Södermanland	21	8	2
Östergötland	12	6	8
Jönköping	9	3	0
Kronoberg	18	6	2
Kalmar	13	3	1
Gotlands kommun	7	1	1
Blekinge	6	3	1
Kristianstad	13	4	6
Malmöhus	51	19	2
Malmö stad	53	9	2
Halland	5	3	7
Bohus	6	3	0
Göteborgs stad	42	14	7
Älvsborg	14	0	0
Skaraborg	16	2	0
Värmland	14	7	0
Örebro	33	7	1
Västmanland	28	3	0
Dalarna	15	7	1
Gävleborg	15	6	0
Västernorrland	13	9	5
Jämtland	3	1	1
Västerbotten	9	4	1
Norrbotten	27	1	0
Okänd hemort	13	5	4
Riket	**622**	**204**	**76**

Karsuddens sjukhus är under ombyggnad och därför används för närvarande endast 90 platser. På S:t Sigfrids sjukhus finns en särskild kvinnoavdelning. Sundsvall och Västervik vårdar inte alls kvinnliga patienter. De övriga ställena kan ta emot kvinnor flexibelt inom sin organisation. Vid inventeringen i mars 1991 vårdades bara 21 kvinnor av totalt 280 patienter på dessa enheter.

Som tabell 9.2 visar finns det relativt sett betydligt fler N-fall (av domstol till sluten psykiatrisk vård överlämnade patienter) i storstäderna. Medan genomsnittet för riket utgör 7 per 100 000 invånare har Stockholms läns landsting och Göteborgs stad 10 N-fall inneliggande vid inventeringen och Malmö stad hela 23 per 100 000 invånare. Men även Kronoberg, Örebro, Västmanland och Norrbottens landsting har 10 eller fler N-fall per 100 000 invånare vid inventeringen 1991.

I synnerhet Stockholms läns landsting vårdar en stor andel av N-fallen på regionvårdsenheter, 64 av 162 (40 %). På dessa enheter vårdas dessutom vissa svårskötta patienter som inte är N-fall. De utgör som framgår av tabell 9.2 en fjärdedel av alla inneliggande patienter på dessa enheter.

Eftersom Stockholms och Göteborgs patienter vårdas på Karsuddens sjukhus i Katrineholm motverkas kontakten med hemortens psykiatriska vårdorganistion, vilket kan försvåra rehabiliteringen. På senare år har det dock skett en viss förbättring av detta förhållande genom att man såväl i Göteborg som Stockholm driver vårdavdelningar i samma lokaler som Rättsmedicinalverkets undersökningsenheter på hemorten och därmed fått möjlighet till särskild vård på hemorten. Fortfarande förefaller dock den öppna vården och uppföljningen av dessa patienter vara dåligt organiserad i storstäderna. I Malmö har sedan länge funnits en särskild enhet för vårdkrävande patienter, vilket gör att man i större utsträckning vårdar sina domstolsöverlämnade patienter på hemorten (44 av 53).

46 % av de områdesansvariga sektorscheferna uppger att de inte inom landstingets psykiatriska vårdorganisation har tillräckliga möjligheter att ge sluten psykiatrisk vård för de domstolsöverlämnade patienterna. Man anser att vården i stället skall ges vid regionvårdsenheter som är speciellt inriktade på denna patientgrupp. Av vad som framgår ovan finns det i dag inte inom denna organisation tillräckligt med vårdplatser för patientgruppen i fråga.

I klinikchefsenkäten uppger 37 % av de områdesansvariga sektorernas chefer att de i dag inom landstingsområdet saknar tillräckliga möjligheter att vårda patienter som är häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt. Kriminalvårdsstyrelsen har i skilda sammanhang pekat på de stora svårigheter som föreligger då man vill ha hjälp med sluten psykiatrisk vård för en häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

Mot denna bakgrund ter det sig förvånande att det på de sju rättspsykiatriska regionvårdsenheterna vid en enkät i december 1991 fanns endast fyra patienter, som överförts för vård från kriminalvårdsanstalt. Därtill fanns det fyra patienter som uppgavs vara anhållna eller häktade och samtidigt under aktuell vård på någon av dessa vårdenheter. Detta kanske mera beror på platsbrist på regionvårdsenheterna än på att kriminalvården skulle sakna patienter i behov av vård.

Både domstolsöverlämnade och övriga kriminella utgör i dag många gånger ett vårdproblem eftersom vårdstrukturen inte ger möjlighet till tillfredsställande vård för dessa grupper. En utbyggd regionsjukvårdsorganisation ter sig därför angelägen. Därutöver behövs dock vissa resurser inom de olika landstingen för vård av dessa patientgrupper på hemorten. En sådan förstärkning av vårdresurserna är än mer angelägen till följd av de krav på vårdenheter med särskilda säkerhetsarrangemang, som uppställs i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) för vård av anhållna, häktade och i kriminalvårdsanstalt intagna i behov av psykiatrisk tvångsvård.

En enkät till klinikcheferna för de rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheterna ger ytterligare en beskrivning av den patientgrupp som vårdas på dessa enheter. Som redan framgått är flertalet av dem N-fall. En fjärdedel av patienterna är dömda för mord, dråp eller försök till mord eller dråp. 10 % är dömda för våldtäkt och ytterligare 20 % för misshandel.

Två tredjedelar av dessa patienter har utöver sin allvarliga psykiska störningar även ett missbruk, ofta ett blandmissbruk. Även om många av dessa patienter har tidiga personlighetsstörningar (37 %) har hälften av patienterna en psykosdiagnos. En tredjedel av patienterna har en vårdtid på 1–3 år och en tredjedel har vårdats mer än 3 år. Många av patienterna är unga men majoriteten är medelålders.

I december 1991 fanns det 77 försöksutskrivna från dessa enheter. 46 av dem vårdades på sjukhem eller vårdhem i samarbete med kliniken. Detta utgjorde den vanligaste formen av eftervård. De flesta enheterna anser sig ha ett bra samarbete med hemortspsykiatrin och räknar med att denna svarar för eftervård och uppföljning av patienterna.

Regionvårdsenheterna har ett mycket begränsat samarbete med RSMH och med patienternas anhöriga. Man har heller inte i någon större utsträckning stödinsatser för brottsoffren.

Personaltätheten är hög. På de nyaste, Säter och Vadstena, har man 2,2–2,4 vårdpersonal per vårdplats medan Växjö och Sundsvall endast har 1,6. Även tillgången till läkare är numera ganska bra medan det råder en viss brist på psykologer. Man tillämpar för det mesta ett kontaktmannasystem på avdelningarna. Flertalet enheter satsar stora resurser på utbildning av personalen. Karsuddens sjukhus har haft en omfattande kontaktmannautbildning för nästan all sin personal.

Eftersom dessa patienter är föremål för en långvarig tvångsvård med många restriktioner och begränsade möjligheter till permissioner och kontakter utåt brukar avvikningar förekomma. Regionvårdsenheterna har en hög personaltäthet och en tradition att svara för samhällsskyddet samt är dessutom byggnadstekniskt utformade för att minimera rymningsrisken. Under november 1991 har det skett avvikningar bara från två enheter: i två fall avvikning från avdelning eller promenadgård medan resten av fallen (10) gällt avvikning från frigång eller permission.

Två av dessa sju enheter anser sig inte ha tillräcklig kompetens för psykoterapeutisk behandling av patienterna främst på grund av vakanser på psykologtjänsterna. Endast två av enheterna anser att resurserna för

psykoterapi är tillräckliga.

Nästan alla dessa enheter har dålig erfarenhet av socialtjänstens möjligheter att hjälpa till med bostad för patienter vid utskrivning. Även när det gäller stöd i fritidsaktiviteter och sysselsättning för patienterna är det svårt att få hjälp av socialtjänsten. Flertalet enheter har ett bra samarbete med kriminalvården.

Vården vid de rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheterna är kostnadskrävande på grund av den höga personaltätheten. Det är samtidigt viktigt att man både har en hög bemanning och en kunnig och välutbildad personal för att kunna behandla och stödja dessa svårast störda och därmed vårdkrävande patienterna. Personalens insatser är också viktiga för säkerhetsaspekten och för att patienterna ofta har mycket långa vårdtider.

På regionvårdsenheterna behövs psykologisk kompetens för psykoterapi till patienterna men även för handledning och stöd till personalen i det miljöterapeutiska arbetet.

Det gäller en relativt ung grupp patienter med stora sociala problem, oftast blandmissbruk, allvarlig psykisk störning och dessutom ofta ett aggressivt beteende i synnerhet under påverkan av alkohol eller narkotika. Behandlingen och rehabiliteringen av dessa människor kräver långvariga insatser från olika samhällsorgan. Det är därför viktigt att det finns en länk till hemortens psykiatri för det fortsatta stödet i samarbete med socialtjänst och arbetsmarknadsorgan när rehabiliteringsåtgärder skall genomföras. I många landsting saknas lämpliga behandlingshem för slutenvårdsstöd till dessa patienter i rehabiliteringsfas, vilket framgår av tabell 5.4 i avsnitt 5.3.

Hemortens psykiatriska sektor måste också vara öppen för kontakter och samarbete med regionvårdsenheterna så att patienterna genom sektorns stöd kan slussas tillbaka till samhället. På så sätt får regionvårdsenheterna möjlighet att avlasta sektorns vårdavdelningar när det gäller patienter som är svårskötta, aggressiva eller har ett asocialt beteende.

10 Resursutnyttjandet

Den av Riksdagen beslutade ändrade ansvarsfördelningen inom äldreomsorgen har till syte att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska former för att utveckla samhällsinsatserna för service och vård till äldre och handikappade. Kommunen skall enligt hälso-och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Kommunen skall också erbjuda bostäder med särskild service åt dem som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring.

Inom somatisk långvård har efter denna förändrade ansvarsfördelning vissa sjukhem överförts till kommunerna. Kommunerna har fått betalningsansvar för s.k. klinikfärdiga patienter. Enligt Landstingsförbundets studier finns också inom den psykiatriska vården "klinikfärdiga" patienter. Framför allt finns det stora grupper patienter som haft mångårig vård men som numera har ett mycket begränsat psykiatriskt vårdbehov. Detta är t.ex. fallet med många av de patienter som vårdas på enskilda vårdhem för psykiskt sjuka med måttligt vårdbehov. Hälften av patienterna på de enskilda vårdhemmen vårdas utanför sitt hemortslän. Det blir därför en viktig uppgift för vårdhemmen att i kontakt med vistelsekommunen finna en lösning på patienternas bostadsfråga (Socialstyrelsen 1991).

I tabell 6.25 redovisas uppgifter om de nästan 4 400 personer som vid inventeringen 1991 har vårdats mer än 3 år i psykiatrisk vård som frivilligt vårdade. Det är således en tredjedel av alla inneliggande patienter som huvudsakligen använder sjukvårdsinsättningarna för boende. De flesta med mer än 3-årig vårdtid som inte sker enligt LSPV torde inte ha särskilt omfattande behov av psykiatrisk sluten vård. Analogt med vad som gäller övriga handikappade torde huvuddelen av dessa patienter genom kommunen kunna beredas lämplig form av boende.

Som väntat är det stora regionala variationer när det gäller dessa frivilligt vårdade med vårdtid över 3 år. I vissa kommuner finns inga sådana patienter medan det i andra kommuner rör sig om upp till 200 per 100 000 invånare. När det gäller hemortslänen har naturligtvis de län som har hög andel i sluten psykiatrisk vård inneliggande patienter även många av denna patientkategori.

I ett av kommitténs delbetänkanden Rätt till bostad (SOU 1991:92) har framhållits att vid Socialstyrelsens inventering i mars 1991 visade det sig att hälften av alla inneliggande patienter eller 7 000 personer saknade egen bostad. Sålunda saknar 70 % av dem som är under 65 år och vårdas på enskilt vårdhem egen bostad. Av alla inneliggande patienter i mars 1991 är det 3 100 som är under 65 år och som saknar egen bostad.

Flertalet av dessa ingår i ovannämnda grupp långtidsvårdade patienter.

De gamla mentalsjukhusen utgjorde små samhällen med fritidsaktiviteter och arbetsuppgifter för patienterna utöver den bevakande och omvårdande rollen. Denna tradition lever kvar. De utskrivna långvarigt psykiskt sjuka har ofta inte kunnat få den service som för andra medborgare i samhället är självklar. Den psykiatriska personalen har känt sitt ansvar för dessa människor. Detta har lett till att psykiatrin på många håll i landet tagit på sig uppgifter som egentligen hör till socialtjänsten eller andra samhällsorgan.

Många psykiatriska sektorer har särskilda rehabiliteringsteam med ansvar för stöd och service till de psykiskt långtidssjuka. Det kan i detta arbete vara svårt att avgränsa de mer strikt psykiatriska uppgifterna. I bästa fall samarbetar man med hemtjänsten och delar på ansvaret, ibland sköter man även de sociala sidorna i patientens tillvaro.

I vissa psykiatriska sektorer har särskilda dagaktiviteter anordnats för långtidssjuka. Det kan vara svårt att skilja på dagsjukvårdsinsatser som hör till hälso- och sjukvården och sysselsättning och fritidsaktiviteter som är en primärkommunal uppgift. Även skyddade verkstäder drivs ibland av den psykiatriska vårdorganisationen. I några landstingsområden har ett bra samarbete kommit till stånd med kommunerna och man bedriver gemensamt dagcentraler och verkstäder. I många av dessa sociala verksamheter kommer dock hälso- och sjukvårdens personal att ägna sig åt uppgifter som egentligen inte hör till psykiatrins område.

Samtidigt sköter den kommunala socialtjänsten många psykiskt svårt störda människor för att de också har missbruksproblem men som borde få vård inom psykiatrin. Denna grupp utgör ofta problem för personalen vid socialtjänstens hem för vård eller boende. De psykiskt störda får också dålig hjälp på dessa hem eftersom vården inte är anpassad efter deras behov.

Enligt kapitel 8 finns det behov av rätt omfattande sluten psykiatrisk vård för denna grupp förutom de insatser som behövs i form av konsultfunktion och samverkan kring bedömning och öppenvårdsbehandling. Det förefaller vara ett resursslöseri att denna grupp patienter vårdas på fel ställe och får felaktig vård.

Även inom den psykiatriska verksamheten finns det anledning att studera resursutnyttjandet. Alltjämt är den slutna vården en tung del i synnerhet vad gäller kostnaderna. Psykiaterinsatsen är också omfattande i sluten vård. En omfördelning av resurser mot dagsjukvård, hembesöksaktiviteter och samverkan med vårdgrannarna är synnerligen viktig. De psykiskt långtidssjuka måste få del av uppföljning och stöd från den psykiatriska verksamhetens sida. Det är otillfredsställande att den omfattande användningen av depåneuroleptika inte följs upp av specialister liksom att ganska många unga personer med allvarliga symtom först relativt sent kommer i kontakt med psykiatrin.

En ökad satsning på psykoterapi efterlyses i de enkäter som gjorts. Det finns uppenbarligen tillgång till ytterligare privata insatser på psykoterapins område, vilket skulle kunna minska de psykoterapiköer som uppstått. Genom omfördelning av sektorernas resurser borde medel för psykotera-

peutisk behandling i privat regi kunna frigöras.

Inom vissa sektorer har särskilda psykoterapienheter byggts upp. Det kan finnas fördelar i ett sådant system men till de negativa sidorna hör att den psykoterapeutiska kompetensen i det vardagliga arbetet kring flertalet patienter uttunnas med negativa effekter på behandlingsklimatet.

Inom psykiatrin har skett en omfattande satsning på utbildning. Utbildning och handledning är betydelsefull för att bevara personalens kompetens. Det efterfrågas också utbildning av anhöriga vilket har betydelse för deras möjlighet att samverka i vården av patienterna.

Därtill efterlyses olika former av utbildning och handledning av olika vårdgrannar. Det kan ifrågasättas i vilken omfattning psykiatrins resurser skall användas till detta. För en bra samverkan är det viktigt att tid avsätts för övergripande diskussioner och planering men också för konsultinsatser och bedömning av enskilda patienter. I samverkan kring enskilda patienter sker även naturligen en viss handledning. Övrig handledning kring psykologiska frågeställningar inom vårdgrannarnas verksamhetsområde måste kanske lösas på annat sätt.

Följande sammanställning i punktsvar utgör indikationer på att resursutnyttjandet i psykiatrin inte är optimalt.

* Platserna i den slutna vården utnyttjas i alltför hög grad till boende och omsorg för människor som inte är i behov av sluten vård. Till detta kommer att ett antal personer med åldersdemens fortfarande är kvar i psykiatrisk långvård. Psykiskt störda missbrukare borde i större utsträckning få vård inom psykiatrin.

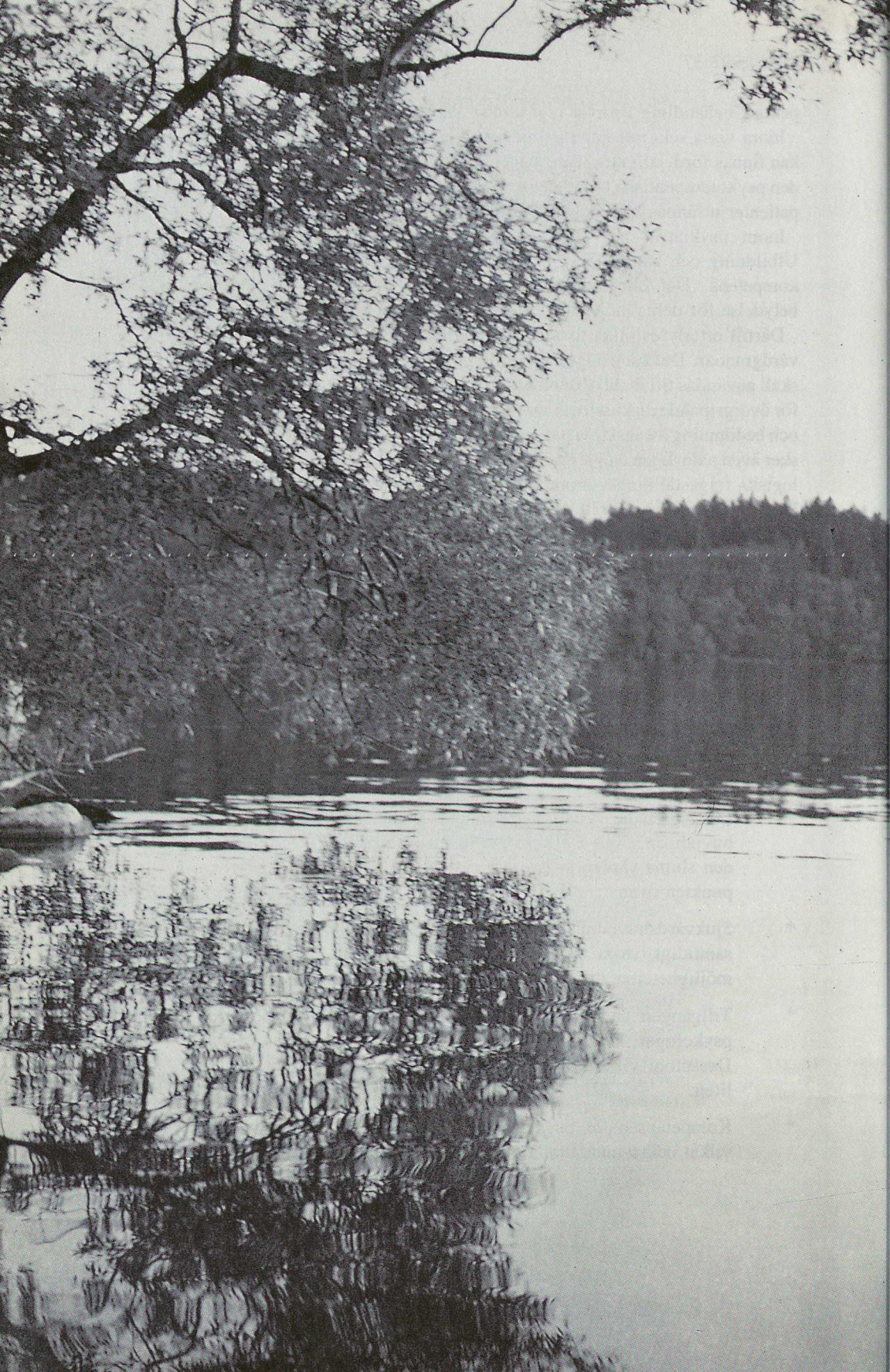
* Inom den öppna vården måste större uppmärksamhet läggas på att psykiatrins resurser inte används till renodlade socialtjänstuppgifter.

* De regionala variationerna i psykiatrins kostnader hos olika huvudmän, 500–1 500 kr per invånare, pekar på att framför allt den slutna vården är överdimensionerad på vissa håll. Jfr första punkten ovan.

* Sjukvårdshuvudman som redovisar stora resurstillgångar anger samtidigt stora resursbrister bl.a. för psykoterapi och för möjligheterna att ge psykiskt långtidssjuka ett stöd i öppen vård.

* Tillgången på resurser för kvalificerad behandling (psykiater, psykologer, kuratorer) är liten i förhållande till annan personal. Dessutom visar tidsstudier att tiden för direkt patientarbete är liten.

* Kompetensen för psykiatrisk rehabilitering är svagt utvecklad, vilket också innefattar forskningen på detta område.



11 Icke tillgodosedda vårdbehov

11.1 Patienternas och de anhörigas syn

Systematiska undersökningar i Sverige som belyser patienters och anhörigas värderingar och erfarenheter av den psykiatriska vården är fåtaliga. Några studier skall kortfattat omnämnas.

I en undersökning av tvångsvårdade och frivilligt vårdade i Västmanlands och Uppsala län (Kjellin m.fl., 1988) noterades en betydande och successiv förbättring från intagningen till utskrivningen och vid en uppföljning efter 3–6 månader. Det gällde en grupp LSPV-patienter och mätningen skedde med GAS (Global Assessement Scale). En klar förbättring bedömdes också för de frivilligt intagna vid utskrivningen och den senare uppföljningen jämfört med situationen vid intagningen (Eriksson, 1989). I intervjuundersökningsdelen (Candefjord, 1989) uppger ungefär hälften av patienterna att de är nöjda med vården utan några nämnvärda skillnader mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Men bara 34 % av de tvångsvårdade och 50 procent av de frivilligt vårdade skulle vilja ha samma vård igen om de på nytt skulle behöva vård.

Vad som vidare framkom vid intervjuerna var att många patienter svarade att de ansett sig någon gång ha varit utsatta för åtgärder mot sin vilja. Anmärkningsvärt är därvid inte det formella tvång som finns inskrivet i journalen utan det upplevda så kallade informella tvång som existerar även för gruppen frivilligt intagna. Det informella tvånget kan till skillnad från det formella även innebära upplevelser av tvång i vardagliga rutiner och händelser. Drygt 60 % av de tvångsintagna och knappt 40 % av de frivilligt intagna uppger att de blivit utsatta för åtgärder mot sin vilja. Det vanligaste upplevda tvånget är medicinering, antingen handgripligt eller genom hot, samt inlåsning. Spontant svarar nästan hälften av patienterna att de känt sig kränkta någon gång under det vårdtillfälle intervjuerna avsåg. Ca hälften upplever också att de inte fått vara med i behandlingsplaneringen i den utsträckning de önskat. Likaså framgår att en stor del av patienterna upplever att de inte fått tillräcklig information.

I intervjuer med de anhöriga i Västmanland-Uppsala-studien (Axelsson, 1989) framkom att man som anhörig är glad att psykiatrin finns och kan ta emot patienten när han/hon är som allra sjukast. En tredjedel av de anhöriga upplever psykiatrin som bra och ytterligare en knapp tredjedel att den går an. Resten anser psykiatrin vara dålig. Vad många anhöriga främst är kritiska till är hur liten kontakten är mellan vården och anhöriga. Man saknade tillfällen att få tala om sin egen situation och om frågeställningar inför patientens sjukdom. En stor del av de närstående ansåg inte att de fick det stöd de behövde för att förbereda sig inför

patientens utskrivning. Angående vården av patienten uppfattade anhöriga att behandlingsinnehållet var för smalt med för få alternativ till medicinering. Information, samtal, sysselsättning, planerad uppföljning av vårdvistelsen samt psykoterapi och sociala åtgärder efterfrågades ofta. Över hälften av de närstående önskade få ta del i behandlingsplaneringen men endast 3 % ansåg att de hade erbjudits ett sådant deltagande.

I en undersökning (Roswall, 1983) inom Uppsala län från den öppna vården utvärderades två psykiatriska vårdlags verksamhet med inriktning på patienternas tillfredsställelse med den hjälp de fått. Resultaten pekade inte på att det förekom några skillnader mellan patientgrupper med olika diagnos eller socialgruppstillhörighet. Det fanns ett positivt samband mellan patienttillfredsställelse och antal besök på mottagningen. Huvudsakligen var patienterna nöjda med verksamheten och den behandling man fått. 6 % tyckte inte att de fått någon hjälp alls och lika många var mindre nöjda med bemötandet från personalen.

I en annan studie (Bergvall och Byström, 1980) följdes en grupp joursökande patienter på Ulleråkers sjukhus upp två år efter jourbesöket. Något mindre än hälften hade en positiv inställning till jourverksamheten, en fjärdedel var negativa främst med läkarkontakten och väntetiden. 65 % ansåg sig i stort sett vara nöjda med den vård/hjälp som erbjudits. Något fler upplevde en förbättring av de psykiska problem man sökte hjälp för två år tidigare varvid man främst relaterade denna förändring till att den sociala situationen förbättrats. Författarna drar slutsatsen att den psykosociala situationen utgör ett dominerande inslag i den psykiska problembilden och att en psykoterapeutiskt och psykosocialt inriktad vård både behövs och svarar mot de intervjuade patienternas önskemål.

