

Psykiskt störda får bristfällig somatisk vård

Psykiatri och primärvård bör dela ansvaret

Människor med psykisk störning är sårbara då de själva inte alltid lyfter fram sina vårdbehov. De har en högre sjuklighet än människor i allmänhet och uteblir eller kommer sent till medicinsk utredning och behandling. Människor med psykisk störning har flera somatiska sjukdomar och mera problem med syn, hörsel och tandhälsa än vad som förekommer normalt. Det finns brister i kommunikationen mellan psykiatrin och primärvårdens företrädare. Vi förordar därför regelbundna kontakter mellan psykiskt störda och företrädare för första linjens sjukvård.

Samverkan mellan primärvård och sjukhuskliniker, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling beträffande psykiskt störda uppvisar i dagsläget en hel del brister, vilket »Psykiatriutredningen» [1] och propositionen »Psykiskt stördas villkor» [2] pekat på. Liknande villkor gäller för hela gruppen som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade [3]. Alla personer som omfattas av lagen är inte kända av dem som arbetar med rehabiliterings-/habiliteringsverksamheten. Brister i välfärden hos denna grupp är också dokumenterade. Sammantaget borde det finnas åtskilligt att vinna på ett mera utvecklat samarbete mellan primärvården och övriga rehabiliterings-/habiliteringsansvariga inklusive anhöriga och intresseföreningar.

Psykiatriutredningen pekar också på betydelsen av primärvårdens första-

handsansvar för befolkningens hälsa. Detta ger möjlighet att tidigt upptäcka psykisk störning och att genom regelbundna kontakter med patienten skapa förutsättningar för att positivt påverka sjukdomsförlopp såväl psykiskt som fysiskt.

Studie för att beskriva vårdbehov hos psykiskt sjuka

Syftet med undersökningen är att beskriva omfattning och vårdbehov hos en grupp psykiskt störda boende i Robertsfors kommun, Västerbotten, samtidigt som gruppens livsvillkor beskrivs och olika möjligheter till förbättringar genom uppsökande verksamhet, samordning och stöd diskuteras.

Studien pågick integrerad i vården under åren 1994–96 och finansierades via landstingets stimulansbidrag för habilitering/rehabilitering. Projektet påbörjades med utformning av inventeringsformulär i samarbete med psykiatriska kliniken, Umeå, samtidigt som kartläggning och identifiering av gruppen inleddes.

Sammanlagt innebar arbetet cirka tre månaders heltidsarbete för distriktssköterska och läkarsekreterare tillsammans samt cirka tre månaders heltidsarbete för distriktsläkare. Kartläggning och identifiering av gruppen skedde i första hand via genomgång av husläkarregistret för kommunen, och i andra hand via uppgifter från socialtjänstens och psykiatriska kliniken register i »Trappanprojektet» samt uppgifter från försäkringskassans pensionsregister. »Trappanprojektet» syftade till att kartlägga samtliga psykiskt störda inom länet, även personer över 65 år. Identifieringen byggde också på distriktssköterskornas områdeskännedom och den kännedom om patienter som vårdpersonalen fått i sitt dagliga arbete och i sina kontakter med socialtjänsten och psykiatrin. Uppgifter hämtades även ur vårdcentralens egna journaler och genom anamnesupptagning i samband med läkarundersökningens hälsokontroll.

Intervjuundersökning utfördes av distriktssköterska

Inventeringsformuläret utformades med det frågeformulär som användes

vid rehabsektionen, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, NUS, som grund och genom att komplettera med frågor angående primärvårdskontakter m m. Dessa frågor motsvarade de frågor som ställts vad gällde psykiatriska kontakter. Formuläret som användes kartlade bakgrundsdata, boende, ADL-förmåga, ekonomi, arbete/sysselsättning, vanor en vanlig dag, socialt nätverk och vårdkontakter inom psykiatrin respektive primärvården samt intervjuarens och patientens uppfattning om vård. Detta låg till grund för distriktssköterskans intervjuer, som resulterade i en beskrivning av tidigare kontakter med vården och gruppens sociala behov. För studiens enkät del engagerades en distriktssköterska med speciellt intresse för arbete med psykiskt störda personer. Samtliga intervjuer utfördes av denna distriktssköterska utom en intervju, vilket berodde på att denna person vistades på sjukhem och hade speciell kontaktperson. Samtliga i gruppen erbjöds läkarundersökning som hälsokontroll för att kartlägga somatiskt status inklusive tandhälsa, syn och hörsel samt bruk och missbruk.

Läkarundersökningen, som utfördes av en av författarna (GS), resulterade också i en medicinsk och psykiatrisk klassifikation enligt gängse diagnoser [4]. Deltagande i projektet var frivilligt, och patienterna underrättades såväl skriftligt som muntligt om detta.

Psykiskt störda personer var deltagare

Målgruppen var psykiskt störda personer, som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och mantalsskrivna i Robertsfors kommun 31 december 1996 samt var mellan 18 och 65 år. En preliminär inventering visade att 131 personer mellan 18 och 65 år i kommunen hade behov av stöd och service enligt LSS.

I gruppen psykiskt störda och med psykiatrisk diagnos inkluderades 58 personer, 29 män och 29 kvinnor. Av dessa önskade sex män och sex kvinnor inte delta i hela inventeringen och tre män kunde inte nås på grund av vistelse inom slutna psykiatriska vård. Bortfallet var därför 25 procent för de personliga

Författare

GUNVOR STRÖMBERG

distriktsläkare, Robertsfors vårdcentral

GÖRAN WESTMAN

docent, allmänmedicinska institutionen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Tabell I. Aktuella diagnoser enligt tillgängliga journaler.