I en patientenkät till samliga patienter som varit inlagda det första halvåret 1980 på S:t Görans psykiatriska klinik var syftet att få en bild av patienternas bedömning av den slutenvård de fått i jämförelse med en annan grupp patienter som vårdats på somatisk klinik (Salum och Wetterberg, 1983). Tre fjärdedelar av patienterna redovisade positiva erfarenheter av mottagandet på den psykiatriska avdelningen, kontakten med personalen och maten. De vanligaste klagomålen gällde den medicinska informationen och olika aspekter på den kontakt man hade med läkare. Äldre personer var mer positiva än yngre. I jämförelsen mellan vad patienter som vårdats på somatisk klinik tyckte var andelen mindre bland psykiatriska patienter som hade mycket positiva omdömen.

En brist som de senast refererade studierna har är att bortfallet är stort, vilket försvagar möjligheterna att dra några säkrare slutsatser trots att författarna på olika sätt försökt att värdera bortfallets betydelse. Denna svaghet är också internationellt sett mycket vanlig och har delvis att göra med att metodiken för den här typen av undersökningar är outvecklad.

Inom Spri pågår för närvarande ett arbete med att ta fram ett instrument för att mäta patienttillfredsställelse i den slutna vården. I en provomgång av en patientenkät accepterade 453 utskrivna patienter från 12 tillfrågade vårdavdelningar att lämna svar. 321 enkäter har kunnat bearbetas. 85 % uppger att de mår lite bättre, bättre eller mycket bättre jämfört med tidpunkten före inläggningen. Fyra femtedelar värderar den hjälp man fått

på avdelningen som bra eller mycket bra.

Den positiva bilden bleknar dock något i samband med svaren på frågor om information och inflytande i vårdsituationen. 12 % ansåg att de inte fått några upplysningar alls om sin sjukdom eller psykiska besvär och av dem som fått upplysningar tyckte en fjärdedel att informationen var dålig eller mycket dålig. Nästan var fjärde patient ansåg sig inte ha fått några upplysningar för egen del om olika behandlingsmöjligheter och av dem som fick information ansåg 21 % att den var dålig eller mycket dålig.

I fråga om inflytandet tyckte var tionde patient i denna studie att man från avdelningens sida inte tog någon hänsyn till patientens egen uppfattning om vad som kunde anses vara den rätta vården. När hänsyn togs ansåg var fjärde patient att denna hänsyn var liten eller mycket liten. 20 % av patienterna uppfattade inte att det förekom någon vårdplanering överhuvudtaget och när vårdplanering förekom ansåg 29 % att man hade litet eller mycket litet inflytande på denna.

11.2 Personalens syn

11.2.1 Psykiatriska vårdbehov

Den psykiatriska personal i öppen vård som vid 1991 års inventeringstillfälle redovisade uppgifter om 10 774 patienter gjorde en bedömning av i vilken utsträckning psykiatrin vid det aktuella tillfället klarade av att ge adekvat vård. För 84 % av patienterna angav man att den psykiatriska vård som pågick var adekvat med hänsyn till patientens tillstånd och behov. För de återstående 16 % fick man bland tio förformulerade alternativ ange vilken typ av vård som patienten borde erbjudas men som inte fanns tillgänglig.

Totalt är det 26 000 patienter över ett år som av personalen bedöms inte få den specifika behandlingsinsats som man anser att psykiatrin realistiskt borde kunna erbjuda. För de enskilda angivna behandlingsalternativen är det 9 000–12 000 patienter för vilka tillgång saknas till den kvalitativt goda vård som man egentligen skulle vilja erbjuda. En viss variation på olika typer av insatser förekommer. Vanligast är att kvalificerad psykoterapi och anhörigstöd saknas. Vård på enhet utanför sjukhus (behandlingshem) för psykiskt störda missbrukare är det alternativ som har den lägsta bristsiffran (9 390 patienter) sett över ett år.

Hitintills har det i den psykiatriska öppenvården varit ovanligt att en patient skulle kunna få del av behandlingsresurser som eventuellt finns utanför den sektorsklinik till vilken man hör. I tabell 11.1, högra kolumnen, har angivits i vilken utsträckning den efterfrågade och icke tillgodosedda vårdinsatsen överhuvudtaget finns tillgänglig hos huvudmannen. På sikt borde det ju vara lättare för landstinget att sprida kunskap och utveckla vårdformer som efterfrågas om dessa redan finns inom en viss anna del av huvudmannens verksamheter.

Tabell 11.1 Behov i absoluta tal av psykiatriska specialistinsatser som inte kan tillgodoses enligt öppenvårdspersonalens bedömning vid inventeringen år 1991, uppskattad årsprevalens av dessa behov samt i vilken utsträckning behandlingsinsatsen finns hos huvudmannen. Procent

Behandlings-alternativ	Behov av insatser ÖVI-91 n=10 774	Uppskattad årsprevalens n=138 800	Därav ej hos egen sjuk-vårdshuvudman %
Specialiserad sjukhusvård	840	10 510	72
Behandlingsintensiv enhet utanför sjukh	889	10 760	73
Enhet för soc rehab utanför sjukhus	946	11 450	59
Enhet för psykiskt störda missbrukare	740	9 390	89
Specialiserad psykos-vård i öppen vård	868	10 030	74
Regelbunden läkar-kontakt i öppen vård	849	10 490	74
Kval psykoterapi (inkl. privat)	1 015	12 430	60
Boendestöd, hembesöks-verksamhet	964	11 360	52
Anhörigstöd	1 000	12 310	48
Anhörigutbildning	878	10 520	65

Inventeringen visar att enheter för psykiskt störda missbrukare är den vårdform som är minst utvecklad. För hela 89 % av de patienter som skulle behöva sådan vård uppger personalen att det inte ens i huvudmannens psykiatriska verksamhet i sin helhet, vanligen landstingsområdet, finns något sådant utbud. För sådana insatser som anhörigstöd, boendeinsatser och kvalificerad psykoterapi är bilden den att även om patienten i sin hemmasektor inte kan få hjälpen så förekommer verksamheten inom andra sektorskliniker hos den egna huvudmannen.

Till den kritik som anförts mot sektoriseringen av psykiatrin hör att vården blivit alltför utslätad, att kompetens som tidigare funnits när vården var samlad på stora sjukhus försvunnit eller spritts ut på för många håll och att akut- och korttidsvården i form av sektorsanknutna allvårdsavdelningar medfört onödiga påfresningar för patienterna. Kravet på att återskapa en tidigare mer subspecialiserad vård har fått alltmer eftertryck. Tabell 11.1 belyser i viss utsträckning dessa frågeställningar.

Det måste påpekas att beträffande de brister personalen kunde notera

var samtliga alternativ förformulerade så risk finns att väsentliga aspekter inte blivit beaktade. Påfallande är dock att fördelningen av svar är så pass jämn över olika alternativ. Några av behandlingsinsatserna har dock det gemensamt att de handlar om möjlighet att erbjuda specialiserad vård, såväl sluten som öppen. Den slutna vården kan både gälla plats på sjukhus för patientgrupp med särskild sjukdomsbild eller vård på särskild behandlingsintensiv enhet utanför sjukhus. Att notera är att enheter av typen behandlingshem med målsättningen att ge social rehabilitering är det mest efterfrågade av slutenvårdsalternativen.

Mot bakgrund av de svårigheter som funnits att rekrytera psykiater i tillräcklig omfattning till de utbyggda öppenvårdsteamen skulle personalens bedömning vid detta inventeringstillfälle kunna tas som ett positivt besked. Det är bara för 8 % av patienterna som man uppger att det är en klar brist på tillgång till regelbunden läkarkontakt i den öppna vården.

Klinikchefsenkäten ger en något annorlunda bild: Man anser att behovet av bedömning och behandling av specialist i psykiatri är mycket svårt att tillgodose i 14 % och svårt att tillgodose i 39 % av de områdesansvariga sektorerna. Som tidigare påpekats i avsnitt 7.2 anser sektorscheferna inte att resurserna är tillräckliga för att tillgodose behovet av psykoterapi. I enkäten anger man i 11 % av sektorerna att det är mycket svårt och i 39 % att det är svårt att tillgodose detta behov. Var tionde sektorschef menar att önskemålen om insatser från psykiatrin för LVM-hem, för kriminalvården och för omsorgsverksamheten är mycket svåra att tillfredsställa med befintliga resurser.

När det gäller tillgången till sluten vård anser var fjärde sektorschef att sektorn har brist på platser för korttidsvård medan 58 % anser sig ha brist på platser för speciella patientkategorier. Hälften av de sektorer som har allvårdsavdelningar upplever att denna typ av organisation ställer till problem och svårigheter.

I likhet med vad som ovan framkommer i öppenvårdsenkäten uppger 77 % av sektorscheferna att det inom det egna landstinget endast finns bristfälliga möjligheter till sluten vård av psykiskt störda missbrukare. Av alla de brister som framkommer i enkäten är denna den mest uttalade, vilket stämmer med iakttagelserna i öppenvårdsinventeringen och vilket även uppmärksammats i andra sammanhang.

Sektorscheferna påpekar även att det i den nuvarande psykiatriska organisationen finns bristfälliga resurser för sluten vård för vissa patientgrupper, nämligen i en tredjedel av sektorerna för häktade eller i kriminalvård intagna och i nästan hälften av sektorerna när det gäller patienter som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård. Dessa svårigheter torde ha ökat på många håll genom de nya säkerhetskrav som lagen om rättspsykiatrisk vård uppställer.

I endast några få landsting har man inom landstingets psykiatriska vårdorganisation tillgång till särskilda vårdmöjligheter för psykiskt utvecklingsstörda med psykisk sjukdom. I Bohuslandstinget och Göteborgs stad har man en gemensam sådan enhet.

42 % av sektorerna har bristfälliga möjligheter att stödja och hjälpa patienter med ätstörningar och många av sektorscheferna önskar sig stöd

från regionsjukvården när det gäller denna patientgrupp. I sektorerna är ganska många patienter med ätstörningar aktuella i sluten eller öppen vård, nämligen genomsnittligt 13 per 100 000 och det kan därför te sig lämpligt att behandlingen av denna patientgrupp organiseras inom landstingen, i synnerhet som behandlingen är långvarig och i stor utsträckning kan genomföras i öppen vård.

I enkäten ställdes en fråga om sektorns resurser för uppföljning och stöd till långvarigt psykotiska patienter i öppen vård. 42 % av sektorerna anser sig ha bristfälliga resurser för detta ändamål. Man frågar sig hur sektorschefen prioriterar sin verksamhet om man anser sig ha bristfälliga resurser för en av psykiatrins kärngrupper.

11.2.2 Den psykiatriska personalens syn på behov av insatser från vårdgrannar

Som en del i öppenvårdsinventeringen bedömde personalen för var och en av patienterna vilka behov man ansåg förelåg av insatser från andra vårdgivare eller instanser i samhället.

De insatser inom socialtjänstens område som är mest aktuella för psykiatriska patienter är hemtjänst, aktiviteter för sysselsättning och för att skapa sociala kontakter.

Tabell 11.2 visar att 15 000 patienter har hemtjänst men att ytterligare drygt 5 000 skulle behöva sådan hjälp. Det icke tillgodosedda behovet ligger på 4 % av samtliga patienter som psykiatrin kommer i kontakt med under ett år.

Tabell 11.2 Pågående socialtjänstinsatser och ej tillgodosedda behov av sådana insatser i absoluta tal dels i öppenvårdsinventeringen dels i den uppskattade årspopulationen av psykiatriska patienter samt relativ andel patienter med ej tillgodosedda behov

	Pågående insats		Behov av insats		Procent
Insatstyp	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	av årspopulation
Hemtjänst	1 296	15 440	874	5 180	3,7
Meningsfull sysselsättning	2 500	31 930	2 800	26 010	18,7
Kontaktskapande verksamhet	2 212	26 470	2 739	22 400	16,1

Aktiviteter för att skapa meningsfull sysselsättning och insatser för att bryta social isolering täcker varandra delvis men långt ifrån helt. Särskilt för gruppen förtidspensionerade psykiskt långtidssjuka kan verksamheter

som syftar till att ge ett meningsfullt dagsinnehåll i form av organiserad sysselsättning också tjäna som ett sätt att bidra till ett socialt nätverk. En hel del långtidssjuka har emellertid arbete/utbildning av något slag men lever sin fritid i stor ensamhet och behöver få hjälp med att komma i kontakt med andra människor.

Siffrorna visar att betydande insatser för sysselsättning och sociala kontakter pågår men att ytterligare 16–19 % av samtliga patienter under ett år i psykiatrisk öppenvård skulle behöva få del av kommunala aktiviteter. Det betyder 22–26 000 människor som är klart understimulerade.

Data i klinikchefsenkäten bekräftar denna beskrivning. Tre fjärdedelar av sektorerna anser att primärkommunerna inte aktivt hjälper patienter till lämpliga boendeformer efter långvarig sjukhusvård. Däremot är det endast 14 % som menar att hemtjänstens stödinsatser är otillfredsställande. När det gäller sysselsättning och fritidsaktiviteter saknar 83 % av sektorerna aktiva åtgärder från primärkommunernas sida.

Den psykiatriska rehabiliteringen har ofta syftet att individen skall bli i stånd att komma ut på den öppna arbetsmarknaden, alternativt påbörja en yrkesinriktad träning/rehabilitering eller ta igen en grundläggande skolutbildning. Skyddat arbete i någon form kan också vara lämplig nivå för en del patienter, vars psykiska funktionshinder inte medger en arbetsprestation på den öppna marknaden.

Tabell 11.3 Pågående arbetsmarknadsinsatser och ej tillgodosedda behov av sådana insatser i absoluta tal, dels i öppenvårdsinventeringen dels i den uppskattade årspopulationen av psykiatriska patienter samt relativ andel patienter med ej tillgodosedda behov

	Pågående insats		Behov av insats		Procent
Insatstyp	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	av årspopulation
Träning till öppna arbetsmarkn	1 050	12 770	1 868	16 910	12,2
Anpassning av arbetsplats	741	9 320	1 400	12 420	8,9
Grundläggande skol- el yrkesutbildning	516	6 660	1 112	11 890	8,6
Skyddat arbete	549	6 180	1 476	12 830	9,2

Vad som är vanligast förekommande av arbetsmarknadsinsatser för psykiatriska patienter är träning till arbete på den öppna marknaden. Minst vanligt är att patienten har ett skyddat arbete eller genomgår en grundläggande skol- eller yrkesutbildning. Behoven av dessa senare insatser är dubbelt så omfattande i förhållande till vad som faktiskt förekommer. Sett

i absoluta tal är möjligheter att få träna till arbete ute i arbetslivet eller att få tillgång till ett skyddat arbete de alternativ som saknas för flest antal patienter. Och det berör sjutton respektive tretton tusen människor sett över ett år.

Tabell 11.4 Pågående insatser från primärvård och frivilligorganisationer och ej tillgodosedda behov av sådana insatser i absoluta tal, dels i öppenvårdsinventeringen dels i den uppskattade årspopulationen av psykiatriska patienter samt relativ andel patienter med ej tillgodosedda behov

	Pågående insats		Behov av insats		Procent
Insatstyp	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	ÖVI 1991	uppskattad årspreval	av årspopulation
Primärvårdsinsatser	2 137	28 100	1 192	3 870	2,8
Insatser från frivilligorganisation	688	8 310	1 919	18 310	13,2

En femtedel av psykiatrins patienter har en pågående kontakt med primärvården. Ytterligare en grupp, väsentligt mindre, skulle behöva få en sådan kontakt.

Slutligen tyder inventeringsdata på att det finns en mycket stor skillnad mellan insatser som görs från frivilligorganisationer och behovet av insatser från dessa håll. På årsbasis är det personalens uppfattning att arton tusen fler patienter borde få kontakt med frivilligorganisation.

11.3 Vårdgrannarnas syn

Psykiatriutredningen har i ett särskilt delbetänkande "Psykiskt störda situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv" (SOU 1992:3) behandlat socialtjänstens syn på problem, samarbete och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda. Där redovisas socialtjänstens synpunkter länsvis utifrån en enkätstudie och för dem som vill ta del av denna hänvisas till den rapporten.

Spri har dessutom på uppdrag av Landstingsförbundet genomfört en aktuell kartläggning (1991) "Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar". Landstingsförbundet har översänt undersökningen till psykiatriutredningen som underlagsmaterial till utredningens arbete. Genom en serie studier riktade till primärvård, socialtjänst, omsorgsverksamhet och kriminalvård har personal inom dessa områden i strukturerade formulär lämnat synpunkter på vad den tycker är bra eller dåligt i kontakterna med den psykiatriska vården.

Följande är några av de aspekter på vårdgrannarnas situation som belysts: hur vanligt det är att man arbetar med människor som bedöms lida av psykisk ohälsa, i vilken grad man önskat stöd från psykiatrin för patient/klients räkning eller för egen del och en bedömning av kvaliteten på kontakterna med psykiatrin i form av tillgänglighet, bemötande och uppfattad kompetens hos psykiatrin.

Inom *omsorgsverksamheten* bedöms en tredjedel av klienterna ha psykiska besvär. För en sjättedel av omsorgstagarna behöver personalen ibland psykiatriskt expertstöd i form av bedömning av specialist. Psykiatrins insatser består främst i psykofarmakabehandling, visst personalstöd ges till omsorgen och slutenvårdsintagningar i psykiatrin sker. När slutenvårdsbehandling uteblir i akuta situationer kan det förorsaka avsevärda problem. I stort sett anses behoven av traditionella insatser som farmakabehandling och slutenvård vara tillgodosedda medan personalinsatser och samtalskontakter för omsorgstagare önskas i ökad utsträckning från psykiatrin.

Också inom *kriminalvården* finns ett betydande antal interner med psykisk störning. Vid flertalet anstalter anser personalen att det finns ett behov av psykiatrisk bedömning minst en gång per månad. En gång per halvår anser man att en slutenvårdsintagning av klient skulle vara motiverad. Kriminalvården löser i första hand sitt behov av psykiatrisk service genom konsultkontakt vilket är vanligare än kontakter med den offentliga psykiatrin. De vanligaste psykiatriska åtgärderna som förekommer är psykofarmakabehandling och intagning för sluten vård. Framför allt konsulter men i någon mån också psykiatrin bistår med samtalskontakt för interners behov. Personalen uttrycker olika grader av missnöje med den offentliga psykiatrin. Man önskar få mer av såväl personalinriktade insatser i form av utbildning och handledning som hjälp med bedömning och enskilda samtal för klienter.

Verksamheterna inom socialtjänsten har så olika karaktär att samverkansfrågorna med psykiatrin behöver belysas ur de skilda delområdenas specifika utgångspunkter.

Av missbrukare som behandlas på *LVM-hem* har hälften haft eller har en pågående kontakt med psykiatrisk vård. Personalen upplever att ett behov av stöd och handledning föreligger så gott som dagligen och frågeställningar om slutenvårdsintagning är aktuella flera gånger per månad hos en majoritet av LVM-hemmen. I än större omfattning än kriminalvården anlitar LVM-hemmen psykiatriska konsulter som utöver psykofarmakabehandling och bedömningar också ger personalinriktade insatser. Från hemmens sida är man övervägande missnöjd med den offentliga psykiatrins insatser och skulle önska fler snabba bedömningar, samtalskontakter för klienters räkning och förbättrad hjälp med psykiatrisk slutenvård när det uppfattas vara nödvändigt.

Kommunernas *socialsekreterare* kommer i kontakt med många klienter som bedöms ha psykiska besvär. I hälften av dessa fall anser man sig behöva stöd från psykiatrisk expertis. En majoritet av socialsekreterarna önskar kontakter med psykiatrin minst en gång per månad och ungefär lika ofta för att få direkta insatser för klients del. Antalet kontakter mellan

psykiatrin och socialsekreterare varierar starkt. Flest är dessa kontakter när man utvecklat ett system med kontaktpersoner. Mycket tyder på att samarbetsformerna i stort är i ett positivt utvecklingsskede. En fjärdedel av socialsekreterarna redovisar dock en negativ uppfattning om psykiatrins insatser och sättet att bemöta socialtjänstens personal.

Antalet individer i kommunerna som har insatser från *hemtjänsten* är stort och av dessa bedöms 16 % ha psykiska problem. Drygt hälften i denna grupp anser man från personalens sida skulle behöva insatser i boendet och sysselsättning för att få en förbättrad livskvalitet. Vårdtagarnas problem handlar om ensamhet, passivitet och oförmåga att sköta medicinering.

Två tredjedelar av vårdbiträdena som ger hemtjänstservice till vårdtagare med psykisk störning har behov av mer information om de problem som man möter i arbetet. Lika vanligt är det att man inte har någon kontakt med psykiatrin för att få stöd eller information. Nästan alla vårdbiträden uppger att man önskar mer hjälp i dessa situationer. Det som främst efterfrågas är en kontaktperson inom psykiatrin som man kan få ett kontinuerligt samarbete med.

De klienter med psykiska problem som hemtjänstens personal gör regelbundna insatser hos är många gånger mycket väl kända och har en pågående kontakt med psykiatrin. Ett samarbete förefaller i den situationen vara relativt enkel att åstadkomma utifrån patientens hem som den gemensamma mötesplatsen för de vårdgivare som arbetar för klientens/-patientens bästa. Dock finns det en del vårdtagare i socialtjänsten som är okända för psykiatrin eller som kanske för länge sedan dragit sig ur den kontakten, vilket den i kapitel 4 refererade studien av Östman år 1987 pekar på.

I den tidigare nämnda Västmanland-Uppsala-studien ingick en enkätundersökning riktad till psykiatrins vårdgrannar inom primärvård och socialtjänst (Kjellin, 1989). Ca hälften av vårdgrannarna anser att det är svårt att samarbeta med psykiatrin i enskilda patientärenden. Över hälften av distriktsläkarna, distriktssköterskorna, socialsekreterarna och hemtjänstassistenterna säger sig ha personlig kännedom om personer som far illa på grund av bristande insatser från psykiatrin. Kritiken för "missskötsel" förs främst fram beträffande psykiatrins kärnklientel. På en följdfråga till dem som sade sig ha sådan personlig kännedom svarade i snitt 15 % att det gällde förvirrade eller dementa åldringar, drygt 20 % att det gällde missbrukare men 30–40 % att det gällde patienter med vanföreställningar och schizofreni.

12 Socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken

12.1 Socialförsäkringen

Socialförsäkringen som bl.a. syftar till att garantera skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom, handikapp och ålderdom är en av de grundläggande trygghetsanordningarna i socialpolitiken. Socialförsäkringen omfattar samtliga personer äldre än 16 år. De ersättningar som utgår från socialförsäkringen motsvarar ca 20 % av BNP och innebär således en betydande omfördelning av ekonomiska resurser till förmån för grupper som permanent eller tillfälligt inte själva kan svara för sin försörjning. Under senare år har det också allt mer betonats att socialförsäkringen har en central roll i rehabiliteringen av personer i arbetsför ålder.

I enlighet med lagen om allmän försäkring har försäkringskassorna ett ansvar för rehabilitering av de sjukförsäkrade. Utvecklingen under senare år har inneburit att kostnaderna för socialförsäkringen har ökat kraftigt. Riksdagen har bl.a. mot denna bakgrund angivit att ett mål för försäkringskassorna är att sänka ohälsotalet och olika initiativ har tagits i en offensiv för rehabilitering. Denna offensiv brukar med ett samlat namn benämnas arbetslinjen. Försäkringskassorna har bl.a. fått nya möjligheter att köpa rehabiliteringstjänster och särskilda medel har avsatts inom ramen för sjukförsäkringsersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Även inrättandet av Arbetslivsfonden bör ses i detta sammanhang.

Psykiska sjukdomar är självfallet en grund för ersättningar från socialförsäkringen. I det följande lämnas en kort resumé över omfattningen av de ersättningar som utgår från socialförsäkringen med psykiatriska diagnoser som grund. Psykiatriutredningen har inom ramen för sitt kartläggningsarbete genomfört en studie där uppgifter insamlats om beslut i socialförsäkringsnämnderna under oktober – november 1991 för personer med psykiatrisk första eller andra diagnos som orsak till beslut om förtidspension eller sjukbidrag. Vissa uppgifter från denna undersökning och andra uppgifter som utredningen sammanställt redovisas i det följande. Psykiatriutredningen kommer senare att lämna en mer utförlig redovisning av uppgifter om de psykiskt störda i socialförsäkringen i ett särskilt delbetänkande.

Med utgångspunkt från tillgängliga uppgifter om sjukpenningens diagnoser kan uppskattas att antalet sjukdagar för korta sjukfall (1–90 dagar) med diagnosen mentala rubbningar uppgick till ca 0,8 per försäkrad år 1990 och för de långa sjukfallen (över 90 dagar) till 1,8 per försäkrad. Detta innebär att ca 10 % av samtliga ersatta sjukdagar avser

personer med psykiatriska diagnoser.

Eftersom det framför allt vid kortare sjukfall inte görs någon mer omfattande medicinsk prövning av diagnoserna kan detta dock antas vara en underskattning av det verkliga antalet sjukdagar med psykiatriska diagnoser. De redovisade uppgifterna bör alltså kunna ses som en minimiuppskattning av antalet ersatta sjukdagar med psykiatrisk diagnos som grund.

Sammantaget innebär detta att kostnaderna i sjukförsäkringen för sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser som grund uppgick till som lägst 3,5 miljarder kronor år 1990, varav 1,2 mdkr gäller de korta fallen och 2,6 mdkr de långa sjukfallen.

Antalet förtidspensioner ökade kraftigt under 1980-talet. I dag är närmare 7 % av befolkningen i arbetsför ålder förtidspensionerad. Riksförsäkringsverket (RFV) saknar för närvarande statistik över antalet förtidspensionärer fördelade efter den medicinska diagnos som varit grunden för pensioneringen. Detta innebär således att det inte finns säkra statistiska uppgifter om det totala antalet förtidspensionerade med psykiatriska diagnoser. Däremot finns diagnosrelaterade uppgifter om det årliga antalet nya förtidspensioner. Av dessa uppgifter framgår att det år 1990 var 15 % eller ca 7 000 av de nya förtidspensionärerna som hade en psykiatrisk sjukdom som första diagnos och orsak till pensionsbeslutet. Huvuddelen av dessa ca 5 300 fick sin pension med neurosdiagnos som grund medan ca 1 700 fick pensionen med en psykosdiagnos som grund.

Antalet nya förtidspensioner eller sjukbidrag med psykiatriska diagnoser har till skillnad från förtidspensioneringarna som helhet inte ökat under senare år. Karaktäristiskt för dessa pensioneringar är dock att de ofta sker i relativt sett unga åldrar. Sedan år 1971 har det skett en trendmässig förskjutning som innebär att allt fler unga personer får förtidspension med framför allt neurosdiagnos som grund. Denna trend förefaller dock ha brutits under de allra senaste åren.

Tabell 12.1 Antalet nybeviljade förtidspensioner år 1990 med psykiatriska diagnoser och dessa diagnosers andel av samtliga förtidspensionerade detta år

	16–29 år	30–49 år	50–59 år	60-64 år	Summa
Psykos	200	700	400	200	1 700
Neuros	400	2 400	1 500	900	5 300
Summa	600	3 200	1 900	1 100	7 000
Andel av samtl. pensioner, %	38	29	11	7	15

Tabell 12.2 Antalet nya förtidspensioner år 1990 med psykiatriska diagnoser som är yngre än 35 år

	1971	1975	1980	1985	1988	1990
Psykos	450	400	430	580	520	401
Neuros	430	460	550	770	940	720
Summa	880	860	980	1 330	1 460	1 121

Närmare 40 % av alla förtidspensioner som beviljas till personer som är yngre än 30 år gäller personer som har fått sin pension på grund av en psykisk störning. Bland pensioneringarna av personer mellan 30–40 år utgör de psykiatriska diagnoserna närmare 30 % av samtliga.

Sammantaget innebär detta att antalet förtidspensionärer med psykiatriska diagnoser utgör en betydligt större grupp än vad som motsvaras av deras andel av de nya pensionerna. Enligt beräkningar som gjorts bl.a. av psykiatriutredningen uppgår gruppens andel till ca 23–25 % av det totala antalet förtidspensionärer. Dvs. antalet förtidspensionerade med diagnosen psykos eller neuros uppgår till ca 80 000–85 000 personer och den årliga kostnaden för dessa pensioner i socialförsäkringssystemet kan uppskattas till ca 7,5 miljarder kronor. Sammantaget kan således de totala kostnaderna för utbetalningar från socialförsäkringen till personer med psykiska funktionshinder beräknas uppgå till ca 10 miljarder kronor år 1990.

RFV har i en särskild studie uppskattat de totala kostnaderna för produktionsbortfall till följd av förtidspensioneringar. År 1986 beräknades att samhällskostnaden för att förtidspensionera en man yngre än 35 år var totalt ca 4 mkr och för en kvinna i samma ålder ca 2,6 mkr. Anpassas dessa beräkningar till de förtidspensioner som beviljades med psykiatriska diagnoser år 1990 skulle de beslut som då fattades för personer som var yngre än 35 år ge en total förväntad samhällskostnad om närmare 4 miljarder kronor i 1986 års penningvärde.

Förtidspensioneringarna med psykiatriska diagnoser uppvisar betydande regionala variationer och mönstret avviker från det som gäller för förtidspensioneringarna i stort. Generellt gäller att de glesare befolkade delarna av vårt land har en högre frekvens av förtidspensionering än övriga delar av landet. För de förtidspensioneringar som sker med psykiatriska diagnoser som grund är förhållandet det motsatta. Här är det i stället storstäderna som har de högsta talen. För perioden 1985–1989 hade Stockholms län 21 % över riksmedeltalet, Malmö kommun 47 % över och Göteborgs kommun så mycket som 88 % över riksmedeltalet. Län med låga tal var t.ex. Gotlands län med 42 % under riksmedeltalet, Västerbottens län med 40 % under, Jämtlands län med 38 % under, Västernorrlands län med 30 % under och Skaraborgs län med 28 % under riksgenomsnittet.

Detta innebär också att de psykiatriska diagnosernas andel av det totala

antalet förtidspensioneringar varierar högst avsevärt mellan olika län. I Göteborgs kommun svarar de psykiatriska diagnoserna för 30 % av samtliga förtidspensioneringar och i Stockholms län för 25 % medan de i Södermanlands län, Blekinge län, Värmlands län, Västernorrlands län och Gotlands län bara svarar för 9–11 % av samtliga förtidspensioner.

Som nämnts har psykiatriutredningen genomfört en studie över de beslut om förtidspension/sjukbidrag som fattades med en psykiatrisk första- eller andradiagnos under perioden oktober – november 1991. I studien redovisade försäkringskassan vissa uppgifter om det aktuella ärendet varefter den intygsskrivande läkaren tillställdes en enkät där han/hon ombads lämna vissa uppgifter och göra vissa bedömningar i det aktuella ärendet. Svarsfrekvensen bland de intygsskrivande läkarna uppgick till 70 %. Resultaten av studien kommer, som nämnts, tillsammans med visst annat material att redovisas i ett särskilt delbetänkande från psykiatriutredningen, varför det här endast lämnas några allmänna resultat från studien.

Sammantaget ger studien en förhållandevis entydig bild av att det i dag finns mycket stora brister i rehabiliteringen av personer med psykiska störningar. Enligt de bedömningar som de intygsskrivande läkarna gjort skulle ett stort antal av de som erhöll förtidspension eller sjukbidrag kunnat haft en bättre arbetsförmåga om rehabiliteringssystemet varit bättre utformat. Samtidigt ger läkarna uttryck för en betydande optimism i form av att man bedömer att för mer än hälften av de aktuella ärendena bör en förnyad rehabilitering kunna påbörjas med inriktning mot arbete. Generellt ger läkarna uttryck för den uppfattningen att rehabiliteringssystemet är mycket outvecklat och de största bristerna bedömer man finns i den yrkesinriktade rehabiliteringen och i svårigheterna att i dag kunna erbjuda ett arbete som är anpassat efter de förutsättningar som psykiskt störda har.

Av samtliga intyg utfärdades drygt 60 % av läkare som var verksamma inom den psykiatriska organisationen. Närmare 17 % av de som utfärdade intygen arbetade inom primärvården och en nästan lika hög procentandel arbetade inom olika privata verksamheter.

De satsningar som genomförts i offensiven för rehabilitering inom socialförsäkringen omfattar i huvudsak enbart personer som har någon form av anställning. Ett påfallande stort antal av de personer som erhöll förtidspension/sjukbidrag med psykiatriska diagnoser hade ingen anställning vid det aktuella beslutet och har således inte kunnat bli föremål för de särskilda insatser som finns tillgängliga inom ramen för den s.k. arbetslinjen.

En stor del av dem som får förtidspension/sjukbidrag med de aktuella diagnoserna är tunga konsumenter av psykiatrisk vård. Många har någon gång vårdats i sluten vård och flertalet har någon gång behandlats med psykofarmaka.

Allmänt kan konstateras att studien har givit uttryck för att det bl.a. hos de läkare som utfärdar intygen om förtidspension eller sjukbidrag finns kunskaper och uppfattningar om vad som skulle kunna vara en lämplig rehabiliteirng av psykiskt störda men som i dag av olika skäl

inte kan realiseras fullt ut. Med utgångspunkt från bl.a. de resultat som studien givit kommer psykiatriutredningen i sitt slutbetänkande att redovisa förslag till ett förbättrat system för rehabilitering av psykiskt störda.

12.2 Arbetsmarknadspolitiska insatser

Ett övergripande mål för både den ekonomiska politiken och arbetsmarknadspolitiken är arbete åt alla. Ett viktigt instrument – vid sidan av den allmänna ekonomiska politiken – för att fullfölja detta mål utgörs av de olika arbetsmarknadspolitiska instrument som riksdag och regering tilldelar Arbetsmarknadsverket. Den ambitiösa målsättningen om arbete åt alla, dvs. också åt funktionshindrade, innebär att insatser för att bereda arbetshandikappade möjligheter att få och behålla ett arbete är ett av de områden som prioriteras av Arbetsmarknadsverket.

De arbetsmarknadspolitiska medlen karaktäriseras av att de innefattar en bred flora av insatser. Vissa av dessa har en direkt inriktning mot arbetshandikappade medan andra har en mer generell inriktning.

Några av de viktigare medlen som har en mer direkt inriktning mot arbetshandikappade är lönebidragen, Samhall, beredskapsarbeten och AMI. Några av medlen med en mer generell inriktning är arbetsmarknadsutbildningarna och arbetsförmedlingarnas insatser.

När det gäller AMI finns sedan tidigare en särskild organisation som riktar sig särskilt till psykiskt arbetshandikappade, den s.k. AMI-S:pa organisationen. Hittills har denna funnits på ett 10-tal platser i landet. Beslut har dock fattats om att organisationen skall byggas ut kraftigt och på sikt skall den finnas i samtliga län.

Psykiatriutredningen har inom ramen för sitt arbete försökt att identifiera vilken plats personer med psykiska störningar har inom olika verksamheter på arbetsmarknadsområdet. När det gäller Samhall har därvid framkommit att av de ca 30 000 arbetshandikappade som i dag finns inom organisationen har ca 5 600 eller närmare 20 % ett psykiskt arbetshandikapp. Beräkningar som har redovisats till utredningen visar också att ca 5 000 personer med psykiska störningar har anställning med lönebidrag.

År 1990 disponerade Arbetsmarknadsverket ca 20 miljarder kronor för olika arbetsmarknadspolitiska insatser och det har preliminärt uppskattats att ca 2 mdkr av dessa riktades till psykiskt störda. Till detta bör även föras de olika bidrag som arbetsgivare själva svarar för vid anställningar med lönebidrag.

13 Kvalitetssäkring och effekter av vården

I hälso- och sjukvårdslagen anges att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Världshälsoorganisationen (WHO) har i sin – även av Sverige år 1984 godkända hälsopolitiska strategi – "Health for all in Europe by the year 2000" angett bl.a. följande mål (nr 31): "By 1990, all Member States should have built effective mechanisms for ensuring quality of patient care within there health care systems".

Kvalitet är ett uttryck för i vad mån hälso- och sjukvården är i överensstämmelse med uppställda krav och mål på vad som anses vara god vård. Kvalitetsindikatorer och mått används för att beskriva och mäta kvaliteten. Sådana indikatorer och mått måste tas fram i samverkan mellan verksamheten och ledningen och mellan lokal nivå och central nivå. De indikatorer som bör identifieras skall belysa hälso- och sjukvårdens kvalitet ur brukarens perspektiv. Vidare måste också kriterier på god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet tas fram för att belysa kvaliteten i diagnos, vård och behandling.

När man skall mäta kvaliteten i hälso- och sjukvård brukar man skilja mellan tre aspekter på kvalitet, nämligen struktur, process och resultat.

Till *strukturkvalitet* hör t.ex. personalens aktuella kompetens, en organisation med ett samlat ansvar för hela sin befolknings psykiatriska vårdbehov och möjlighet till akut psykiatrisk vård inklusive tvångsvård på akutsjukhus för somatisk och psykiatrisk vård.

Processkvalitet handlar om kvaliteten i diagnostik, undersöknings- och behandlingsmetoder samt att olika åtgärder vidtas på rätta indikationer. Här ingår också bemötande, tillgänglighet, kontinuitet och omvårdnad.

Grad av funktionsförmåga, biverkningar, livskvalitet och patienttillfredsställelse är exempel på *resultatkvalitet*.

Ett perspektiv på vårdens kvalitet är det som behandlande personal skulle kunna ge, ett perspektiv som i andra sammanhang också innefattar skattningar av oberoende bedömare. Med en sådan uppläggning går utvärderingen över i former som hör den vetenskapliga forskningsmetodiken till. Vanligen rör det sig då om att studera effekter av en viss avgränsad behandlingsmetod. De kliniska resultat som här åsyftas är emellertid oftast den totala effekten för omhändertagna patienter av olika behandlings- och omvårdnadsinsatser, sjukskrivning m.m.

Ett om än mycket indirekt sätt att se vad den psykiatriska vården åstadkommer är att ange hur den psykiatriska öppenvårdskontakten avslutas.

I tabell 13.1 återges LUPP-data från fyra län som för några årspopulationer av patienter visar omfattningen av fortfarande pågående kontakter och hur andra kontakter avslutats.

Tabell 13.1 Den psykiatriska öppenvårdskontaktens avslutning enligt LUPP-material från fyra län. Procent

	N-län		H-län		HVP	P-län
	1990	1987	1988	1989	1985/86	1990
	n=	n=	n=	n=	n=	n=
	1550	2475	1263	1397	1380	383
Aktuell	41	22	8	12	44	49
Aktuell m avbrott	9	9	4	6	7	7
Överförd t annan	13	15	16	16	9	17
Planerad avslutn	23	36	51	47	25	21
Oplanerad avslutn	11	18	22	20	13	6
Avliden						1

Mellan 21 och 51 % av patienter i öppen vård under ett år har en planerad avslutning vilket med en gynnsam tolkning skulle kunna stå för att personal och patient är överens om att syftet med vården är uppnått. Med samma sätt att se på saken skulle 6–22 % av vårdkontakterna innebära någon form av misslyckande, sannolikt främst genom att patienten uteblir. Som också framgår av tabell 13.1 är variationen mycket stor vad gäller hur stor andel patienter som fortfarande är aktuella efter ett år. Någon värdering av hur mycket som är bra eller dåligt i detta går inte att lägga. Vissa patientkategorier behöver både långa behandlings- och uppföljningstider.

I en studie av öppenvårdspsykiatri i Uppsala (Kebbon m.fl., 1985) kunde man visa att oplanerad avslutning av kontakten var minst vanlig bland patienter med affektiv störning och förekom oftast bland missbrukare. Två tredjedelar av patienterna med psykosdiagnos och hälften av dem med affektiv störning var kvar i behandlingen ännu 1,5 till 2 år efter behandlingens början. Detta kan ses som ett exempel på uppföljning av vårdens kvalitet och väcka frågor om hur man skall förebygga att så många av patienterna avslutar kontakten utan att detta planerats i samråd med patienten. Se närmare tabell 13.2.

Tabell 13.2 Procentuell fördelning av avslutad/ej avslutad kontakt med öppenvårdspsykiatriska vårdlag efter diagnos

Diagnos	Antal pat	Planerad avslutn	Oplanerad avslutn	Ej avslutad behandl
Psykos	29	10	24	66
Demens	8	38	25	38
Affektiv störning	81	42	11	47
Neuros	131	31	34	35
Missbruk	25	28	52	20
Övrigt	34	59	24	18

På många håll pågår inom sektorsklinikerna ett arbete med att sätta upp mål för verksamheten och utveckla kvalitetssäkring. Spri utvecklar tillsammans med ett antal psykiatriska sektorer en verksamhetsberättelse, som kan ligga till grund för att ta fram vissa kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen bör medverka till utvecklingen av gemensamt accepterade relevanta kvalitetsindikatorer som kan utgöra en grund för styrelsens tillsynsarbete.

För många psykiskt störda och i synnerhet för de psykiskt långtidssjuka bestäms deras livskvalitet inte bara av kvaliteten i den psykiatriska vården utan också av att det övriga lokala välfärdsutbudet är av god kvalitet. Därför måste man vid en utvärdering av effekten av psykiatrins insatser se på samspelet med hela det lokala välfärdsutbudet i ett geografiskt avgränsat område. För att kunna utvärdera de samlade insatserna behövs ett uppföljningssystem och för att göra en effektvärdering måste man ta ställning till målen för insatserna.

Vem skall bedöma effekten av vården? Om man accepterar grundtanken att vården är till för befolkningen måste patienterna och de människor som vänder sig till vården vara de första att lämna besked om resultaten. Den enskilde hjälpsökande är sällan helt ensam och i synnerhet när den psykiskt störde har allvarliga och varaktiga problem berörs också anhöriga och närstående oftast på ett mycket direkt sätt. Systematiska studier som belyser dessa målgruppers syn på på vården är få men några kartläggningar skall kortfattat omnämnas.

I en studie av tvångsvårdade och frivilligt vårdade i Västmanlands och Uppsala län (1988) noterades en betydande och successiv förbättring från intagningen till utskrivningen och i en uppföljning efter 3–6 månader beträffande LSPV-patienterna mätt med GAS (Global Assessement Scale). En klar förbättring bedömdes också för de frivilligt intagna vid utskrivningen och uppföljningen jämfört med situationen vid intagningen. I intervjuundersökningsdelen uppger ungefär hälften av patienterna att de är nöjda med vården utan några nämnvärda skillnader mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Men bara 34 % av de tvångsvårdade och 50 % av de frivilligt vårdade skulle vilja ha samma vård igen om de på nytt skulle behöva vård.

I intervjuer med de anhöriga i Västmanland-Uppsala-studien framkom att man som anhörig är glad att psykiatrin finns och kan ta emot patienten när han/hon är som allra sjukast. En tredjedel av de anhöriga upplever psykiatrin som bra och ytterligare en knapp tredjedel att den går an. Resten anser psykiatrin vara dålig. Vad många anhöriga främst är kritiska till är hur liten kontakten är mellan vården och anhöriga. Man saknade tillfällen att få tala om sin egen situation och om frågeställningar inför patientens sjukdom. En stor del av de närstående ansåg inte att de fick det stöd de behövde för att förbereda sig inför patientens utskrivning. Anhöriga upplevde sig också i liten utsträckning som delaktiga i beslutet om utskrivning.

På Spri pågår ett arbete med att utveckla ett instrument för att mäta patienttillfredställelse med vården. Bland 255 besvarade enkäter i en första provomgång för slutenvårdade patienter som skrivits ut uppger 65 % att de mår bättre eller mycket bättre jämfört med tidpunkten före inläggningen. Fyra femtedelar värderar den hjälp man fått på avdelningen som bra eller mycket bra.

Mål för vård och stöd till psykiskt störda

Inledningsvis berördes frågan om vem som skall bedöma effekten av vården. Att tillgängliga data som belyser den frågeställningen är så begränsade hör samman med att så relativt lite insatser gjorts för att operationalisera vilka mål som skall gälla för vårdorganisationen. Sannolikt är detta ett uttryck för att det socialpsykiatriska synsättet ännu inte vunnit tillräckligt genomslag. Centralt för detta synsätt är ju att bedöma och behandla individen med psykisk störning som en del i ett socialt sammanhang där störningen vanligen påverkar funktionsförmågan i en rad avseenden. Det omvända är lika viktigt. Den störtes inre psykiska upplevelser, förmåga till hälsa och möjligheter att söka livstillfredsställelse påverkas av förhållanden i familj, arbetsliv och samhällelig tillvaro.

Som övergripande principer av etisk natur för vårdens effektmål bör följande gälla: göra nytta utan att skada, respektera individernas autonomi och tillämpa ett rättvisekrav. Något mer preciserat skulle effektmålen kunna vara:

* minska symtom
* undvika biverkningar av läkemedel
* befrämja personlig tillväxt och stödja läkning
* förhindra hospitaliseringsskador
* ge den psykiskt störde kvalitet i sin livssituation vad avser
  - boende i normala förhållanden
  - meningsfull sysselsättning
  - medmänskliga kontakter
* trygga den sjukes autonomi
* lindra bördan för anhöriga och trygga deras autonomi

* tillgodose rättviseprincipen som innebär samma rätt för den psykiskt störde till samhällets stödutbud som andra grupper av människor oavsett socialgruppstillhörighet och var man bor

Vår rapport visar att den psykiatriska vårdorganisationen utvecklats mot en decentraliserad och mer befolkningsinriktad vård med ökade psykoterapeutiska insatser. Minskningen av den slutna vårdens omfattning och de allt kortare vårdtiderna torde minska risken för hospitaliseringsskador. Den minskade användningen av tvångsvård torde bidra till en ökad autonomi för patienterna.

Samtidigt kan man konstatera att det framkommer många problem. Tillgängligheten är inte så god och vårdgrannarna klagar över bristande samverkan. Samarbetet med anhöriga sker på vårdens villkor. Tillgången till psykoterapi är begränsad. Svårt psykiskt störda missbrukare får inte adekvat vård. Uppföljningen och stödet till de långvarigt psykiskt sjuka fungerar inte alltid. De långvarigt sjuka upplever ensamhet och sysslolöshet i sitt boende eller måste kvarstanna i institutionsboende på grund av brist på alternativ.

Inom vissa landsting svarar psykiatrin för boende, sysselsättning och fritidsaktiviteter och tar därmed på sig primärkommunala uppgifter. Samtidigt kan man finna att psykiatrin inte följer sina långtidssjuka och tar ansvar för den långsiktiga psykofarmakabehandlingen, vilket kan leda till onödiga biverkningar.

I många av våra sammanställningar kan vi visa på skillnader mellan de olika landstingen men skillnaderna mellan olika sektorer i samma landsting kan vara ännu större. De nuvarande relativt små sektorerna – fyra till fem i ett normalstort landsting – skapar en möjlighet för mångfald och olika synsätt. Detta kan vara bra i ett system där patienten får välja vårdgivare men de psykiskt långtidssjuka är vanligen hänvisade till sin egen sektor, dess vårdideologi och prioriteringar.

Det är först med gemensamt omfattade effektmål för vården som kvalitativa jämförelser mellan olika geografiska områden blir riktigt meningsfulla och det kan bli möjligt att få klara indikationer på vilka stödsystem för psykiskt störda som fungerar bäst. Det fordras ett utvecklingsarbete på nationellt plan för att ta fram och förankra kriterier och mätinstrument som hänför sig inte bara till sjukvårdens insatser. I ett kortsiktigt perspektiv skulle årliga rapporteringar kunna införas från läns-/landstingsnivån och i vissa fall från primärkommunerna. Följande mått bör övervägas:

* antal psykiskt störda som under året långtidsvårdats (mer än sex månader) på institution inom psykiatrin, övrig sjukvård eller social institution
* antal personer som varit föremål för tvångsvård under ett år och omfattningen av tvångsåtgärder
* sjukdagar med psykiatrisk diagnos
* psykofarmakakonsumtion
* nya förtidspensioneringar med psykiatrisk diagnos
* regelbundna patientenkäter- och intervjuer

* antal självmord
* antal personer med psykisk störning som erhåller hemtjänst
* antal psykiskt störda som saknar egen bostad
* enkäter och intervjuer av anhöriga
* antal personer med psykisk störning som erhåller rehabiliteringsstöd från arbetsförmedling och försäkringskassa
* antal personer med psykisk störning med lönebidrag i arbete hos Samhall, offentlig och privat arbetsgivare

Det är viktigt att ett enkelt system för redovisning av effektmål och totalkostnader per invånare för de psykiatriska vårdinsatserna snabbt kommer till stånd. Ett principbeslut behöver fattas om att införa ett informationssystem i avidentifierad form som gäller de psykiskt störda situation i ett samhällsperspektiv. Statistikrutiner bör utvecklas och förankras på lokal nivå. Det pågående arbetet i Spris regi med att ta fram mallar för verksamhetsberättelser engagerar redan idag ett stort antal sektorskliniker och utgör en mycket lämplig utgångspunkt.

Bilaga 1

Landstingsvis sammanställning

Genom Spris och Socialstyrelsens kontaktmannagrupp införskaffade styrelsen i början av år 1991 uppgifter om den aktuella vårdorganisationen för allmän psykiatrisk vård i landet. Därefter sände Socialstyrelsen ut en enkät till alla sektors/klinikchefer inom allmän psykiatrisk vård under våren 1991.

Styrelsen fick svar från 112 av 114 områdesansvariga sektors/klinikchefer.(Begreppet används synonymt). Dessutom svarade 32 klinikchefer som representerade särskilda sektorsgemensamma enheter. Troligen finns det några sådana enheter som inte tillfrågats. Många gånger är det också svårt att få klarhet i vilka verksamheter som är organiserade som fristående sektorer/sektioner/kliniker under egen ledning.

Under hösten har en särskild enkät sänts ut till cheferna för de rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheterna (och motsvarande).

Alla dessa enkäter har bearbetats och resultaten finns redovisade i olika delar av denna rapport.

Här är samlat vissa uppgifter från sektorschefsenkäterna, från slutenvårdsinventeringen i mars 1991 och från vissa andra enkäter och källor (såsom Apoteksbolagets försäljningsstatistik och viss annan offentlig statistik).

Som framgår av de landstingsvisa sammanställningarna redovisas uppgifter för landsting (motsvarande) eller län i vänster kolumn medan höger kolumn innehåller jämförelsetal för riket. Så vitt möjligt har de olika uppgifterna räknats per 100 000 invånare, vilket betyder totala befolkningen i länet (motsvarande).

Vissa av uppgifterna i sektors/klinikchefsenkäterna är osäkra och/eller ofullständiga. Ibland har endast någon sektor givit uppgifter och då har beräkningarna gjorts för bara denna/dessa sektorer. Det har dock ansetts vara av intresse att publicera denna jämförelse som förhoppningsvis kan väcka till eftertanke och möjligen leda till åtgärder innebärande förbättringar för patienterna och den befolkning som sektorerna har att tjäna.

Direkt efter sammanställningarna finns en tabell 1:1, som visar bemanningen av specialister i psykiatri och allmänläkare 1989 enligt Socialstyrelsens statistik.

Stockholms läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	1 641 669	
Andel i befolkning över 65 år i %	16,0	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	23	
Antal sektorsgemensamma enheter	6	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	27 600	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	72	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	19	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	47	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	15	10
Antal psykologer per 100 000 inv	10	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	12	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	91	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	121	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	170	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	191	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	40	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	94	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	41	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	8	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	26,4	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	5,5	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,1	8,6
varav % depåinjektionspreparat	26	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	44	19

* medianvärden

Landstinget i Uppsala län

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	268 835	
Andel i befolkning över 65 år i %	14,9	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	26 100	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	81	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	68	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	123	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	15	10
Antal psykologer per 100 000 inv	9	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	13	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	116	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	85	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	274	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	173	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	28	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	93	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	9	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	14	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	30,3	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,7	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,2	8,6
varav % depåinjektionspreparat	21	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	32	19

* medianvärden

Landstinget Sörmland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	255 636	
Andel i befolkning över 65 år i %	18,0	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	25 400	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	41	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	137	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	8	10
Antal psykologer per 100 000 inv	12	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	98	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	117	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	211	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	117	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	33	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	49	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	6	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	9	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	24,3	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,0	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	28	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	8	19

* medianvärden

Landstinget i Östergötland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	403 011	
Andel i befolkning över 65 år i %	18,2	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	18 000	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	54	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	32	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	63	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	6	10
Antal psykologer per 100 000 inv	6	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	175	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	53	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	174	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	136	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	21	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	73	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	5	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	10	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	19,2	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,6	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	7,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	24	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	12	19

* medianvärden

Landstinget i Jönköpings län

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	308 290	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,0	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	5	
Antal sektorsgemensamma enheter	4	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	19 000	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	87	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	5	10
Antal psykologer per 100 000 inv	6	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	8	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	168	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	143	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	559	188*
Slutenvårdsnventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	240	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	21	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	132	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	11	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	25	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	19,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	28	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	8	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Landstinget Kronoberg

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	177 882	
Andel i befolkning över 65 år i %	18,3	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	16 800	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	41	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	78	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	7	10
Antal psykologer per 100 000 inv	9	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	8	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	124	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	150	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	?	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	231	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	28	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	141	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	5	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	33	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	29,6	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,3	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	10,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	31	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	10	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Kalmar läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	241 102	
Andel i befolkning över 65 år i %	20,1	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar (samt 2 i primärvården)	2	
Antal sektorsgemensamma enheter	2	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	12 000	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	87	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	63	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	6	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	81	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	75	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	188	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	153	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	33	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	78	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	7	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	13	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	22,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,0	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	10,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	20	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	5	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Gotlands kommun

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	57 108	
Andel i befolkning över 65 år i %	17,7	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	1	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	30 000	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	54	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	0	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	5	10
Antal psykologer per 100 000 inv	5	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	175	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	88	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	88	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	119	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	35	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	40	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	7	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	9	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	19,5	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	5,0	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	10,8	8,6
varav % depåinjektionspreparat	34	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	19	19

* medianvärden

Landstinget Blekinge

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	150 564	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,2	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	5	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	40 700	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	53	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	85	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	145	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	8	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	112	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	128	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	55	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	100	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	19	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	55	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	11	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	0	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	26,1	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,6	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	27	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	9	19

* medianvärden

Landstinget, Kristianstads län

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	289 278	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,4	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	20 200	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	146	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	10	10
Antal psykologer per 100 000 inv	11	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	12	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	88	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	89	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	140	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	269	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	20	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	161	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	15	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	99	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	22,2	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	29	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	6	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Malmöhus läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	545 422	
Andel i befolkning över 65 år i %	16,6	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	10	
Antal sektorsgemensamma enheter	8	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	32 400	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	61	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	48	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	83	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	10	10
Antal psykologer per 100 000 inv	8	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	96	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	140	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	207	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	158	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	32	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100000	73	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	20	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	25	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	26,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,5	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,1	8,6
varav % depåinjektionspreparat	31	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	12	19

* medianvärden

Malmö stad

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	233 887	
Andel i befolkning över 65 år i %	21,4	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	4	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv (exkl alkoholklin.)	31 500	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	109	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	62	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	94	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	12	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	139	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	196	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	423	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	263	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	53	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	118	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	67	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	57	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	26,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989 i länet	3,5	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,1	8,6
varav % depåinjektionspreparat	31	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	23	19

* medianvärden

Landstinget Halland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	254 725	
Andel i befolkning över 65 år i %	17,4	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar (och 2 i primärvården)	2	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	15 600	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	43	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	52	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	7	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	96	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	99	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	331	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	161	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	17	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100000	96	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	38	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	51	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	19,0	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989 i länet	3,7	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	5,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	26	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	9	19

* medianvärden

Bohuslandstinget

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	306 903	
Andel i befolkning över 65 år i %	15,8	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	20 200	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	57	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	23	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	125	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	14	10
Antal psykologer per 100 000 inv	11	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	10	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	166	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	122	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	573	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	139	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	19	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	68	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	46	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	17	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	25,1	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,9	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,6	8,6
varav % depåinjektionspreparat	35	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	8	19

* medianvärden

Göteborgs stad

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	433 042	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,0	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	5	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	47 400	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	76	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	81	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	174	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	15	10
Antal psykologer per 100 000 inv	9	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	13	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	199	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	192	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	494	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	345	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	48	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	186	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	62	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	106	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	25,1	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,9	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,6	8,6
varav % depåinjektionspreparat	35	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	48	19

* medianvärden

Landstinget i Älvsborg

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	441 391	
Andel i befolkning över 65 år i %	17,7	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	22 200	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	42	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	26	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	101	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	5	10
Antal psykologer per 100 000 inv	9	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	3	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	145	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	78	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	179	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	143	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	26	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	83	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	32	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	16	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	18,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	7,6	8,6
varav % depåinjektionspreparat	33	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	7	19

* medianvärden

Landstinget Skaraborg

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	276 830	
Andel i befolkning över 65 år i %	18,4	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	2	
Antal sektorsgemensamma enheter	2	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	8 800	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	63	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	67	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	54	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	5	10
Antal psykologer per 100 000 inv	8	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	150	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	96	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	74	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	111	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	34	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	24	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	6	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	9	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	23,2	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,0	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	22	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	9	19

* medianvärden

Landstinget i Värmland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	283 110	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,9	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	20 800	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	33	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	5	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	6	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	8	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	104	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	80	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	199	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	130	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	26	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	61	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	5	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	5	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	27,4	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	27	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	6	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Örebro läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	272 513	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,7	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	23 100	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	40	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	44	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 00	26	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	7	10
Antal psykologer per 100 000 inv	9	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	11	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	121	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	99	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	?	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	98	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	32	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	39	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	16	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	1	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	28,9	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,5	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,6	8,6
varav % depåinjektionspreparat	27	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	8	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Landstinget Västmanland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	258 487	
Andel i befolkning över 65 år i %	17,3	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	22 100	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	73	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 00	55	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	9	10
Antal psykologer per 100 000 inv	10	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	104	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	128	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	275	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	114	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	27	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	48	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	20	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	2	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	26,7	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,6	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	7,0	8,6
varav % depåinjektionspreparat	25	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	7	19

* medianvärden

Landstinget Dalarna

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	289 067	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,8	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	17 000	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	33?	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	32	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 00	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	9	10
Antal psykologer per 100 000 inv	8	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	8	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	90	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	101	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	130	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	105	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	36	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	41	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	4	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	3	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	30,2	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,5	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,1	8,6
varav % depåinjektionspreparat	25	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	8	19

* medianvärden

? uppgift saknas eller osäkra värden

Landstinget Gävleborg

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	289 294	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,6	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	4	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	15 500	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	76	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	57	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 00	68	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	6	10
Antal psykologer per 100 000 inv	10	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	9	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	121	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	121	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	133	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	107	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	33	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	49	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	9	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	4	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	29,6	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,6	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	7,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	25	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	9	19

* medianvärden

Landstinget Västernorrland

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	261 155	
Andel i befolkning över 65 år i %	19,6	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	6	
Antal sektorsgemensamma enheter	1	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	13 600	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	66	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	66	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	7	10
Antal psykologer per 100 000 inv	8	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	7	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	96	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	90	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	42	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	170	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	32	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	93	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	5	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	18	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	18,5	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,9	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	9,9	8,6
varav % depåinjektionspreparat	26	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	7	19

* medianvärden

Jämtlands läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	135 726	
Andel i befolkning över 65 år i %	20,4	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	1	
Antal sektorsgemensamma enheter	0	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	10 800	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	57	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	62	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 00	57	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	7	10
Antal psykologer per 100 000 inv	7	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	7	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	81	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	194	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	388	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	123	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	32	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	56	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	5	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	16	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	30,6	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,6	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	8,6	8,6
varav % depåinjektionspreparat	34	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	15	19

* medianvärden

Västerbottens läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	251 968	
Andel i befolkning över 65 år i %	16,9	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	3?	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	26 700	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	44	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	109	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	9	10
Antal psykologer per 100 000 inv	11	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	11	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	123	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	162	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	?	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	92	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	31	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	34	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	9	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	1	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	25,9	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	3,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	10,5	8,6
varav % depåinjektionspreparat	40	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	12	19

* medianvärden

? uppgift saknas eller är osäker

Norrbottens läns landsting

	Länet	Riket
Befolkning 1990–12–31	263 735	
Andel i befolkning över 65 år i %	15,8	17,8
Uppgifter ur sektorschefsenkäten:		
Antal sektorer med områdesansvar	3	
Antal sektorsgemensamma enheter	2	
Antal öppenvårdsbesök per 100 000 inv	13 200	22 400
Korttidsvårdsplatser per 100 000 inv	53	64
Andel korttidsvårdsplatser på mentalsjukhus i procent	0	30
Antal psykoterapi-patienter per 100 000	?	68*
Antal psykiatrer per 100 000 inv	6	10
Antal psykologer per 100 000 inv	8	9
Antal kuratorer per 100 000 inv	6	9
Aktuellt antal pat på litiumprofylax per 100 000 inv	108	114*
Aktuellt antal depåpatienter per 100 000	168	119*
Antal ECT-behandlingar år 1990 per 100 000	126	188*
Slutenvårdsinventering 1991:		
Antal patienter per 100 000 inv	150	170
Antal LSPV-vårdad per 100 000 inv	42	32
Antal pat > 1 års vårdtid per 100 000	90	85
Antal som vårdas utomläns per 100 000	3	20
Antal pat m psyk åldersstörn per 100 000	5	21
Annan statistik:		
Antal suicid per 100 000 inv i länet 1988	19,9	24,8
Alkoholförsäljning i liter 100 % alkohol per invånare år 1989	4,1	4,1
Apoteksbolagets försäljning av neuroleptika (exkl litium) i DDD/1 000 invånare och dag år 1990	10,5	8,6
varav % depåinjektionspreparat	35	29
Antal personer med legitimation som psykoterapeuter per 100 000 inv 1991	5	19

* medianvärden

? uppgift saknas

Tabell 1:1 Fördelning av specialister i psykiatri och allmänläkare 1989 på sjukvårdshuvudmännen

1 = antal tjänster för specialister i psykiatri 1989, både allmän- och barn
2 = förändring i antal tjänster mellan 1985 och 1989
3 = andel barnpsykiatriska tjänster av samtliga tjänster 1989
4 = andel vakanta tjänster av samtliga tjänster 1989
5 = antal invånare per besatt tjänst 1989
6 = antal besatta distriktsläkartjänster per besatt psykiatertjänst 1989
7 = antal invånare per besatt tjänst, distriktsläkare och psykiater sammanslaget 1989

Sjukvårdshuvudman	1	2	3	4	5	6	7
Stockholm	417	+34 %	21 %	8 %	4,2	1,0	2,1
Uppsala	57	–2 %	18 %	7 %	4,9	1,3	2,6
Södermanland	37	+9 %	15 %	30 %	9,7	2,7	2,6
Östergötland	54	+23 %	28 %	11 %	8,3	2,4	2,5
Jönköping	35	+6 %	20 %	23 %	11,2	3,5	2,5
Kronoberg	23	+15 %	13 %	35 %	11,7	4,7	2,1
Kalmar	26	+4 %	8 %	31 %	13,2	4,9	2,2
Blekinge	18	+6 %	22 %	28 %	11,5	4,5	2,1
Kristianstad	44	+29 %	23 %	21 %	8,1	2,9	2,1
Malmöhus	115	+37 %	15 %	13 %	5,3	2,1	1,7
Halland	22	+–0 %	18 %	23 %	14,5	4,6	2,6
Göteborg o Bohus	54	+29 %	17 %	30 %	7,9	2,3	2,4
Älvsborg	42	+35 %	19 %	31 %	14,9	5,1	2,4
Skaraborg	23	+28 %	22 %	26 %	16,0	7,1	2,0
Värmland	31	+19 %	19 %	16 %	10,8	4,2	2,1
Örebro	43	+16 %	23 %	42 %	10,8	3,7	2,3
Västmanland	36	+38 %	25 %	25 %	9,4	2,7	2,5
Dalarna	50	+35 %	26 %	34 %	8,7	3,2	2,1
Gävleborg	42	+31 %	17 %	24 %	9,0	3,3	2,1
Västernorrland	28	+17 %	18 %	54 %	20,0	7,9	2,2
Jämtland	15	+36 %	13 %	53 %	19,1	10,9	1,6
Västerbotten	34	–6 %	18 %	29 %	10,3	4,2	2,0
Gotland	6	+–0 %	33 %	17 %	11,2	4,0	2,2
Malmö	58	+45 %	19 %	9 %	4,4	0,8	2,5
Göteborg	136	–4 %	15 %	10 %	3,5	0,7	2,1
Summa	1473	+20 %	18 %	18 %	7,0	2,1	2,1

Källa: Socialstyrelsens läkarbemanning 1985 och 1989.

Bilaga 2

Sammanställning av ULF-material

Tabell 2:1 Procentuell fördelning på ett antal livsområden med avseende på grad av "psykisk störning" och kön

	Män				Kvinnor			
Grupp	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Antal i befolkningen	2789500	213900	45200	15700	2618900	478800	81000	29500
Arbete								
Arbetar heltid	66.1	51.6	60.6	3.7	39.5	29.1	29.1	3.7
Arbetar deltid	5.1	8.8	4.1	12.6	31.0	25.9	22.8	12.3
Fritid								
Ingen semesterresa	37.6	49.1	55.6	43.2	34.1	50.1	56.7	68.0
Har ej någon fritid	0.4	1.0	15.4	6.2	0.6	2.1	12.6	10.0
Bostad								
Bor i eget boende	98.6	96.7	85.1	83.6	98.7	96.1	91.2	92.5
Bor på institution	0.4	1.1	11.5	12.4	0.6	1.8	8.3	6.8
Kollektivt boende	1.0	2.2	3.4	4.6	0.7	2.1	0.5	0.7
Ekonomi								
Ingen kontantmarginal	7.1	19.3	23.0	32.1	11.5	18.0	21.4	44.4
Klarar ej löpande utgifter	9.0	22.1	25.7	15.5	10.3	17.2	15.2	14.9
Socialt nätverk								
Har ingen nära vän	28.9	36.6	35.2	39.1	16.9	23.2	28.9	44.3
Civilstånd								
Ogift	36.4	38.2	36.8	63.8	28.3	19.1	20.8	31.5
Gift	53.7	43.4	31.8	31.4	52.4	42.9	39.3	31.0
Frånskild	6.5	11.0	22.2	4.8	8.2	12.9	14.7	26.1
Änka/änkling	3.4	7.4	9.3	0.0	11.2	25.1	25.2	11.4

Tabell 2:2 Procentuell fördelning på ett antal livsområden med avseende på grad av "psykisk störning" och ålder

	20 - 44 år				45 - 64 år				över 65 år[1]		
Grupp	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
Antal i befolkningen	2687000	230300	36700	17900	1585800	204400	36800	27300	1135600	257900	52700
Arbete											
Arbetar heltid	65.1	51.3	57.7	9.3	56.3	40.6	55.1	0.0	1.1	0.0	0.0
Arbetar deltid	19.1	25.1	18.6	11.4	20.9	25.5	22.4	13.1	3.3	1.6	0.0
Fritid											
Ingen semesterresa	29.0	34.7	43.9	49.8	32.2	46.6	53.6	65.5	57.8	66.4	68.9
Ingen fritid	0.1	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	10.1	2.6	5.7	35.5
Bostad											
Eget boende	99.3	98.5	98.2	85.1	99.7	99.5	100	92.2	95.8	91.9	74.9
Institutionsboende	0.0	0.3	0.0	10.2	0.0	0.3	0.0	7.9	2.1	3.8	22.8
Kollektivt boende	0.7	1.3	0.0	5.2	0.3	0.3	0.0	0.0	2.1	4.4	2.4
Ekonomi											
Ingen kontantmarginal	11.1	24.2	24.4	50.0	5.5	15.7	25.5	33.9	10.2	15.4	16.5
Klarar ej löpande utgifter	15.8	41.0	34.9	34.8	4.6	11.9	16.9	5.8	2.0	3.6	5.5
Socialt nätverk											
Har ingen nära vän	16.6	19.3	23.5	39.1	24.6	25.6	22.9	44.6	36.1	36.0	45.2
Civilstånd											
Ogift	54.1	51.0	51.0	70.2	11.5	15.0	20.1	24.7	10.5	9.7	13.9
Gift	40.9	34.5	29.7	14.5	71.9	59.0	39.7	42.1	55.7	38.1	39.2
Frånskild	4.8	13.7	19.2	15.4	12.5	16.5	32.3	20.9	5.9	7.7	5.7
Änka/änkling	0.2	0.8	0.0	0.0	4.2	9.5	7.8	12.3	27.9	44.5	41.2

1. Grupp 4 i åldersgruppen 65 år och över inte är aktuell eftersom de förtidspensionerade automatiskt övergår till ålderspension.

Tabell 2:3 Procentuell fördelning på ett antal livsområden med avseende på grad av "psykisk störning" i storstäder/övriga landet

	Stockholm,Göteborg och Malmö				Övriga landet			
Grupp	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Antal i befolkningen	1795500	250800	47300	11500	3612900	441800	78900	33800
Arbete								
arbetar heltid	58.9	43.1	56.0	3.0	50.6	32.7	33.0	3.9
arbetar deltid	15.9	19.4	11.7	13.1	18.3	20.8	17.4	12.2
Fritid								
Ingen semesterresa	25.9	44.1	53.8	44.5	40.9	53.1	57.9	64.6
Har ej någon fritid	0.3	1.0	9.8	15.5	0.6	2.2	16.1	6.3
Bostad								
Bor i eget boende	99.0	96.8	92.4	90.8	98.5	96.0	87.0	88.9
Bor på institution	0.2	0.9	4.6	8.7	0.6	2.0	12.4	9.0
Kollektivt boende	0.8	2.4	3.0	2.7	0.9	2.0	0.6	0.3
Ekonomi								
Ingen kontantmarginal	9.0	18.1	30.5	29.5	9.4	18.6	16.7	43.2
Klarar ej löpande utgifter	10.8	21.4	30.8	17.8	9.0	17.1	11.3	15.9
Socialt nätverk								
Har ingen nära vän	19.8	24.2	27.6	46.1	24.7	29.1	33.3	41.4
Civilstånd								
Ogift	33.8	30.1	32.7	27.3	31.8	22.1	22.8	48.0
Gift	50.9	37.5	28.6	38.0	54.2	46.3	41.4	28.9
Frånskild	9.0	14.8	25.8	23.3	6.4	10.9	12.3	17.1
Änka/änkling	6.3	17.6	12.9	11.5	7.6	20.8	23.5	6.0

Bilaga 3

Socialstyrelsens inventering av patienter i öppen vård 1991

Uppläggning av inventeringen

I syfte att få en aktuell bild av inriktning och omfattning av den öppna psykiatriska vården genomfördes en riksomfattande inventering den 15–16 januari 1991. Den riktade sig till all psykiatrisk personal som regelbundet i öppen vård tar emot eller besöker patienter. Huvudsyftet var att få information om en tillräckligt stor grupp öppenvårdspatienter för att ge en bild av hur väl vården tillgodoser dels psykiatriska vårdbehov dels andra behov av stöd och insatser som annan huvudman har att svara för.

Eftersom det var angeläget att utnyttja inventeringen till att få ganska ingående frågor besvarade om enskilda patienters tillstånd, vårdsituation och sociala förhållanden infördes ett par avgränsningar. Antalet patienter som vårdgivarna ombads att lämna information om sattes till tre. Vidare uteslöts hela gruppen nybesökare (ej haft kontakt med psykiatrin de senaste 18 mån) samt gruppen jourfallssökande med undantag för sådana oplanerade akuta återbesök som skedde hos personal som hade en pågående kontakt med patienten.

Målgruppen för inventeringen kom därmed att huvudsakligen bli gruppen redan kända patienter. Avgränsningen infördes för att personal med ny- och jourbesök inte skulle behöva belasta denna typ av patientkontakter med de många frågeställningar som ingick i inventeringsformuläret.

Frågeformuläret distribuerades till landets samtliga klinikchefer inom allmänpsykiatrin som ombads att i sin tur fördela enkäterna till alla mottagningar och verksamheter som kommer i kontakt med öppenvårdspatienter.

Synpunkter på representativitet och generaliserbarhet

Antalet personal som med en viss förlängning av svarstiden lämnade in besvarade formulär uppgick till 4 214. Med uppgiften för all personal i öppen vård att lämna information om tre patienter kom själva målgruppen att omfatta 10 774 patienter. Det totala antalet besök som registrerades av samma personal under de två observationsdagarna uppgick till 22 474 besök. Härvid gällde en identisk definition av begreppet 'besök' som för den egentliga målgruppen.

På enskilda frågeställningar i formuläret finns det ett internt bortfall vars

storlek och betydelse varierar och som redovisas i samband med tabeller och text.

Grundläggande är att skilja på uppgifter om antalet patienter och om antalet besök. En punktmätning av detta slag ger inte några besked om öppenvårdspopulationens storlek utan belyser vårdproduktionen vid ett visst tillfälle i form av besök, vars frekvens för olika patienter kan variera högst avsevärt under året.

För att kunna gå vidare med frågan om hur den besöksstatistik som fortsättningsvis redovisas återspeglar det totala antalet besök måste en uppskattning göras av hur den tillämpade avgränsningen fallit ut. I tillägg till de 22 474 registrerade besöken gäller frågan hur många som tillkommer när nybesök och jourfall räknas med.

En belysning av en sådan uppskattning kan bl.a. hämtas från uppgifter i senare års LUPP-statistik. Från ett tiotal tillgängliga kliniker/sjukvårdsområden finns LUPP-uppgifter som pekar på en avsevärd variation i andelen nybesök inkl jourfall av det totala antalet öppenvårdsbesök. Procentsatserna varierar mellan 10 och som mest 54 %. Det skulle betyda en uppräkning med mellan 2 250 och 12 100 besök till de 22 474 noterade besöken i den nu aktuella inventeringen.

En annan källa är den enda tidigare genomförda rikstäckande öppenvårdsinventering, som socialstyrelsen genomförde år 1987. Av totalantalet besök under två dagar vid inventeringstillfället år 1987 utgjorde ny- och jourbesöken 15 %. Den siffran skulle i den här inventeringen motsvara en ökning av antalet registrerade besök till 26 440 besök. Det är rimligt att stanna för en sådan ganska försiktiga uppskattning.

Det är lätt att tänka sig att målgruppen dvs. de tio tusen patienterna är representativa för de 22 400 registerade besöken. En sådan slutsats försvagas något av det faktum att en liten del av de 10 774 patienterna sannolikt återkommit i totalstatistiken för de två dagarna. En inte oväsentlig del av besöken hänför sig till dagsjukvårdsbesök eller andra gruppaktiviteter där en del patienter deltar på daglig basis. Däremot går det inte att anta att de diagnoser och vårdbehov som kan konstateras för den undersökta gruppen också gäller för jourfalls- och nybesöksgruppen. Bl.a. är erfarenhetsmässigt många patienter i dessa grupper engångsbesökare.

En större fråga för generaliserbarheten gäller hur representativa de tio tusen patienterna är för hela den psykiatriska öppenvården. Hur detta metodmässigt har lösts finns redovisat av Claes-Göran Stefansson i bilaga 4.

Till andra faktorer som påverkar bilden av den vårdvolym som inventeringen utvisar hör att en del personal returnerat blanka formulär med kommentaren att man under observationsdagarna varit på utbildning, konferenser, haft sjukfrånvaro etc. Eftersom två helt vanliga dagar valts speglar den här typen av externt bortfall sannolikt inte något annat än den kapacitetsminskning som alltid föreligger. Vidare finns det en årsvariation för antalet besök med betydligt lägre frekvenser under sommarmånaderna. Data hämtade från januari skulle därför kunna leda till en överskattning av årsprevalensen. Mot den överskattningen balanserar ett

bortfall som ligger i att inventeringsblanketten inte nått ut till all den personal som under de två aktuella dagarna tog emot patienter.

Till ledning för att välja ut de tre patienter om vilka information skulle lämnas angavs att de skulle hämtas i konsekutiv ordning vid arbetsdagens början den första av observationsdagarna. Frågan om det uppträder någon dygnsvariation i öppen vård vad gäller typen av patient som inställer sig på förmiddagen finns givetvis. Den risken uppvägs emellertid av det förhållandet att ett stort antal personal inte ens under loppet av de två dagarna haft tre besök sammanlagt. Genomsnittet av patienter som dokumenterats per personal stannar vid 2,5 patienter.

Bilaga 4

Uppskattning av stödinsatser till psykiatriska patienter under ett år

Av Claes-Göran Stefansson

Av mycket stort intresse är att försöka uppskatta hur stort stödbehovet är bland psykiatriska patienter i absoluta tal. Öppenvårdsinventeringen, som är en endagsprevalens visar en sned fördelning av patienterna diagnostiskt jämfört med t.ex. en ettårsprevalens. Skälet till detta är att sannolikheten att få med patienter med "tunga" diagnoser, dvs. sådana patienter som utnyttjar mycket öppenvård, är större vid endagsurvalet. Sådana diagnoser som kommer att bli överrepresenterade är t.ex. psykoser och borderline medan akuta kriser och alkoholmissbrukare underskattas. En rimligare bedömning av den andelen i patientpopulationen som bedömts ha olika behov i en årspopulation patienter erhålles om man korrigerar endagsurvalet så att det överensstämmer med den diagnosfördelning som gäller för dessa patienter. Även om vi gör detta ger dock materialet ingen helhetsbild av stödbehovet eftersom akut sökande till psykiatrisk sjukhusvård samt nybesökspatienter exkluderats. Genom exklusion av dessa patienter, som kan uppskattas till runt 30 % av samtliga patienter, får vi en patientgrupp med något tyngre diagnoser och förmodligen också ett något högre stödbehov.

Metod

Utifrån ett material om 20 134 patienter, som insamlats från sex delvis länstäckande kliniker i Sverige runt året 1990, erhålles den relativa diagnosfördelningen för ettårsprevalensen. Detta material har insamlats under de s.k. LUPP-verksamheterna som förekommit sedan mitten av 80-talet (Berggren). I tabell 4:1 nedan kan vi se hur diagnosfördelningarna i inventeringsmaterialet och detta senare material ser ut i några diagnosgrupper. Kris- och neuros har sammanräknats pga att det erfarenhetsmässigt är osäkert att skilja dessa diagnoser i ett så heterogent material som föreligger här.

Som väntat ser vi här framför allt hos psykospatienter, en överrepresentation i inventeringsmaterialet i relation till patientgrupper som gör färre besök under året t.ex. krispatienter och patienter under beteckningen "Annat" som i många fall är intygsärenden och liknande.

Tabell 4:1 Diagnosfördelning i procent enligt Socialstyrelsens endagsinventering, ÖVI-91) och enligt årsprevalensen bland psykiatriska kliniker i Sverige (LUPP)

	SOS (N=10 744)	LUPP (N=20 134)
Kris och neuros	41,6	49,4
Borderline	12,1	4,3
Psykos/affektiv sjukdom	30,7	19,0
Missbruk (primärt)	6,5	13,7
Annat	9,1	13,6
	100,0	100,0

Dessa diagnosfördelningar kan nu användas för att "väga fram" den behovsfördelning som skulle bli resultatet om vi istället för en endagsprevalens hade en fördelning i de olika diagnosgrupperna som ettårsprevalensen visar.

Vi kan dessutom våga oss på en uppskattning av antalet patienter som öppenvårdsmottagningarna möter under ett år i Sverige ur vilken inventeringspopulationen är ett stickprov. Borträknas nybesöken från de sex klinikerna ovan så utgör den genomsnittliga prevalensen av patienter 1,6 %. Detta skulle på riksnivå ge en patientpopulation om drygt 130 000. De 10 744 patienterna i inventeringsmaterialet är således en tolftedel av denna population. En uppviktning av det diagnosjusterade antalet med 12 ger ungefärligen en uppfattning om hur stora de olika behoven är på riksnivå.

Antal besök i de olika diagnosgrupperna har angivits utifrån ett material från Blekinge. Där finner vi att genomsnittet besök per år för kris- och neurospatienterna tillsammans är 10, för borderlinepatienter 14, för psykospatienter 18, för missbrukspatienter 7 samt för patienter med annan diagnos 5. Denna besöksfördelning stämmer tämligen väl med ett material från Nacka. Inventeringsmaterialet, som är en återbesökspopulation, kan uppskattas göra i genomsnitt ett par besök mer per år i respektive diagnosgrupp.

Tabell 4:2 visar årsprevalensen (antal patienter totalt), antal patienter per 100 invånare samt antal besök i olika diagnosgrupper i Sverige framräknat enligt de olika principerna.

Tabell 4:2 Årsprevalensen patienter och besök i olika diagnosgrupper

Diagnos-grupper	Antal patienter	Antal pat per 100 invånare	Antal besök
Kris och neuros	68 500	0,81	822 000
Neuros och borderline	6 000	0,08	96 000
Psykos/affektiv sjukdom	26 500	0,31	530 000
Missbruk (primärt)	19 000	0,22	171 000
Annat	18 800	0,22	131 600
Summa	**138 800**	**1,64**	**1 750 600**

De nästan 139 000 patienterna motsvarar en årsprevalens på 1,64 % av den totala befolkningen.

I inventeringen fick man ange antalet besök under två dagar. Denna siffra uppgavs till drygt 22 000 vilket skulle betyda 2,25 miljoner besök på årsbasis (200 dagar). I tabell 2 erhölls en uppskattad siffra på 1,75 miljoner besök per år. Om vi räknar in de ca 65 000 personer som utgör nybesökspopulationen och lägger till deras besök (som är färre i genomsnitt) skulle besökssiffran nå drygt ca 2 miljoner besök dvs. något färre. Inventeringstillfället omfattar dock en tidsperiod då den psykiatriska öppenvården har relativt många besök. Besöken under sommarmånaderna är kraftigt reducerade varför antalet besök under året som här uppskattats förmodligen överensstämmer ganska väl med det faktiska antalet.

Bilaga 5

Metodfrågor i samband med bearbetning av slutenvårdsstatistiken samt kompletterande tabeller

Av Lars Kjellin

Underlagen till kapitel 6 om vårdutnyttjandet i psykiatrisk slutenvård har huvudsakligen hämtats från socialstyrelsens patientstatistik:

– slutenvårdsregistret, ur vilket hämtats uppgifter om vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård från år 1962 och framåt

– data från patientinventeringar i sluten vård genomförda en viss dag åren 1979, 1982, 1983, 1985, 1988 och 1991

– LSPV-statistik avseende avslutade vårdtillfällen enligt LSPV åren 1984–1988

Uppgifterna har dels framtagits genom nya bearbetningar av grunddata, dels hämtats från tidigare framtagna tabeller och tidigare rapporter utgivna av Socialstyrelsen och Spri. Några data har även hämtats från Landstingsförbundets LKELP-rapporter.

När det gäller slutenvårdsregistret, som omfattar en tidsperiod på nästan 30 år, är uppgifterna inte alltid jämförbara över hela perioden, bl.a. beroende på att uppgifter periodvis saknas från vissa vårdenheter. För år 1984 finns inga uppgifter i slutenvårdsregistret. År 1985 saknas utskrivningsdata helt eller delvis från fyra landstingsområden och år 1986 från två områden. Utskrivningar från enskilda vårdhem saknas men dessa är relativt sett mycket få. Vidare har i tidigare framtagna tabeller nästan genomgående räknats på antal utskrivningar exklusive förflyttningar (mellan avdelningar på samma sjukhus), medan det ur registret från år 1985 och framåt endast föreligger uppgifter om samtliga utskrivningar inkl förflyttningar.

Vid patientinventeringarna har samtliga vårdenheter lämnat några relativt enkla uppgifter vid en viss tidpunkt. Redovisning från enstaka mindre enheter kan saknas och enstaka patienter från en avdelning eller vårdinrättning kan ha fallit bort, men sammanlagt torde detta bortfall i förhållande till totalmaterialet vara marginellt.

Beträffande den särskilda LSPV-statistiken för åren 1984–1988 finns uppgifter från ett 10-tal landsting som visar att en underrapportering av

tvångsvårdstillfällen till socialstyrelsen föreligger i vissa fall. Dessa landsting har egen statistik i någon form som de centrala registeruppgifterna kan jämföras med. För övriga områden har det inte varit möjligt att göra någon sådan validering. Det finns dock ett bortfall när det gäller antal tvångsvårdstillfällen i vissa landsting, vilket försvårar tolkningen av data vid jämförelser mellan landstingsområden. När det gäller förekomst av tvångsåtgärder under tvångsvård föreligger sannolikt stora regionala skillnader i vad som registreras som formella tvångsåtgärder, framför allt när det handlar om eventuell tvångsmedicering.

Bristande enhetlighet i diagnostik och klassificering av psykiska sjukdomar kan genomgående minska säkerheten vid jämförelser över tid och mellan landstingsområden när det gäller diagnosuppgifter. Här används emellertid breda diagnosgrupper vilket minskar felkällan.

Uppgifterna om slutenvårdsutnyttjande i denna rapport är en beskrivning baserad på de uppgifter som finns i de angivna registren på Socialstyrelsen. Samtliga jämförelser över tid och mellan landstingsområden avser således förhållanden sådana de är registrerade i de centrala databaserna.

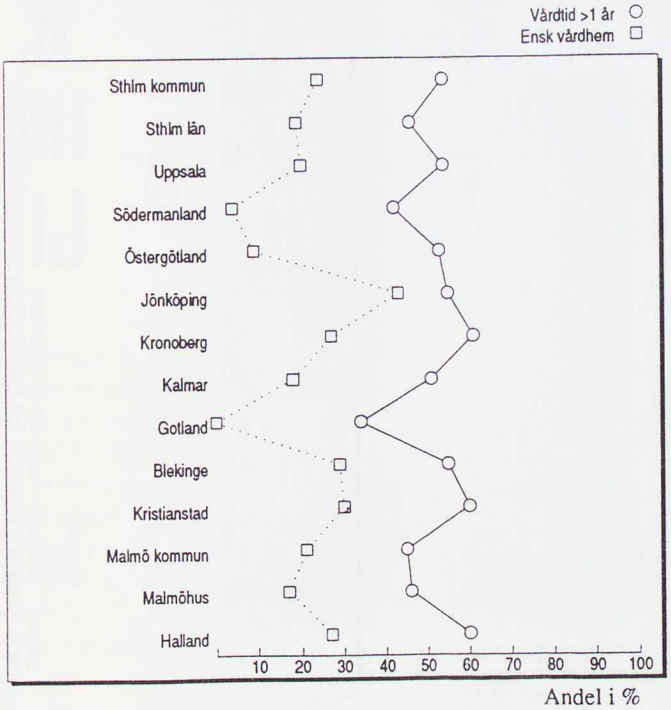
Antal inneliggande per 100 000 invånare vid inventeringen 1979, fördelade på hemortslän och diagnosgrupp

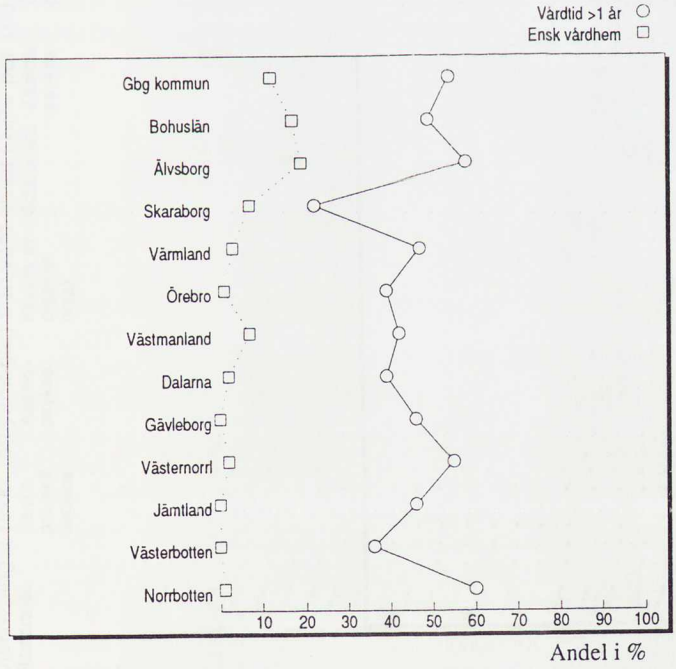
Hemortslän	Senil o presenil dem	Alkoholpsykos	Organisk psykos	Schizofreni	Affektiv psykos	Övriga psykoser	Neuros	Patologisk personlighet	Alk	Nark	Övr diag noser	Totalt
Stockholm	46	15	13	103	16	22	23	9	20	4	20	291
Uppsala	52	5	6	125	23	18	36	8	32	2	42	349
Södermanland	38	5	30	114	13	13	24	7	14	2	25	285
Östergötland	47	3	14	125	15	18	34	8	23	1	21	311
Jönköping	103	3	13	189	25	20	47	8	38	2	42	490
Kronoberg	103	1	6	191	32	22	28	23	23	1	30	460
Kalmar	50	3	18	194	20	16	41	4	27	2	18	393
Gotland	42	-	5	135	15	13	9	7	16	-	46	288
Blekinge	77	3	32	202	26	10	26	5	22	1	22	426
Kristianstad	55	1	18	128	25	22	28	12	24	1	37	353
Malmö kommun	53	12	26	161	19	22	19	8	25	6	22	372
Malmöhus	82	4	12	146	15	16	19	10	28	5	21	359
Halland	61	3	4	111	19	15	25	2	14	2	16	274
Göteborgs kommun	80	22	37	109	29	30	31	8	61	4	41	453
Göteborgs o Bohus län i övrigt	69	4	26	107	12	25	41	6	26	1	57	376
Älvsborg	68	7	21	150	21	15	22	7	25	2	25	364
Skaraborg	76	1	9	113	20	11	33	10	20	1	24	321
Värmland	55	7	17	158	19	10	24	8	18	1	21	339
Örebro	26	7	13	132	18	14	27	7	16	1	25	286
Västmanland	11	4	9	114	12	11	26	8	15	0	18	230
Kopparberg	61	7	17	166	15	20	28	6	18	0	30	368
Gävleborg	57	8	30	129	15	9	16	9	12	0	17	302
Västernorrland	53	6	35	152	21	15	17	5	18	0	32	355
Jämtland	116	6	11	157	30	22	21	9	21	2	39	434
Västerbotten	29	2	15	167	18	27	15	5	16	0	22	319
Norrbotten	26	1	5	157	8	23	15	8	18	2	16	279
Totalt	57	7	17	136	19	19	26	8	24	2	26	341

Antal inneliggande per 100 000 invånare vid inventeringen 1991, fördelade på hemortslän och diagnosgrupp

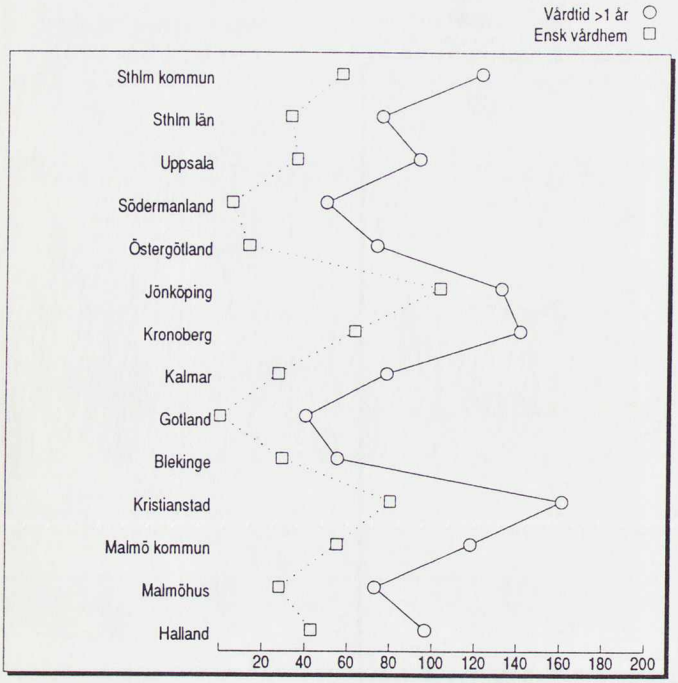
Hemortslän	Senil o presenil dem	Alkohol-psykos	Organisk psykos	Schizofreni	Affektiv psykos	Övriga psykoser	Neuros	Personlighstörning	Alk ber	Drogber. Missbr.ber.	Utv störn	Övr diagn	Totalt
Stockholms kommun	11	12	4	97	18	24	11	15	5	9	5	16	228
Stockholms län	5	6	2	74	14	16	8	11	9	5	2	13	164
Uppsala	14	3	2	76	16	9	9	10	12	3	3	16	173
Södermanland	9	3	2	54	10	12	4	10	2	0	2	8	115
Östergötland	10	3	1	66	15	9	7	6	5	1	2	10	136
Jönköping	25	4	2	104	29	13	11	13	7	6	5	20	240
Kronoberg	33	4	3	115	25	8	11	17	5	1	2	6	231
Kalmar	13	2	3	66	14	11	10	13	2	2	1	10	153
Gotland	9	4	2	46	25	12	4	7	2	4	0	7	119
Blekinge	0	1	2	50	10	5	5	14	4	2	1	6	100
Kristianstad	99	2	5	73	16	13	19	14	3	2	2	20	270
Malmö kommun	57	10	7	109	17	13	7	12	17	3	0	12	263
Malmöhus	25	5	3	60	16	10	6	11	6	4	1	11	157
Halland	51	3	0	50	14	8	10	7	3	1	3	11	161
Göteborgs kommun	106	25	10	78	27	20	20	6	21	10	5	17	345
Bohuslän	17	8	6	44	17	8	8	5	9	3	3	9	139
Älvsborg	16	2	1	65	10	6	8	9	4	5	2	15	143
Skaraborg	9	2	2	28	12	11	10	14	9	3	2	9	111
Värmland	5	2	1	55	22	9	9	9	0	2	1	13	130
Örebro	1	2	2	41	7	9	10	12	4	3	1	8	99
Västmanland	2	1	1	52	8	14	10	7	6	3	1	11	114
Dalarna	3	1	1	46	11	12	8	10	4	3	2	5	105
Gävleborg	4	1	2	56	13	5	5	8	2	4	3	4	107
Västernorrland	18	7	6	84	14	11	5	8	3	2	4	10	170
Jämtland	16	3	6	57	12	8	6	2	3	0	2	8	123
Västerbotten	1	0	1	44	12	8	5	6	3	5	1	6	92
Norrbotten	5	2	2	88	12	8	9	7	3	0	2	9	150
Hela riket	21	5	3	69	15	12	9	10	6	4	2	12	170

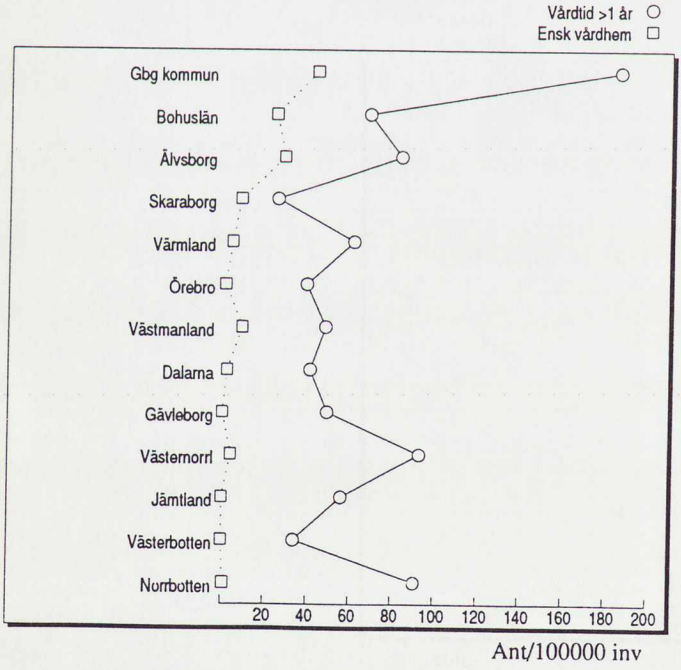
Andel inneliggande patienter vid inventeringen 1991 med vårdtid >1 år respektive vid enskilda vårdhem





Antal inneliggande patienter per 100 000 invånare vid inventeringen 1991 med vårdtid >1 år respektive vid enskilda vårdhem





Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV per 100.000 invånare år1984 fördelade på hemortslän och diagnosgrupp.

Hemortslän	Senil o presenil demens	Alkohol-psykos	Psykos av organisk orsak	Schizofreni	Affektiv psykos	Övriga psykoser	Neuros	Personlighets störning	Alkoholism	Narkomani	Missbruk utan beroende	Psykisk utveckl. störning	Övriga diagnoser	Tota
Stockholm	4	4	4	46	26	58	8	9	9	5		1	12	187
Uppsala	3	2	5	42	32	34	8	7	17	4		0	12	168
Södermanland	14	5	2	31	19	49	3	8	13	0		1	7	152
Östergötland	11	3	2	25	12	23	7	8	19	1		2	8	121
Jönköping	3	4	3	22	18	23	9	7	41	2		3	8	141
Kronoberg	7	1	3	26	16	30	8	6	22	1		2	6	130
Kalmar	20	1	7	45	25	46	9	5	47	1		3	11	219
Gotland	14	0	7	71	18	25	2	5	7	5		7	18	180
Blekinge	6	4	7	30	14	40	20	7	24	2		3	11	168
Kristianstad	2	1	4	24	7	19	3	5	5	0		2	6	80
Malmö kommun	8	2	7	62	14	37	7	12	9	6		1	6	172
Malmöhus	4	5	2	39	13	37	5	10	37	3		2	12	172
Halland	6	0	1	7	9	16	3	3	5	1		0	3	55
Göteborgs kommun	6	3	5	32	39	61	11	6	34	6		3	10	217
Göteborg o Bohus	3	6	6	14	19	31	6	3	19	1		4	12	123
Älvsborg	12	2	4	34	29	19	6	7	33	1		8	10	167
Skaraborg	23	4	6	26	40	47	23	12	69	4		3	15	272
Värmland	29	1	13	58	41	42	5	5	15	0		2	14	226
Örebro	2	0	4	34	15	28	6	4	4	2		3	2	103
Västmanland	2	2	3	30	15	21	3	4	3	1		2	4	88
Kopparberg	13	2	4	62	28	36	4	8	8	2		3	10	181
Gävleborg	13	8	6	58	29	20	15	17	19	1		6	10	203
Västernorrland	12	2	8	42	17	25	13	9	9	0		3	15	157
Jämtland	4	2	1	49	26	26	13	9	52	6		1	7	196
Västerbotten	2	2	6	54	12	35	10	24	37	0		3	4	188
Norrbotten	6	3	2	55	13	41	6	16	26	2		4	8	182
Hela riket	8	3	5	39	22	38	8	9	21	3		3	10	168

Utskrivningar (exkl. förflyttningar) från vård enligt LSPV per 100.000 invånare år1988 fördelade på hemortslän och diagnosgrupp.

Hemortslän	Senil o presenil demens	Alkohol-psykos	Psykos av organisk orsak	Schizofreni	Affektiv psykos	Övriga psykoser	Neuros	Personlig-hets störning	Alkoholism	Narkomani	Missbruk utan beroende	Psykisk utveckl. störning	Övriga diagnoser	Total
Stockholm	3	2	7	38	19	34	1	10	2	2	2	1	10	132
Uppsala	2	7	3	34	30	16	3	10	3	5	0	0	11	124
Södermanland	7	4	3	39	21	23	2	6	3	0	0	1	10	119
Östergötland	4	3	5	28	18	13	3	9	4	1	2	1	6	96
Jönköping	3	1	10	29	26	20	3	8	7	2	3	1	12	123
Kronoberg	3	2	2	33	17	25	2	14	6	2	1	2	6	113
Kalmar	5	1	4	36	24	14	2	8	5	4	3	0	10	116
Gotland	4	0	4	28	23	21	2	4	4	0	5	0	12	106
Blekinge	5	3	5	22	13	21	7	10	6	1	1	1	5	100
Kristianstad	4	1	4	25	14	18	1	7	5	1	4	0	11	97
Malmö kommun	5	3	7	59	20	20	0	13	5	3	1	0	6	143
Malmöhus	8	2	6	35	27	19	1	9	6	1	1	1	10	127
Halland	3	2	1	21	20	16	2	6	3	0	3	1	9	88
Göteborgs kommun	6	4	11	33	52	32	4	8	23	6	3	3	14	198
Göteborg o Bohus	5	1	7	12	29	15	4	9	7	1	2	1	14	108
Älvsborg	10	3	7	29	27	18	3	12	19	1	3	1	13	147
Skaraborg	12	1	10	20	26	22	10	17	32	4	7	5	14	180
Värmland	2	1	5	19	24	20	1	8	3	1	1	0	6	91
Örebro	2	2	7	50	29	23	3	10	1	2	2	4	6	139
Västmanland	3	1	4	26	18	18	1	4	2	1	1	0	4	82
Kopparberg	3	2	4	44	27	24	3	6	3	1	4	5	8	134
Gävleborg	7	6	7	55	22	18	4	10	10	1	2	3	10	156
Västernorrland	8	2	8	39	27	16	1	13	2	1	2	1	7	127
Jämtland	2	2	1	37	17	22	4	11	16	0	7	1	9	130
Västerbotten	2	0	3	46	21	19	1	11	17	4	5	1	8	139
Norrbotten	3	2	6	68	22	23	3	20	8	1	3	1	6	165
Hela riket	5	2	6	35	24	23	3	10	7	2	2	1	10	130

Bilaga 6

Tidsanvändning inom psykiatrin

Utdrag ur "Förstudie-PM 1991-10-29"

1 Inledning

Föreliggande material är en redovisning av en studie av hur personalen inom öppen psykiatrisk vård disponerar sin arbetstid på olika aktiviteter.

Inom ramen för studien har utarbetats en blankett som testats vid 20 enheter tillhörande sju psykiatriska kliniker.

Materialet i denna rapport kan inte utan kompletteringar om verksamheten och dess inriktning användas som underlag för analyser av den öppna psykiatrins kvalitet och resursanvändning under dagtid.

Trots dessa brister har Spri bedömt att resultatet av föreliggande undersökning är av intresse för klinikledning och personal inom psykiatrin, varför materialet publiceras.

Spris förhoppning är att tidsstudien skall ligga som ett, bland andra, underlag för kontinuerlig uppföljning/utvärdering av psykiatrin. Tidsstudien bör ingå som en del i den modell för verksamhetsberättelse för psykiatri som är under utarbetande inom Spri. Inom ramen för verksamhetsberättelseprojektet sker ytterligare metodutvecklingsarbete, som kommer att redovisas under hösten/vintern 1992/93.

2 Sammanfattning

Inom ramen för en försöksverksamhet vid ett antal psykiatriska enheter har Spri på basis av tidigare genomförda tidsstudier utarbetat ett instrument för redovisning av tidsanvändningen.

Tidrapporteringen, som i denna undersökning enbart omfattas av öppenvårdsenheter, är upplagd som självredovisning.

Syftet med tidsredovisningen är att ge en översiktlig bild av hur personalen inom psykiatrin fördelar sin tid på olika aktiviteter. Redovisningen utgör ett underlag för diskussion inom kliniken/enheten om prioriteringen av arbetsuppgifter. Möjligheten att göra jämförelser såväl mellan enheter inom den enskilda kliniken som mellan olika kliniker ger ytterligare underlag för dessa diskussioner.

Arbetstiden har delats in i tio huvudgrupper:

1. Direkt patientarbete
2. Indirekt patientarbete kring enskild patient
3. Indirekt patientarbete av övergripande art

4. Administration
5. Utbildning
6. Res- och väntetider
7. Fackligt arbete samt tid för MBL
8. Ledighet
9. Sjukskrivning
10. Övrigt

Vid jämförelser med tidigare tidsstudier slås man av hur väl resultaten överensstämmer med dessa, trots att några av de tidigare studierna genomförts för mer än tio år sedan. Detta indikerar att personalen inom den öppna psykiatrin inte ändrat sin fördelning på olika arbetsuppgifter trots att stora organisatoriska förändringar skett.

Ca 30 % av den totala arbetstiden åtgår till direkt patientarbete. Mot bakgrund av de intensiva diskussionerna om samverkan och att psykiatrin "så långt möjligt skall ge stöd åt andra vårdgivare, som har kontakt med människor med psykisk ohälsa" var förväntningarna på omfattningen av "indirekt patientarbete" av övergripande art stora. Av tidsstudien framgår att knappt 5 % av den totala arbetstiden ägnats åt övergripande kontakter med samverkanspartners.

Indirekt patientarbete kring enskilda patienter uppgår till ca 25 % av tiden. Här medräknas samarbete med t.ex. hemtjänsten kring enskild patient. I "indirekt patientarbete kring enskilda patienter" ingår även journalskrivning, dagantecknings, intygsskrivande etc. Denna del uppgår till ca 10 % av den totala arbetstiden.

Totalt ägnar således den öppna psykiatrins personal drygt 50 % av sin arbetstid åt arbete kring identifierade patienter, antingen direkt eller indirekt.

För administration avsätts ca 15–20 %.

Representanter för försöksklinikerna har, i samband med ett uppföljningsmöte på Spri, sagt sig vara positiva till tidsstudien. Man poängterar dock att tidsstudien ej bör användas som en kontroll av individuella medarbetare. Risken för att tidsredovisningen då skulle "saboteras" är uppenbar eftersom den sker i form av självredovisning.

Behovet av att kunna göra jämförelser med andra kliniker poängterades. Representanterna för klinikerna föreslår därför att Spri ansvarar för insamling och sammanställning av färdigbearbetat material. Sammanställningarna bör redovisas anonymt.

3 Bakgrund och syfte

Pågående decentralisering av ansvar och befogenheter till sjukvårdens basenheter ställer nya och ökade krav på verksamhetsplanering och uppföljning. För detta krävs metoder för att beskriva den vård som ges, kvaliteten i vården samt effekter och resursutnyttjande.

En viktig uppgift i detta sammanhang är hur psykiatrins personal disponerar sin arbetstid.

I föreliggande material som tagits fram av Spri beskrivs ett förslag till

blankett med åtföljande manual för tidsredovisning. Resultat från genomförd testomgång redovisas även.

Materialet har sammanställts av Börje Strand (projektledare) och Jan Lindmark.

Syftet med tidsredovisningen är att ge en översiktlig bild av hur personalen inom psykiatrin fördelar sin tid på olika aktiviteter.

4 Metod och tillvägagångssätt

4.1 Tidigare tidsstudier

Tidsstudier har tidigare genomförts vid ett antal psykiatriska enheter bl.a. på Nacka psykiatriska mottagning åren 1975–1976 (Nacka-projektet, 1974–1979 Spri-rapport 56), Uppsala och Enköping åren 1982 och 1983 (Öppen psykiatri: Princip och praktik, 1984), Hägerstens psykiatriska mottagning år 1984 (Hägerstens psykmottagning; uppsats på psykoterapilinjen, Karolinska institutet 1985), Örebro år 1986 (Teamarbete, Rapport 6, 1986) samt Skellefteå psykiatriska klinik år 1988 (Opublicerat material).

Gemensamt för ovan nämnda tidsstudier är att de är självredovisningar och utformats för öppenvårdsteam. Utformningen av frågorna varierar men de kan i huvudsak indelas i fyra huvudgrupper: direkt patientarbete, indirekt patientarbete kring identifierad patient, indirekt arbete av övergripande art samt övrigt.

Tidsstudierna omfattade en vecka vid samtliga enheter förutom vid Skellefteåkliniken, där studien gjordes under en fyraveckorsperiod.

5 Utarbetande av blankett och manual

5.1 Allmänt

Vid utarbetande av metoden för tidsstudier är det främst två faktorer som är av betydelse.

För det första måste arbetsuppgifterna definieras och delas in i meningsfulla kategorier, för det andra måste blanketten vara lätt att fylla i och sammanställa.

Till skillnad mot tidigare tidsstudier, som enbart omfattat öppenvård, avses även personal på slutenvårdsenheter kunna tillämpa metoden. Anledningen härtill är att psykiatrin genomgått stora organisatoriska förändringar. En av dessa består i att personalen i ökande utsträckning arbetar såväl inom öppen som sluten vård. För att få en heltäckande bild av de arbetsuppgifter som utförs inom psykiatrisk enhet krävs därför att all terapeutiskt arbetande personal medverkar.

Möjligheterna att tillämpa metoden inom sluten vård, samt resultaten av dessa studier, kommer att redovisas i särskild ordning inom Spris projekt om verksamhetsberättelser inom psykiatrin.

5.2 Tidsstudieblankett

Arbetsuppgifterna har delats in i 10 huvudgrupper, vilka redovisas i detalj i bilaga 1.

1. Direkt patientarbete
2. Indirekt patientarbete kring enskild patient
3. Indirekt patientarbete av övergripande art
4. Administration
5. Utbildning
6. Res- och väntetider
7. Fackligt arbete samt tid för MBL
8. Ledighet
9. Sjukskrivning
10. Övrigt

I anslutning till blanketten har utarbetats en manual, som redovisas i bilaga 2.

6 Försöksverksamhet

En testomgång har genomförts vid sju kliniker. Totalt omfattar studien 20 enheter. Av nedanstående sammanställning framgår de verksamheter som ingått i försöket, samt under vilken tidpunkt den genomförts.

Östersund	4 öppenvårdsteam under 2 veckor (3–14 dec 1990), omfattande 50 personal
Södermalms psyksektor	"Sören-verksamheten" rehab-enhet, 1 vecka (14–18 jan 1991), omfattande 12 personal
Gotland	Del av psykiatrisk klinik, 1 vecka (3–7 dec 1990), omfattande 44 personal
Sundsvall	1 öppenvårdsteam, 2 veckor (28 jan–8 feb 1991), omfattande 14 personal
Mark – Svenljunga	1 öppenvårdsteam, 1 vecka (21–25 jan 1991), omfattande 19 personal (två s.k. fältskötare, som är placerade vid dagsjukvårdsverksamhet, ingår ej. Fältskötarna har huvudsakligen till uppgift att ge konsultationsstöd till de ca 20 hemtjänstgrupperna i upptagningsområdet)
Eskilstuna	4 öppenvårdsenheter, 1 vecka (8–12 april 1991), omfattande 88 personal

Skellefteå — 1 rehabteam, 2 öppenvårdsteam samt personal inom vårdavdelning, kollektiv och arbetsterapi som arbetar inom öppen vård, 1 vecka (27–31 maj 1991), omfattande 45 personal

Följande instruktioner gavs för försöksverksamheten:

- Blanketten fylls i av samtliga personal med terapeutisk och/eller arbetsledande uppgifter som arbetar dagtid.
- Blanketten fylls i och samlas in dagligen under redovisningsperioden.
- För att fylla i blanketten vid dagens slut krävs att man fört dagboksanteckningar över händelser och tidsåtgång härför.
- Tidsåtgång för respektive aktivitet avrundas till fem-minutersintervall.
- En person utses på varje enhet, som ansvarar för att dela ut och samla in blanketterna och vid behov svara på frågor rörande ifyllandet av blanketterna.

Ett uppföljningsmöte med representanter från försöksklinikerna har genomförts då resultaten från tidsstudierna redovisades och kommenterades.

7 Resultat av försöksverksamhet

Av nedanstående tabell framgår resultatet av försöksomgången fördelat på verksamhet. Procentuell fördelning.

Aktivitet	Enhet Östersund	"Sören"-verksamheten	Visby	Mark/ Svenljunga
Direkt pat.arb.	25	37	33	26
Indirekt pat.arb.	25	25	21	22
Indir. pat.arb. övergripande	3	5	2	4
Administration	11	18	11	20
Utbildning	12	5	4	8
Res- o väntetid	4	6	3	8
Fackligt arb.	1	0	0	0
Ledighet	5	1	2	5
Sjukskriven	7	1	5	6
Övrigt, t.ex. personlig tid	7	2	19	1
Summa	100	100	100	100

Aktivitet	Enhet Sundsvall	Eskilstuna	Skellefteå
Direkt pat.arb.	22	35	31
Indirekt pat.arb.	24	21	18
Indir. pat.arb. övergripande	5	5	4
Administration	10	13	12
Utbildning	11	11	12
Res- o väntetid	5	6	7
Fackligt arb.	1	0	3
Ledighet	9	5	5
Sjukskriven	3	2	6
Övrigt, t.ex. personlig tid	10	2	2
Summa	100	100	100

7.1 Synpunkter på och kommentarer till försöksverksamheten

Som en del av förstudien genomfördes den 25 mars ett sammanträde med representanter från försöksverksamheterna i Visby, Sundsvall, "Sörenverksamheten" samt Östersund.

I det följande redovisas synpunkter och kommentarer angående försöksverksamheten.

Syfte

Det är viktigt att materialet används för "intern revision", dock ej på individnivå. Om enskilda befattningshavare vill ta del av "sitt" material skall detta utlämnas efter förfrågan av den "ansvarige" samordnaren inom enheten. Eftersom det är fråga om en självredovisning finns risk för "frisering" av uppgifterna om de upplevs som ett kontrollinstrument av enskilda befattningshavare.

Tidpunkt

Tidsstudien bör t.ex. genomföras två gånger per år under en vecka. Viktigt att undvika perioder då "storhelger" respektive semestrar infaller.

Förberedelser

Behovet av att i god tid ge information om och syftet med tidsstudien poängterades.

Samordnare

Inom varje enhet bör utses en samordnare, som är den person som lo-

kalt ansvarar för information, distribution och daglig insamling av blanketter, besvarar frågor angående blanketten och manualen, samt ansvarar för att materialet kvalitetsgranskas, bearbetas och sammanställs.

Som ett hjälpmedel för "samordnarens" kvalitetskontroll föreslår att en "samordnarmanual" upprättas.

Blankett och manual

Några smärre korrigeringar krävs av "försöksblanketten" och analogt därmed av manualen. Blanketten ansågs för övrigt ha fungerat väl.

Redovisning och jämförelse

Sammanställningar bör göras på enhets- och yrkesgruppnivå. Om enskilda medarbetare önskar få "sitt" material skall detta ske efter förfrågan hos samordnaren.

Det ansågs angeläget att ha tillgång till jämförelsematerial från andra enheter/kliniker. En uppgift för Spri kan vara att samla in färdigbearbetat material från tidsstudier i landet. Detta material kan sammanställas och redovisas årligen. Enheterna bör redovisas anonymt i sammanställningarna.

7.2 "Reliabilitet och validitet"

Ger tidsstudien en "sann" bild av tidsåtgången för olika aktiviteter? Representanterna för försöksverksamheterna menade att resultatet i huvudsak övrensstämde med deras bild av verksamheten.

Det är väsentligt att poängtera att tidsstudien lagts upp som en självredovisning. Genom förfarandet med daglig insamling av blanketterna av ansvarig "samordnare", med åtföljande "kvalitetskontroll", minskas sannolikt riskerna för felaktigt ifyllande.

Ytterligare en faktor av betydelse, när det gäller att motivera ett korrekt ifyllande, är hur materialet skall användas. Som tidigare nämnts är syftet med studien att utveckla en metod för att översiktligt beskriva hur personalen inom psykiatrin fördelar sin tid på olika aktiviteter. Materialet avses ligga till grund för diskussion inom kliniken/enheten om prioritering av arbetsuppgifter. Materialet avses *ej* primärt redovisas på individnivå.

Registreras rätt variabler är en annan frågeställning. Här uppstår en valsituation mellan att å den ena sidan ha hög detaljeringsnivå och å den andra sidan att blanketten skall vara lätt att förstå och fylla i. Sammanlagt 52 variabler finns upptagna i den föreslagna blanketten. Möjlighet finns att dela in arbetet i ytterligare variabler. Efter samråd med försöksenheterna har "ifyllbarheten" prioriterats på bekostnad av ytterligare differentiering av variablerna.

8 Förslag till slutlig blankett och manual

Blanketten som användes under försöksverksamheten har justerats på några punkter. Huvudsakligen består justeringarna av en minskning av variablerna vad gäller samverkanspartners. Tid för MBL har tillförts variabeln "fackligt arbete".

Den slutliga blanketten redovisas i bilaga 1, medan manualen redovisas i bilaga 2.

9 Användbarhet

Materialet bedöms kunna utgöra ett viktigt inslag i de interna prioriteringsdiskussionerna på kliniken/enheten.

Mångfalden av möjliga uppgiftssammanställningar är stor. I bilaga 3 redovisas ett exempel på redovisning från en klinik.

Som tidigare nämnts avses tidsstudien ingå som en del i pågående arbete med utarbetande av en modell för verksamhetsberättelse för psykiatri. Detta medger möjligheter att t.ex. kombinera uppgifter om antal patienter och åtgärder med tidsåtgång för direkt patientarbete och journalskrivning. Detta kommer ytterligare att belysas inom ramen för verksamhetsberättelseprojektet.

Bilaga 1

Arbetsplats

Namn

Tidrapport
Datum

Dagens ordinarie arbetstid Befattning

1. Direkt patientarbete

1 Vårdavdelningsarbete/motsvarande
2 Jourbesök, ange antal patienter:
3 Mott-besök,
Därav tid tillsammans med distriktsläkare, distriktsköterska eller motsvarande
4 Psykiatrisk konsult
5 Parkontakt
6 Gruppkontakt
7 Hembesök, exkl restid
Därav tid tillsammans med vårdbiträde, distriktsköterska eller motsvarande
8 Telefonkontakt med patient/anhörig

2. Indirekt patientarbete, kring enskilda patienter

1 Patientinriktade konf på enheten/kliniken
2 Får handledning inom enheten/kliniken
3 Får handledning utanför enheten/kliniken
4 Ger handledning inom enheten/kliniken
5 Ger handledning utanför enheten/kliniken
6 Journalskrivning, daganteckningar, intygsskrivan skriv- o läs-arbete kring enskilda patienter

Kontakt med myndighet/annan vårdinstans kring enskilda patienter

7 annan psykiatrisk enhet/klinik
8 primärvård
9 annan somatisk vård
10 barn- o ungdomspsykiatri
11 socialtjänst — hemtjänst
12 socialtjänst — övrigt
13 kriminalvård/polis
14 övrigt, ange vad :

3. Indirekt patientarbete av övergripande art, som EJ gäller enskilda patienter

Kontakt med myndighet eller annan vårdinstans :

1 - annan psykiatrisk enhet/klinik
2 - primärvård
3 - annan somatisk vård
4 - barn- o ungdomspsykiatri
5 - socialtjänst — hemtjänst
6 - socialtjänst — övrigt
7 - kriminalvård/polis
8 - övrigt, ange vad :

Övrigt :

9 Deltar i arb-grp/motsv, som represenatnt f e/k
10 Studiebesök utanför enheten/kliniken
11 Informerar vid studiebesök om egna enheten/k
12 Övrigt, ange vad :

4. Administration

1 Konf ang administrativa frågor
2 P-grupp etc
3 Adm sysslor avseende enheten/kliniken
4 Övriga adm sysslor

5. Utbildning

Får utbildning :

1 - utbildning/fortbildning, generell handledning i regi av enheten/kliniken
2 - övrig utbildning/fortbildning, studiedagar
3 - inläsning av facklitt, FoU, proj-arb m m
4 - egen terapi
5 - övrigt, ange vad :

Ger utbildning :

6 - ger utbildning/fortbildning, generell handledning inom enheten/kliniken
7 - ger övrig utbildning/fortbildning

6. Res- och väntetid

1 Restid i anslutning till direkt patientarbete
2 Restid/Väntetid i anslutning till övrigt arbete
3 Väntetid i anslutning till direkt patientarbete, inklusive utebliven patient

1 7. Fackligt arbete inkl MBL-tid
1 8. Ledighet
1 9. Sjukskriven
1 10. Övrigt, t ex personlig tid

Spri projekt 12312, Psykiatri, 91-05-15, bos

Bilaga 2

Manual för blankett "Tidrapport"

Blanketten fylls i av *samtlig verksam personal* med terapeutisk och/eller arbetsledande uppgifter som arbetar *dagtid.*

Blanketten fylls i och samlas in *dagligen* under redovisningsperioden.

För att fylla i blanketten vid dagens slut krävs att man fört *dagboksanteckningar* över dagens händelser och tidsåtgång härför.

Uppgift om respektive aktivitet får enbart fyllas i på *ett* ställe i blanketten.

Tidsåtgång för respektive aktivitet avrundas till *fem-minuters-intervall.*

– *Namn, befattning* samt *arbetsplats* skall fyllas i överst på första sidan.

  Med arbetsplats avses den "bastillhörighet" som Du har och uttrycks i form av vårdavdelning x, team x etc.

– *Dagens ordinarie arbetstid i minuter*: Här anges den *ordinarie* arbetstid Du har under dagen.

1. Direkt patientarbete

1.1 *Vårdavdelningsarbete eller motsvarande*

Under denna rubrik skall Du som är *placerad på vårdavdelning, behandlingshem, dagsjukvårdsenhet etc.* notera den tid som Du varit på avdelningen/enheten och som ej redovisas under annan rubrik. Observera att övriga patientkontakter under rubriken "direkt patientarbete" avser kontakter med andra patienter än de som är inskrivna vid 'Din enhet'.

Här redovisas även den tid som personal med placering på öppenvårdsteam eller motsvarande vistas på vårdavdelningen och som ej redovisas under annan rubrik.

1.2 Med *jourbesök* avses icke tidsbeställda besök som sker inom ramen för jourmottagning. Jourbesök kan också vara sådana besök som tas emot av personal som inte har jour men där besöket är akut, har jourfallskaraktär och ej är tidsbeställt.

1.3 Med *mottagningsbesök* avses tidsbeställda besök som görs på mottagning eller motsvarande. Besök som görs av f.d. patient på vårdavdelning eller motsvarande skall även registreras här. *Personal som är placerad på öppenvårdsmottagning och som har tidsbeställt besök med patient på vårdavdelning/motsvarande skall registrera besöket som "mottagningsbesök".*

För att få en samlad bild av samverkansinsatser skall även anges den tid som åtgår för gemensamma mottagningsbesök med t.ex.

distriktsläkare, -sköterska eller motsvarande.

1.4 *Psykisk konsult* avser insatser på t.ex. somatisk enhet kring *enskild* patient.

1.8 *Telefonkontakt*: här redovisas även receptförskrivning per telefon.

2. **Indirekt patientarbete kring enskilda patienter**. Här är syftet att redovisa de kontakter Du har respektive insatser som görs kring enskilda patienter och med vem Du har kontakt. Om Du t.ex. ger handledning kring någon eller några identifierbara patienter/klienter åt socialtjänstens vårdbiträden i öppen vård skall detta registreras under rubriken "2.11 socialtjänst–hemtjänst". Om Du däremot ger generell handledning, konsultation eller rådgivning skall detta registreras under "Indirekt patientarbete av övergripande art".

2.1 Under rubriken "patientinriktade konferenser" redovisas även patientinriktade ronder.

2.2–2.5 *Med handledning* avses i detta sammanhang handledning kring enskilda patienter. Om Du får/ger generell handledning skall detta registreras under antingen "3. Indirekt patientarbete av övergripande art" eller "5. Utbildning". Om Du har *interkollegiala samtal* kring enskild patient skall detta redovisas här.

3. Med **indirekt patientarbete av övergripande art** avses sådana aktiviteter som ej gäller enskilda patienter utan är av generell karaktär.

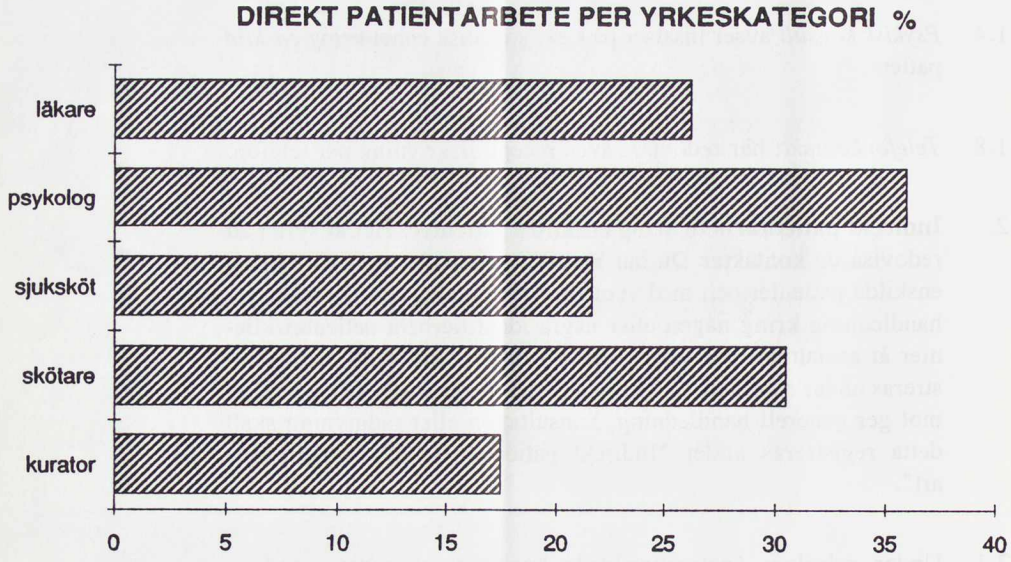
4.2 Med *P-grupp* avses konferenser som avhandlar arbetet inom enheten, där focus är samarbetet mellan personal eller interna rutiner. Här redovisas s.k. teamträffar, vårdlagsträffar, arbetsplatsträffar, yrkesgruppsträffar, morgonmöte etc.

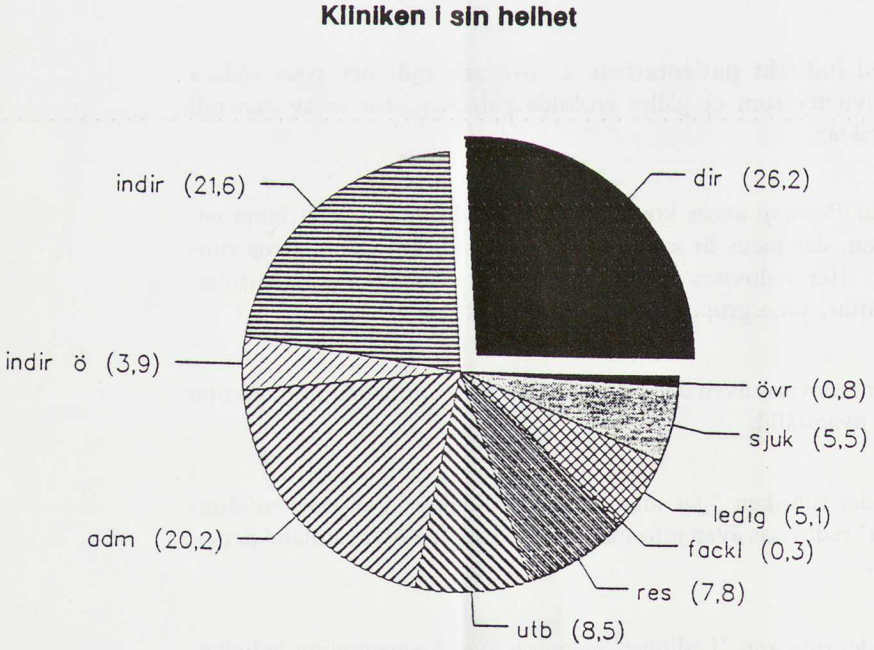
5.1 Här redovisas även den tid som åtgått till information/introduktion till nyanställd.

5.6 Under rubriken "ger utbildning/fortbildning inom enheten/kliniken" redovisas även information"introduktion till nyanställd personal.

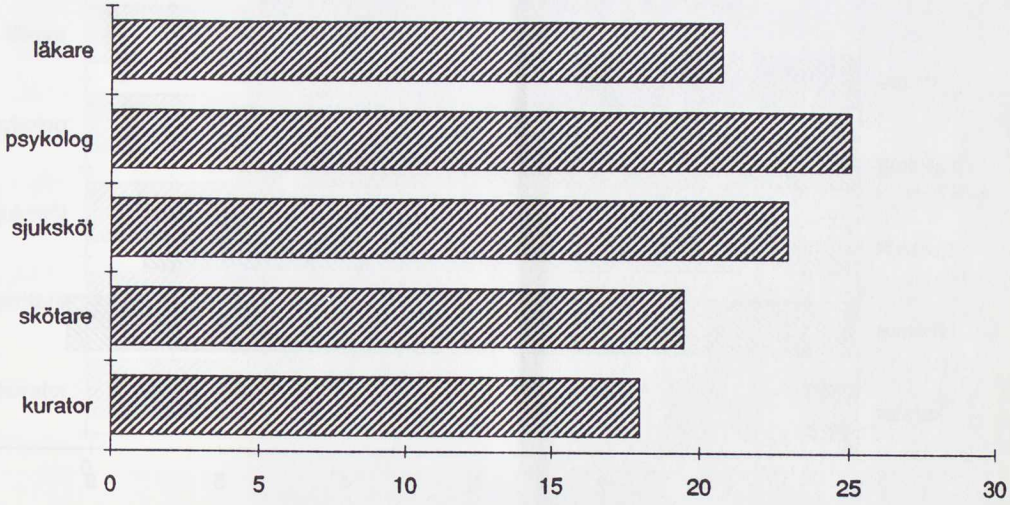
9. Under rubriken "Ledighet" redovisas även kompensationsledighet.

Bilaga 3

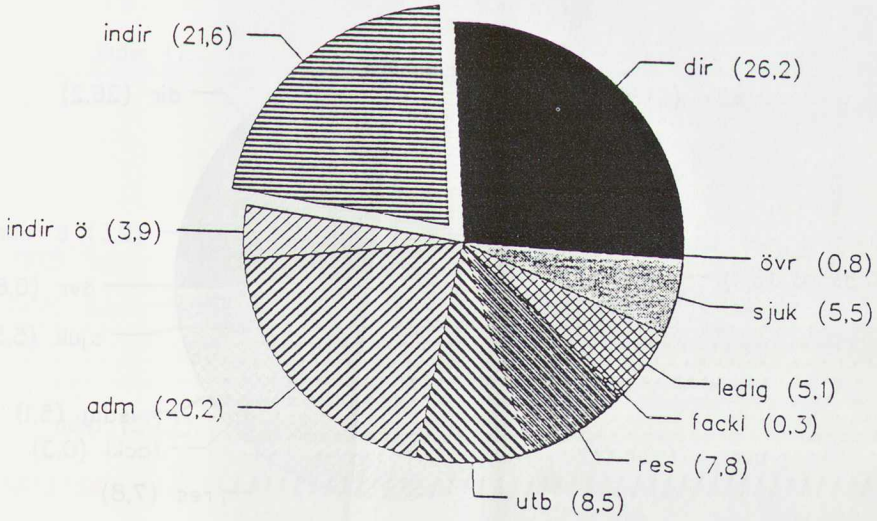

DIREKT PATIENTARBETE PER YRKESKATEGORI %
läkare
psykolog
sjuksköt
skötare
kurator
0
5
10
15
20
25
30
35
40


Kliniken i sin helhet
indir (21,6)
dir (26,2)
indir ö (3,9)
övr (0,8)
sjuk (5,5)
ledig (5,1)
fackl (0,3)
adm (20,2)
res (7,8)
utb (8,5)

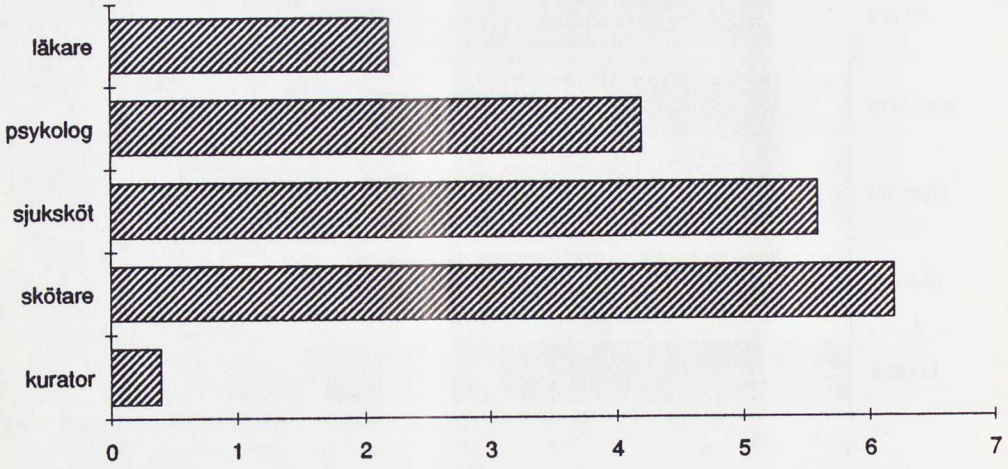
INDIREKT PATIENTARBETE PER YRKESKATEGORI %



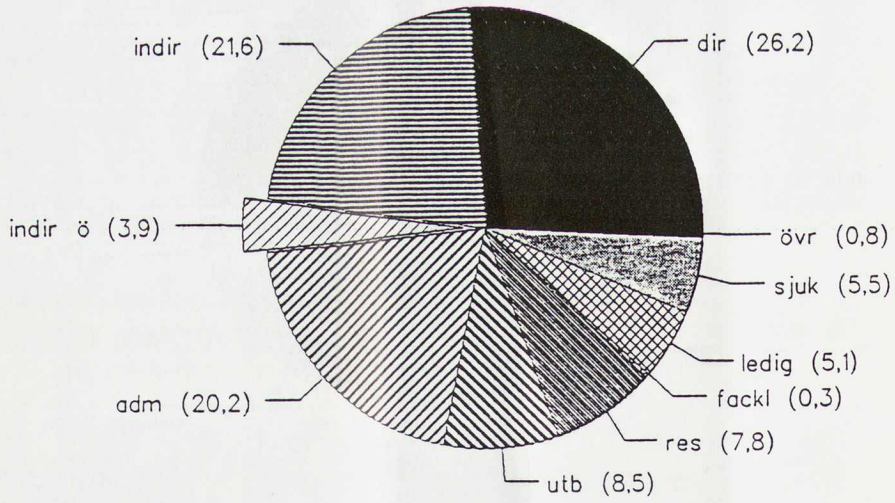
Kliniken i sin helhet



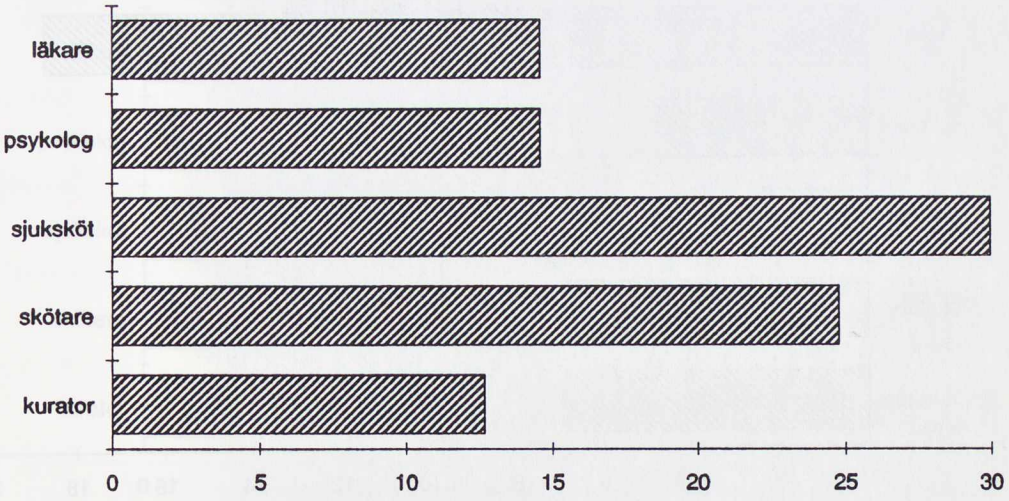
ÖVERGRIPANDE INDIREKT PAT.ARB. PER YRKESKATEGORI %



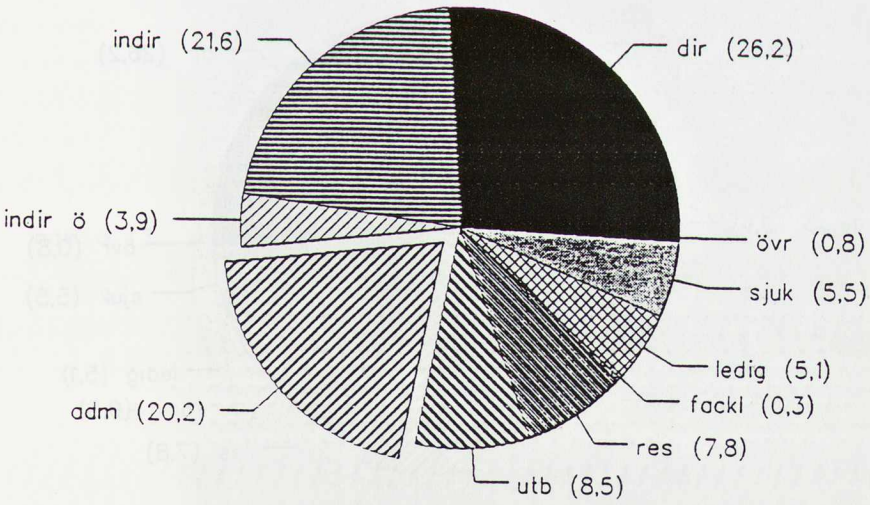
Kliniken i sin helhet

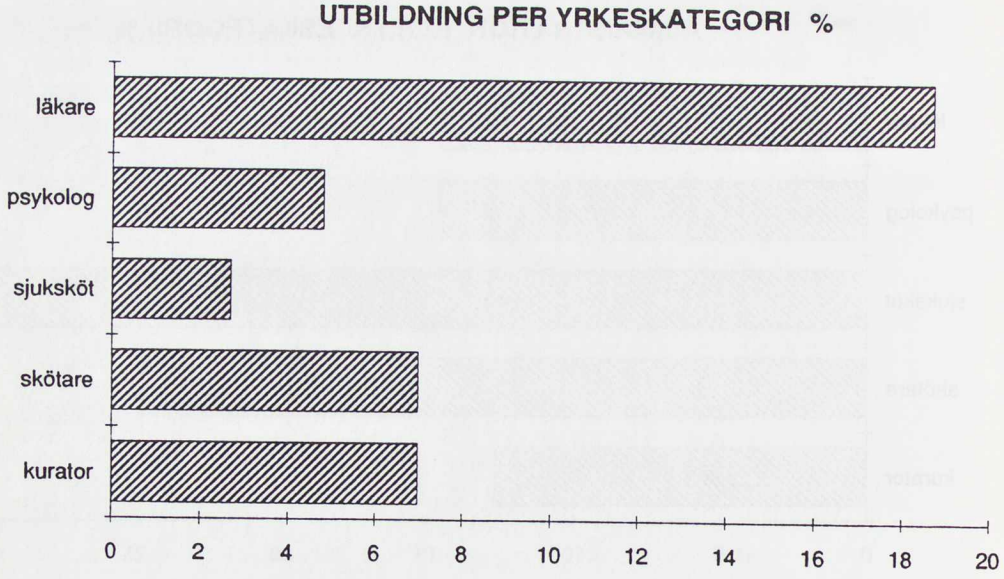


ADMINISTRATION PER YRKESKATEGORI %

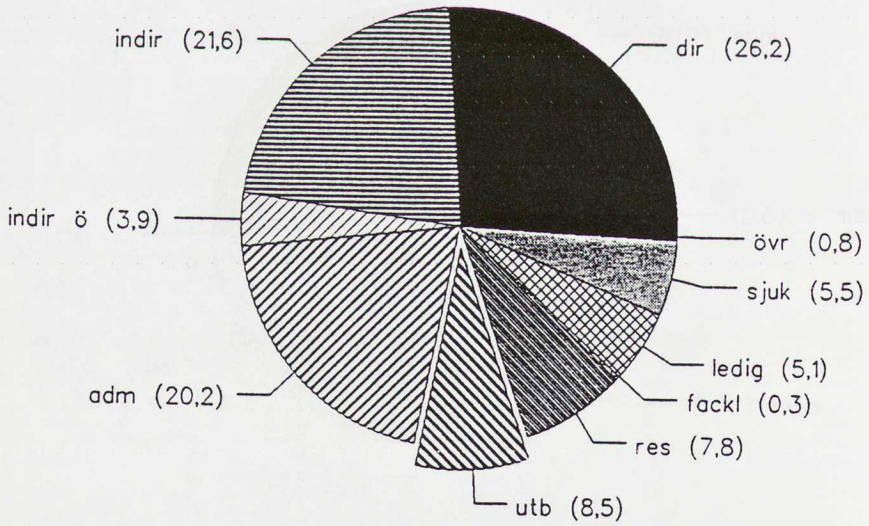


Kliniken i sin helhet



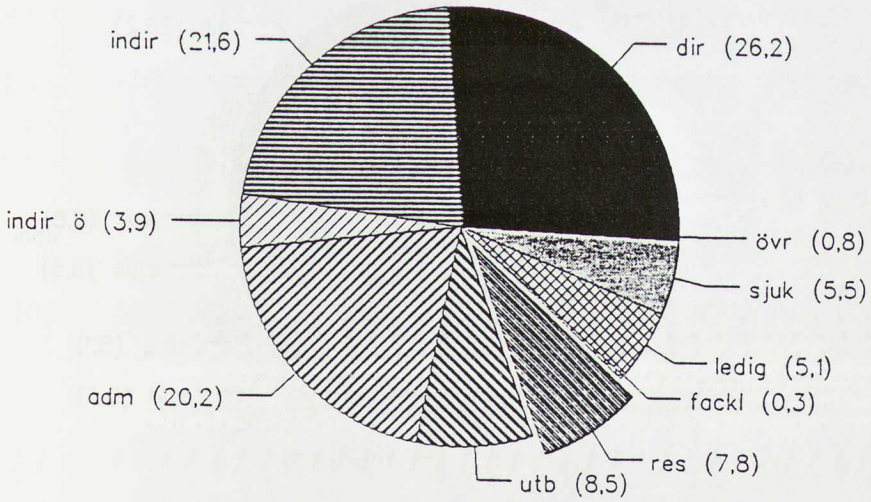


Kliniken i sin helhet

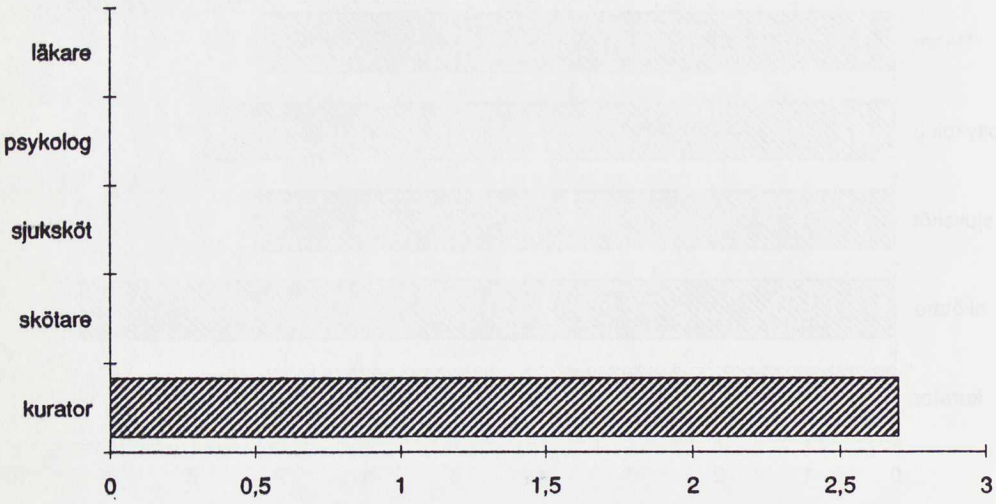


RES- OCH VÄNTETID PER YRKESKATEGORI %

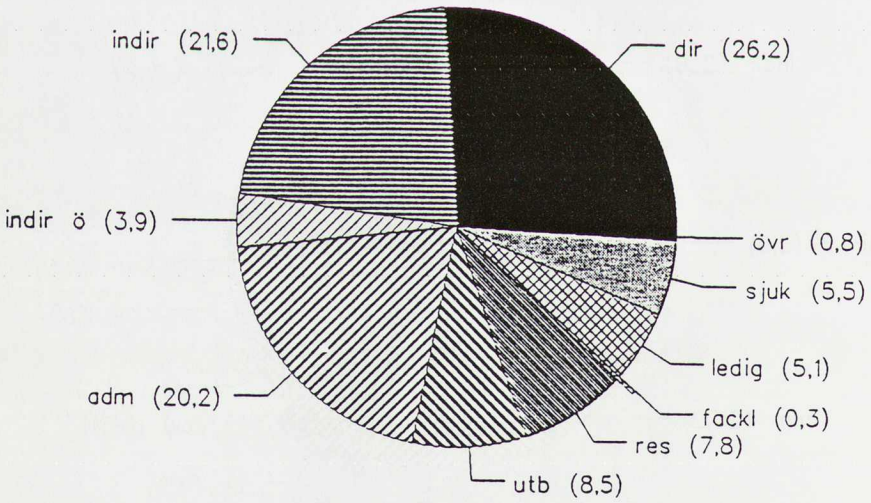
Kliniken i sin helhet



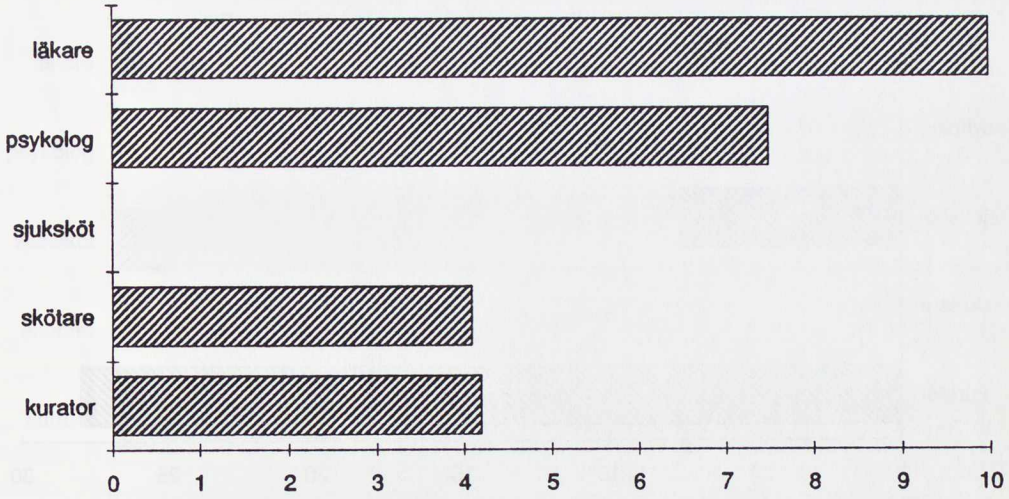
FACKLIGT ARBETE PER YRKESKATEGORI %



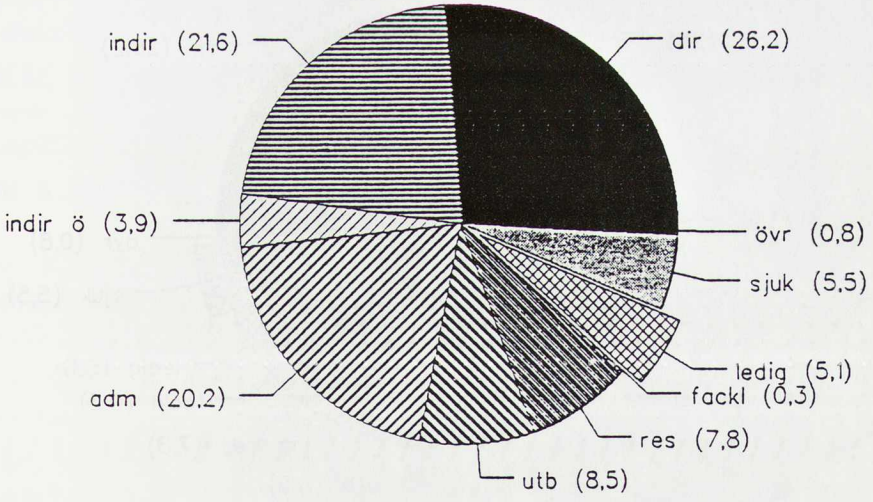
Kliniken i sin helhet



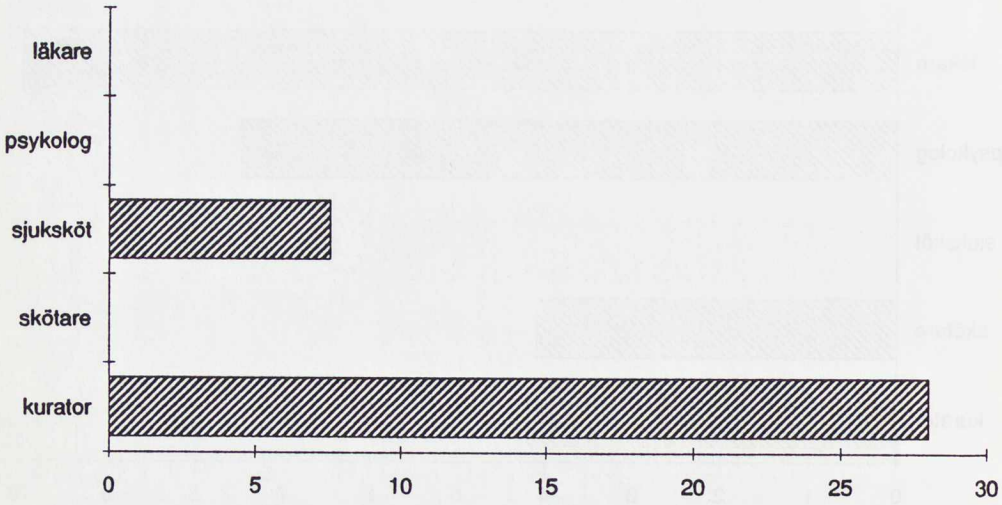
LEDIGHET PER YRKESKATEGORI %



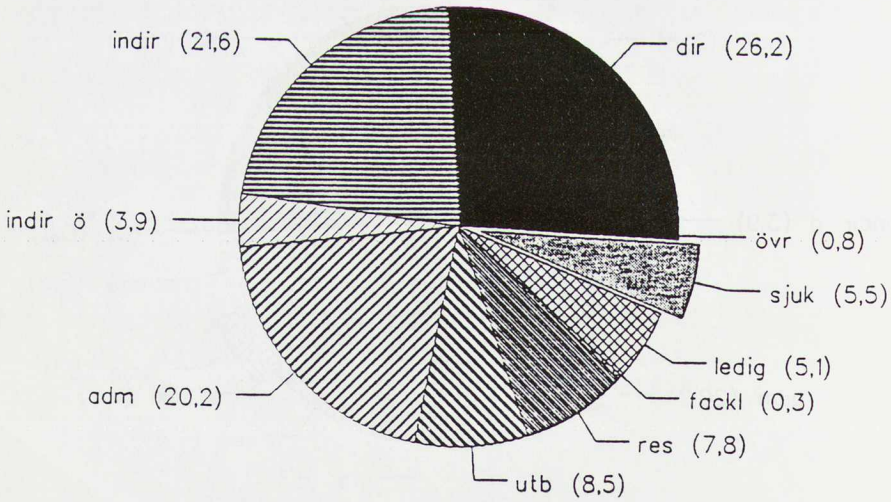
Kliniken i sin helhet



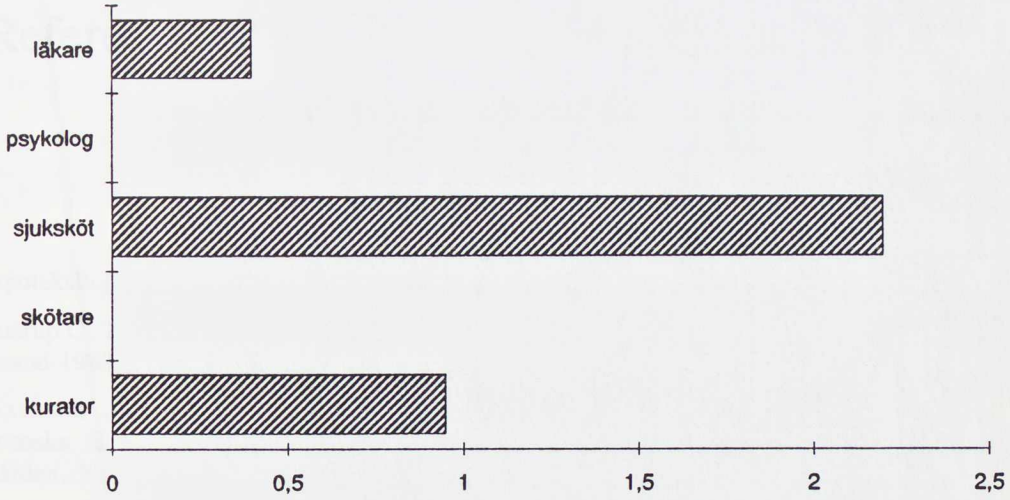
SJUKSKRIVNING PER YRKESKATEGORI %



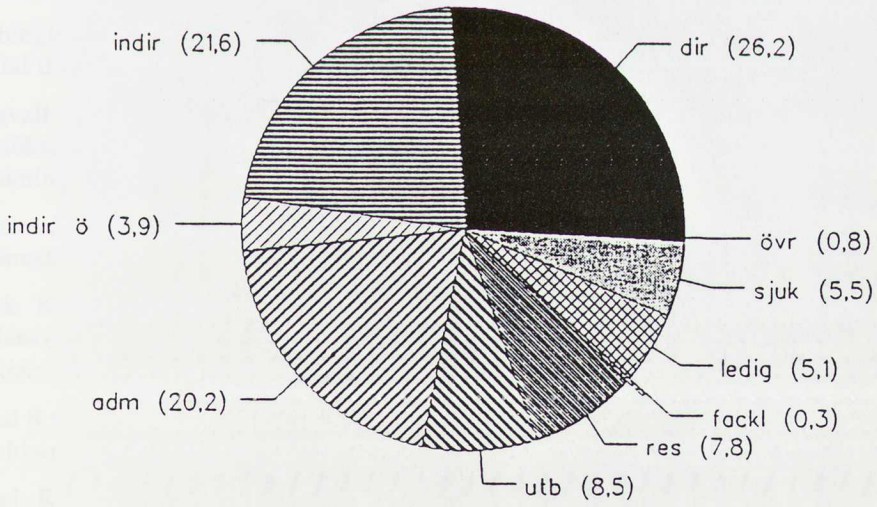
Kliniken i sin helhet



ÖVRIG TID PER YRKESKATEGORI %



Kliniken i sin helhet



Bilaga 7

Referenser

Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1990.

Astrup C. The Berlevåg project from 1939 throught 1976. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):79–84.

Axelsson M. Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. Anhörigas situation och relationer till den psykiatriska vården. Nord Psykiatr Tidskr 1989; 43:357–364.

Baasher T A, Cooper J E, Davidian H, Jablensky A, Sartorius N, Strömgren E. Epidemiology and mental health services: principles and applications in developing countries. Acta Psychiatr Scand 1982;65 (suppl 296).

Babigian H M, Reed S K. Epidemiology of psychiatric disorders. Current Opinion in Psychiatry 1989;2:261–266.

Babigian H M, Reed S K. Epidemiology of psychiatric disorders. Current Opinion in Psychiatry 1990;3:247–251.

Babigian H M, Schizophrenia: epidemiology. In: Freedman AMHJ Kaplan & Bj Sodick: Comprehensive textbock of psychiatry Baltimore: Williams & Wilkins, 1975 vol 1.

Bebbington P, Hurry J, Tennant C. Sturt E, Wing J K. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. Psychological Med 1981;11:561–579.

Bergvall M, Byström B. Två år senare: en uppföljning av en grupp joursökande vid Ulleråkers sjukhus. Uppsala: Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, 1980.

Beskow J m.fl. Självmord i Sverige. Medicinska Forskningsrådet (MFR. I manuskript.

Björk K. Psykiatriska vårdbehov. En epidemiologisk studie av en mellansvensk befolkning. Karolinska institutets Socialmedicinska och psykiatriska institutioner, Stockholm, 1977.

Bland R C. Investigations of the prevalence of psychiatric disorders. Acta Psychiatr Scand 1988;77(suppl 338):7–16.

Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988;77(suppl 338):33–42.

Bland RC, Orn H, Hweman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988;77(supp 338):24–32.

Blazer D, Swartz M, Woodbury M, Manton K G, Hughes D, George L K. Depressive symtoms and depressive diagnoses in a community population. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1078–1084.

Borgå P m.fl. A total population with long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm County – social conditions. I manuskript, 1991.

Borgå P, Widerlöv B, Cullberg J, Stefansson C-G. Patterns of care among people with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm county. Acta Psychiatr Scand 1991;83:223–233.

Boyd J H, Rae D S, Thompson J W, Burns B J, Bourdon K, Locke B Z, Regier D A. Phobia: prevalence and risk factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990;25:314–323.

Brown G W, Davidson S, Harris T, Maclean U, Pollock S, Prudo R. Psychiatric disorder in London and North Uist. Soc Sci Med 1977;11:367–377.

Brown G W, Harris T. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. New York: The Free Press, 1978.

B∩jholm S, Strömgren E. Prevalence of schizophrenia on the island of Bornholm in 1935 and in 1983. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):157–166.

Candefjord I-L. Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. De psykiatriska patienternas upplevelse av tvångsvård. Nord Psykiatr Tidskr 1989; 43:353–356.

Carlsson A M, Svanborg P. Uppföljning av verksamheten vid en sektorspsykiatrisk öppenvårdsmottagning: DSM-III diagnostik som hjälpmedel. Nord Psykiatr Tidskr 1991;45:277–285.

Cohen N L, Putman J F, Sullivan A M. The mentally ill homeless: Isolation and adaptation. Hosp Community Psychiatry 1984;35:922–924.

Cooper B. Psychiatric epidemiology. London & Sydney: Croom Helm, 1987.

Cullberg J, Stefansson C-G, Wennersten E. Psychiatry in young low status dwelling areas. Psychiatry Soc Sci 1981;1:117–123.

Cullberg J, Wasserman D, Stefansson C-G. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. Acta Psychiatr Scand 1988;77:598–603.

Cullberg J. Recovered versus nonrecovered schizophrenic patients among those who have had intensive psychotherapy. Acta Psychiatr Scand 1991;84:242–245.

Dalgard O S. Bomilj∩ og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.

Dilling H, Weyerer S, Fichter M. The upper bavarian studies. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):113–140.

Dilling H, Weyerer S. Prevalence of mental disorders in the small-town – rural region of Traunstein (Upper Bavaria). Acta Psychiatr Scand 1984;69:60–79.

Dohrenwend B P, Dohrenwend B S. Social status and psychological disorder: A causal inquiry. New York, London, Sydney, Toronto: John Wiley & Sons, 1969.

Dupont A. 140 years of Danish studies on the prevalence of mental retardation. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):105–112.

Dyck R J, Bland R C, Newman S C, Orn H. Suicide attempts and psychiatric disorders in Emonton. Acta Psychiatr Scand 1988;77 (suppl 338):64–71.

Eagles J M. Is schizophrenia disappearing? Br J Psychiatry 1991;158:834–835.

Eagles J M. Whalley L J. Decline in the diagnosis of schizophrenia among first admissions to Scottish mental hospitals from 1969–1978. Br J Psychiatry 1985;146:151–154.

Eaton W W, Kramer M, Anthony J C et al. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH epidemiologic catchment area program. Acta Psychiatr Scand 1989;79:163–178.

Eaton W W, Regier D A, Locke B Z, Taube C A. The epidemiologic catchment area program of the national institute of mental health. Public Health Reports 1981;96:319–325.

Eaton W. Epidemiology of schizophrenia. Epidemiologic Reviews 1985;7:105–126.

Editorial. Psychiatric epidemiology counts. Arch Gen Psychiatry 1984;41:931–933.

Eriksson K. Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. Den psykiatriska sjukdomsbilden hos tvångsvårdade. Nord Psykiatr Tidskr 1989; 43:125–129.

Erikson R, Åberg R (red). Välfärd i förändring. Levnadsvillkor i Sverige 1968–1981. Stockholm: Prisma och Institutet för social forskning, 1984.

Essen-Möller E. Individual traits and morbidity in a swedish rural population. Acta Psychiatr et Neurologica Scand 1956;(suppl 100).

Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London, New York: Tavistock Publications, 1980.

Hagnell O, Essen-Möller E, Lanke J, Öjesjö L, Rorsman B. The incidence of mental illness over a quarter of century. The Lundby longitudinal study of mental illnesses in a total population based on 42 000 observation years. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1990.

Hagnell O. A prospective study of the incidence of mental disorder. Stockholm: Svenska bokförlaget, 1966.

Hagnell O. Mental disorder in the welfare state – Sweden. A prospective longitudinal psychiatric-epidemiological study of a total population over 25 years, 1947–1972. The Lundby study. Am J Soc Psychiatry 1986;VI, 4:230–248.

Hagnell O. Repeated incidence and prevalence studies of mental disorders in a total population followed during 25 years. The Lundby study, Sweden. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):61–78.

Halldin J. Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden with a follow up of mortality. Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Kronan Health Centre, Sundbyberg, 1984.

Hammarström A. Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning. Karolinska Institutet, Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin. Stockholm 1986.

Helgason T, Magnusson H. The first 80 years of life. A psychiatric epidemiological study. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):85–94.

Helgason T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1964;40(suppl 173).

Hemström Ö, Stefansson C-G. Psykisk ohälsa bland primärvårdspatienter: en demografisk och social beskrivning. Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling, Stockholms läns landsting, 1991:3.

Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne D G, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. Acta Psychiatr Scand 1979;60:355–374.

Hällström T. Point prevalence of major depressive disorder in a Swedish urban female population. Acta Psychiatr Scand 1984;69:52–59.

Iversen L, Klausen H. Alcohol consumption among laid-off workers before and after closure of a Danish ship-yard: a 2-year follow-up study. Soc Sci Med 1986;22:107–109.

Jablensky A. Epidemiology and cross-cultural aspects of schizophrenia. Psychiatric Annals 1989;19:516–524.

Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: a European perspective. Schizophr Bull 1986;1:52–73.

Janlert U. Work deprivation and health. Consequences of job loss and unemployment. Socialmedicinska institutionen, Kronan, Sundbyberg. Akademisk avhandling, 1991.

Javanainen M. Convergence of life styles and sex ratio in suicide mortality in Finland. University of Helsinki. Department of Sociology, Helsinki, 1989.

Jones R E. Street people and psychiatry: An introduction. Hosp Community Psychiatry 1983;34:807–811.

Jorm A F, Korten A E, Henderson A S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76:465–479.

Kebbon L, Hultman C, Kajandi M. Öppen psykiatri: Princip och praktik. Projekt Öppen Psykiatri. Institutionen för Psykiatri, Uppsala 1985.

Keller M B, Baker L A. Bipolar disorder: epidemiology, course, diagnosis, and treatment. Bull of Menninger Clinic 1991;55:172–181.

Kjellin et al. Genomgående mörk bild av psykiatrisk slutenvård. Reformer nödvändiga efter patient- och anhörigkritik. Läkartidningen 1988 Vol 85 Nr 51.

Kjellin L, Westrin C-G. Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. Erfarenheter och attityder hos samverkande vårdgivare. Nord Psykiatr Tidskr 1989; 43:369–373.

Kreitman N, Carstairs V, Duffy J. The association of age and social class with suicide among men in Great Britain. In press.

Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen E, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, Aromaa A. Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand 1990;81:426–431.

Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand 1990;81:418–425.

Lehtinen V, Joukamaa M. Mental disorders in a sample representative of the whole finnish adult population. In: Cooper B, ed. Psychiatric epidemiology, progress and prospects. London: Croom Helm 1987:43–54.

Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Väisänen E. The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adult population cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990;25:187–192.

Lehtinen V, Väisänen E. Epidemiology of psychiatric disorders in Finland. A five-year follow up. Soc Psychiatry 1981;16:171–180.

Lehtinen V. Epidemiology of chronic mental disability – are we meeting the needs? In "Cronic Mental Disability - A Challenge to Health Care", University of Jyväskylä universitet.

Lehtinen V. Schizofrenins epidemiologi. Nord Med 1987;102:112–113.

Lin T-y, Chu H-m, Rin H. Hsu C-c, Yeh E-K, Chen C-c. Effects of social change on mental disordes in Taiwan: observations based on a 15-year follow-up survey of general populations in three communities. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):11–34.

McCreadie R G. The Nithsdale schizophrenia survey: I. Psychiatric and social handicaps. Br J Psychiat 1982;140:582–586.

Munk-JΩrgensen P. Why has the incidence of schizophrenia in Danisk psychiatric institutions decreased since 1970? Acta Psychiatr Scand 1987;75:62–68.

Murphy J M, Leighton A H. Repeated investigations of prevalence: the stirling county study. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):45–60.

Murphy J M, Oliver D C, Monson R R, Sobol A M, Federman E B, Leighton A H. Depression and anxiety in relation to social status. Arch Gen Psychiatry 1991;48:223–229.

Murphy J M, Sobol A M, Oliver D C, Monson R R, Leighton A H, Pratt L A. Prodromes of depression and anziety. The stirling county study. Br J Psychiatry 1989;155:490–495.

Murphy J M. Depression in the community: findings from the stirling county study. Can J Psychiatry 1990;35:390–396.

Murphy J M. Trends in depression and anxiety: men and women. Acta Psychiatr Scand 1986;73:113–127.

Myers J K, Weissman M M, Tischler G L et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen Psychiatry 1984;41:959–967.

Mäkinen I. Självmord i Stockholm – en ekologisk beskrivning och analys. Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling, stencil 1990.

Mäkinen I. Självmordens geografiska variationer i Stockholm. Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling. Nacka, 1990 (stencil).

Nielsen J A, Nielsen J. Prevalence investigation of mental illness in the aged in 1961, 1972 and 1977 in a geographically delimited Danish population group. Acta Psychiatr Scand 1989;79(supple 348):95–104.

Norström T. Alcohol and suicide in Scandinavia. Br J Addict 1988;83: 553–559.

Norström T. Självmord: betydelsen av alkoholmissbruk och arbetslöshet. (Suicide: The importance of alcohol abuse and unemployment). Socialmedicinsk tidskrift 1990;8:422–423.

Nuallain M N, O'Hare A, Walsh D. The prevalence of schizophrenia in three counties in Ireland. Acta Psychiatr Scand 1990;82:136–140.

Orn H, Newman SC, Bland RC. Design and field methods of the Edmonton survey of psychiatric disorders. Acta Psychiatr Scand 1988;77(suppl 338):17–23.

Regier D A, Boyd J H, Burke J D et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1988;45: 977–986.

Regier D A, Myers J K, Kramer M et al. The NIMH epidemiologic catchment area program. Arch Gen Psychiatry 1984;41:934–941.

Regier D A, Narrow W E, Rae D S. The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area (ECA) experience. J Psychiat Res 1990;24:3–14.

Robins L N, Helzer J E, Weissman M M et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984;41:949–958.

Roswall I. Vad tycker patienterna om den nya psykiatrin?: en undersökning av patienttillfredsställelse vid två sektoriserade vårdlag i Uppsala län. Uppsala: Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, 1983.

Salum I, Wetterberg L. Patientenkät vid en psykiatrisk klinik. Nord Psykiatr Tidskr 1983; 37:321–329.

Sartorius N, Nielsen J A, Strömgren. Förord. Chapter 1. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):5–6.

Schatzberg A F, Overview of anxiety disorders: prevalence, biology, course, and treatment. J Clin Psychiatry 1991;52:5–9.

Socialstyrelsen. Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård. Socialstyrelsen anser 1980:2.

Socialstyrelsen. Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus. Socialstyrelsen redovisar 1982:8.

Socialstyrelsen. Vårdorganisation och vårdutnyttjande inom psykiatrin. En analys med tillämpning på Västmanlands och Uppsala läns sjukvårdsområden. Socialstyrelsen redovisar 1984:6.

Socialstyrelsen. Personal för 90-talets psykiatriska vård. Huvudrapport.

Socialstyrelsen redovisar 1985:8. Expertrapporter.

Socialstyrelsen redovisar 1985:9.

Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning. Stockholm: Liber 1986.

Socialstyrelsen. Psykiatri i utveckling -mot öppnare vårdformer och ökad samverkan. Socialstyrelsen PM 1988:21.

Socialstyrelsen. Psykoterapi vid psykos. Behandling Utbildning Utvärdering SoS-rapport 1989:3.

Socialstyrelsen. Psykoterapins effekter vid psykos. En forskningsöversikt. SoS-rapport 1989:4.

Socialstyrelsen. De glömda narkotikamissbrukarna. Vård och behandling av narkotikamissbrukare med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning. SoS-rapport 1989:33.

Socialstyrelsen. Beroendeframkallande psykofarmaka. Att behandla och förebygga beroende och missbruk. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7.

Socialstyrelsen. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:8.

Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1991. SoS-rapport 1991:11.

Socialstyrelsen. Sjukhem och enskilda vårdhem för psykiskt sjuka. En utvärdering. SoS-rapport 1991:23.

Sommervell P D, Leaf P J, Weissman M M, Blazer D G, Livingstone Bruce M L. Am J Epidemiology 1989;130:725–735.

Spri. Psykiatrin under LUPP. Lokal Uppföljning/utvärdering av Praktisk Psykiatri. Spri rapport 251. 1988.

Spri. Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar. Spri rapport 321. 1991.

Srole L, Fischer A K. Changing lives and well-being: the Midtown Manhattan panel study, 1954-1976. Acta Psychiatr Scand 1989;79 (suppl 348):35–44.

Statens handikappråd. Flerhandikappade inom den psykiatriska vården. Slutrapport från projektet 1986–89. 1990.

Stefansson C-G, Cullberg J, Lindelius R. Den psykiatriska slutenvården - en mätare på sektorspsykiatrins utveckling. Läkartidningen 1987;84: 4331–4334.

Stefansson C-G, Cullberg J, Steinholtz Ekecrantz L. From community mental health services to specialized psychiatry: the effects of a change in policy on patient accessibility and care utilization. Acta Psychiatr Scand 1990;82:157–164.

Stefansson C-G, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. Accepterad för publikation i Soc Psychiatr Soc Epidemiol, 1991.

Stefansson C-G, Wicks S. Självmord i sociala och demografiska grupper i Sverige 1960-1985. Medicinska forskningsrådet (i manuskript).

Stefansson C-G. Is morbidity a predictor of both long-term unemployment and mortality? (I manuskript).

Stefansson C-G. Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980–1986. Soc Sci Med 1991;32:419–423.

Stefansson C-G. Lång väg kvar innan psykiatriplanens intentioner om nya vårdformer för schizofrena förverkligas. Läkartidningen 1991;88: 2304–2306.

Stefansson C-G. Yrke och självmord i Sverige 1961–1965, 1971–1985 samt 1976–1979. I Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Bilagedel F. Arbetsmiljökommissionen, 1989.

Stein L I, Test M A. Alternative to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatry 1980;37:392–397.

Stockholms läns landsting. Principplan för den psykiatriska slutenvården - en slutrapport. Stockholm, 1984 (stencil).

Strömgren E. Changes in the incidence of schizophrenia? The fiftyninth Maudsley Lecture delivered before the Royal College of Psychiatrists, 15 november 1985. Br J Psychiatry 1987;150:1–7.

Strömgren E. Nielsen J A, Sartorius N. Discussion. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):167–178.

Strömgren E. Psychiatric epidemiology scope and principles. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):7–10.

Swanson J W, Holzer C E, Ganju V K Jono R T. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. Hosp Community Psychiatry 1990;41:761–770.

Thomas L E, McCabe E, Berry J E. Unemployment and family stress: a reassessment Family Relat 1980;29:517–524.

Tienari P, Lahti I, Sorri A, Naarala M, Moring J, Wahlberg K-E. The finnish adoptive family study of schizophrenia. Possible joint effects of genetic vulnerability and family environment. Br J Psychiatry 1989;155 (suppl 5):29–32.

Voorhees D J, Rosen D H, Suzman R M, Caetano R. Shetland: psychiatric symptoms and alcohol consumption in a community undergoing socioeconomic development. Acta Psychiatr Scand 1989;79(suppl 348):141–156.

Väisänen E. Psychiatric disorders in Finland. Acta Psychiatr Scand 1975;(suppl 263):22–23.

Wallerstedt S, Kristensson-Aas A, Sandström J, Westin J. Var fjärde inlagd man alkoholmissbrukare. Läkartidn. 1986;83:1670–9.

Wasserman D. Decreasing suicide rates in Stockholm county, Sweden. Nord Psykiatr Tidsskr 1990;44:457–462.

Weissman M M, Klerman G L. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977;34:98–111.

Weissman M M, Myers J K, Harding P S. Psyciatric disorders in a U.S. urban community: 1975–1976. Am J Psychiatry 1978;135:459–462.

1992-05-22
STOCKHOLM

Weissman M M, Myers J K, Tischler G L, Holzer C E, Leaf P J, Orvaschel H, Brody J A. Psychiatric disordes (DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a U.S. urban community. Acta Psychiatr Scand 1985;71:366–379.

Weissman M M, Myers J K. Psychiatric disorders in a U.S. community. The application of research diagnostic criteria to a resurveyed community sample. Acta Psychiatr Scand 1980;62:99–111.

Weller M. Britain blazing a well-worn trail. Hosp Community Psychiatry 1990;41:239.

Westcott G, Svensson P-G, Zöllner H F K. Health policy implications of unemployment. World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen, 1985.

Widerlöv B, Borgå P, Cullberg J, Stefansson C-G. Epidemiology of long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm County. Acta Psychiatr Scand 1989;80:40–46.

Ågren G. Alcohol-related mortality in relation to social factors in the county of Stockholm and in the whole of Sweden. Avhandling. Karolinska Institutet, Sundbyberg, 1989.

Öjesjö L. On the probability of change over time. Incidence calculations of mental disorder in the Lundby general population cohort, Sweden. In: Sørensen T, Abrahamsen P, Torgersen S. Psychiatric disorders in the social domain. Contributions to a scientific basis for understanding and action. Oslo: Norwegian University Press, 1991.

Östman O, Serning J. Sjukhusvård av psykiskt långtidssjuka på väg att upphöra. Nord Psykiatr Tidskrift 1987; 41:261–268.

KUNGL. BIBL.
1992-05-22
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt störda situation i kommunerna –en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatrin i Norden –ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
   – Motiv. Del 1.
   – Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmium i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program.Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. S.

KUNGL. BIBL.
1992-05-22
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Bundna aktier. [13]
EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]

Socialdepartementet

Psykiskt störda situation i kommunerna
–en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
Psykiatrin i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
Kroppen efter döden. [16]
Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]
Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]
Bostadsstöd till pensionärer. [21]
Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]
Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]
Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]

Kommunikationsdepartementet

Nya Inlandsbanan. [32]

Finansdepartementet

Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]
Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
Fastighetsskatt. [11]
Långtidsutredningen 1992. [19]
Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. [23]
Avreglerad bostadsmarknad. [24]
Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]
Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]

Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]
Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]
Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]
Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. [31]
Radio och TV i ett. [36]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]
Årsarbetstid. [27]

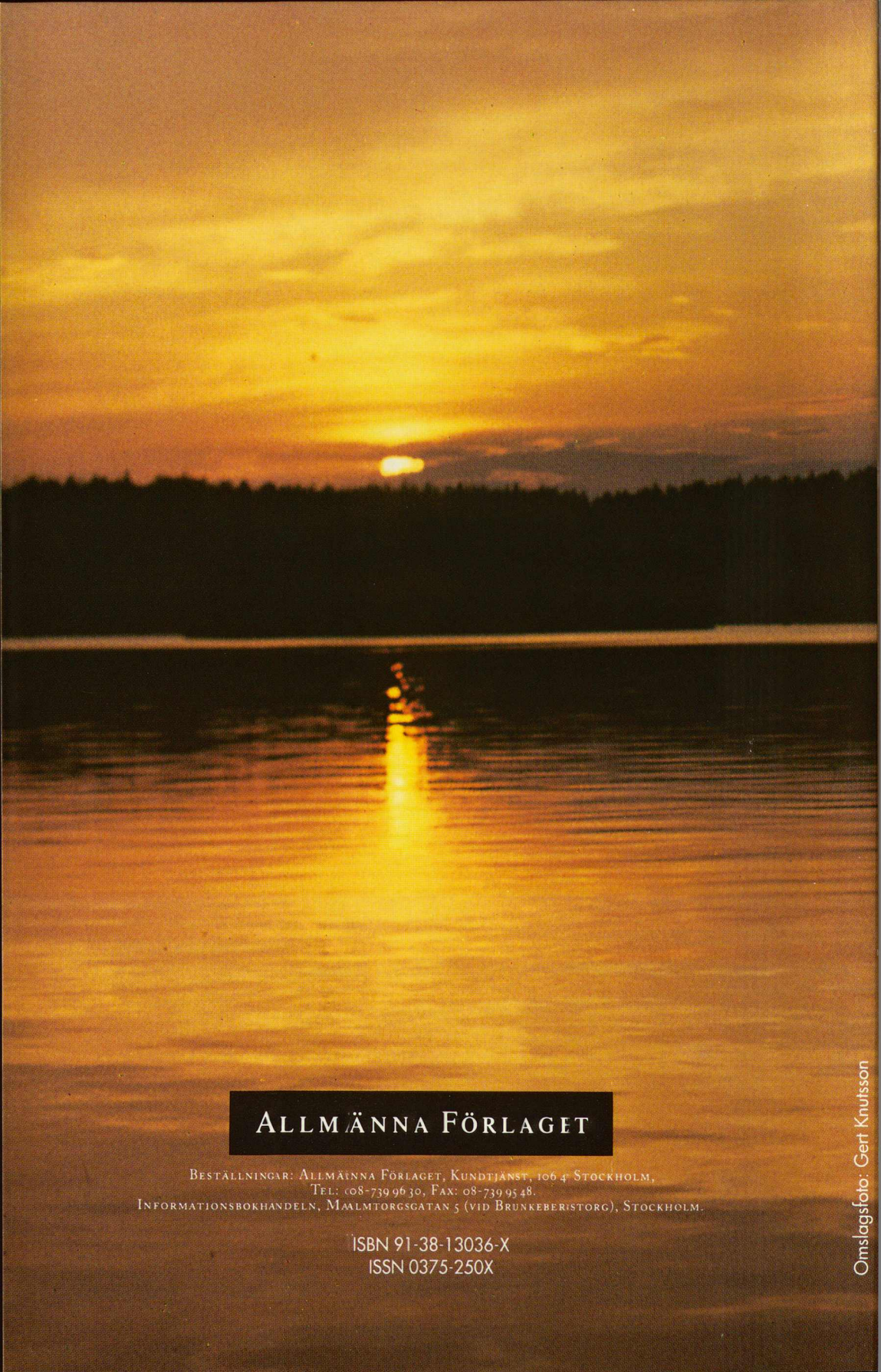
Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]
Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? [33]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]
Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]
Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. [35]

KUNGL. BIBL.
1992 -05- 22
STOCKHOLM



ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.
INFORMATIONSBOKHANDELN, MÄLMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.

ISBN 91-38-13036-X
ISSN 0375-250X

Omslagsfoto: Gert Knutsson