	Män	Kvinnor
Schizofreni	13	8
Affektiv psykos	1	6
Depression	5	4
Neuros	3	7
Borderline	1	1
Personlighetsstörning	5	3
Neurasteni	1	
Totalt	29	29

intervjuerna, men data kunde hämtas från uppgifter ur patientjournaler då patienten tidigare varit i kontakt med primärvården eller enbart önskade delta i den somatiska undersökningen (två patienter). I gruppen ingick två personer med utvecklingsstörning samt psykiatrisk diagnos.

Deltagarnas ålder vid intervjutillfället varierade mellan 20 och 65 år, medianålder för män 46 år och för kvinnor 49 år. Männens medelålder var 48 år och kvinnornas 46 år. De flesta deltagarna var ogifta eller skilda vid intervjutillfället, totalt 15 män och 15 kvinnor, medan fem män och åtta kvinnor var gifta eller levde i samboendeförhållanden.

Få tidigare kontakter med vården

Tidigare journal från primärvården saknades eller var äldre än tio år för ca 19 procent av deltagarna (elva personer), men alla som intervjuades genomgick också läkarundersökning, varför journal fanns tillgänglig för alla som läkarundersöktes.

Det stora flertalet var nöjda med befintliga kontakter, men ett fåtal personer (sex stycken) önskade utökade kontakter med kurator, distriktssköterska, socialkontoret, intresseorganisation eller stöd på annat sätt.

Majoriteten av personerna i gruppen hade aldrig sjukhusvårdats för somatisk sjukdom, och de övriga (14 personer) hade få inläggningstillfällen inom slutenvård.

Vid intervjutillfället fanns tillgång till journalanteckningar från psykiatri för elva personer medan det för det stora flertalet (32 personer) saknades dylika journalanteckningar.

Under de senaste 15 åren hade tolv personer varit inskrivna i slutenvård psykiatrisk vård medan 31 personer aldrig varit inskrivna. Ett fåtal personer hade under den senaste tvåårsperioden varit inlagda inom psykiatri.

I regel hade man mycket diffusa begrepp om när man varit i kontakt med psykiatri, eller också förnekade man kontakter vid intervjutillfället. De flesta hade inte haft några kontakter med

öppenvården inom psykiatri, och pågående kontakter var med öppenvårds-team, sjukgymnast, dagcenter, försäkringskassa, hemtjänst, god man eller intresseorganisationer. Majoriteten hade inte några pågående kontakter eller stöd via psykiatri. Samtliga önskade inte utökade kontakter och ansåg inte heller att kontakter behövdes. Liknande fynd rapporteras från olika folkhälsoutredningar [5, 6].

Medicinsk och psykiatrisk klassifikation gjordes

Varje person hade endast en psykiatrisk diagnos, vilka redovisas i Tabell I. Förhållandevis många hade en allvarlig psykisk störning med relativt tung mediciner, och sju personer hade flera mediciner. Däremot använde åtta personer inga mediciner mot psykiska sjukdomar eller besvär. Någon form av neuroleptika användes av 16 personer, bensodiazepiner av tolv personer, antidepressiva av tolv personer, litium av fyra personer, ångstdämpande av två personer och antabus av en person. I genomsnitt hade de i gruppen som använde mediciner mot psykiska sjukdomar eller besvär endast ett medel.

I Tabell II redovisas gruppens olika somatiska sjukdomar. Personerna hade en eller flera sjukdomar som komplicerade deras psykiska besvär.

Via distriktssköterskans intervju kartlades gruppens behov av sociala insatser för att förbättra deras livsvillkor genom insatser i form av boendekollektiv, gruppboende, motivation för sysselsättning, ekonomisk rådgivning och kontakt med distriktssköterska. Behov av sociala insatser enligt ovan önskades av totalt sju män och fyra kvinnor.

Alla läkarundersöktes i primärvården

Alla intervjuade genomgick läkarundersökning med utförlig anamnes,

Tabell II. Medicinska diagnoser vid hälsokontroll.

	Antal personer
Hjärt-kärlsjukdom	17
Rygginsufficiens m m	16
Endokrina sjukdomar	11
Mag-tarmsjukdom	7
Neurologiska sjukdomar	5
Urinvägssjukdomar	5
Hudsjukdomar	4
Astma eller KOL	3
Status post canceroperation	1
Reumatiska sjukdomar	1
Tinnitus	1
Ögonsjukdomar	1
Anemi	1
Totalt	73

Tabell III. Åtgärder vidtagna i samband med hälsokontroll.

	Antal åtgärder
Remiss till tandläkare	18
Remiss till lokala rehabiliterings-team, sjukgymnast eller kurator	8
Uppföljning av diabetes eller initiering av antidiabetesmedicinering	7
Uppföljning av hypertoni eller initiering av hypertoni-medicinering	6
Remiss till medicin-, reumatisk, kirurg- eller urologisk klinik	5
Remiss till ögonklinik eller optiker	5
Initiering av medicinering mot somatiska besvär	4
Uppföljning av hypotyreoos	2
Remiss till öronklinik	2
Utökad hjälp i hemmet	2
Sjukskrivning	2
Initiering av medicinering mot psykiska besvär	2
Totalt	63*

* Antalet åtgärder varierar från 0 till 3 per person.

vilket medförde åtgärder enligt Tabell III. Läkarundersökningen resulterade även i två nyupptäckta diabetiker, fyra nyupptäckta hypertoniker och en nyupptäckt hypertyreoos.

I gruppen var sex personer storrökare, dvs rökte mer än ett paket cigaretter per dag eller kombinerade cigarettökning med snus i inte ringa mängd (mer än fem dosor snus per vecka). Rökte mindre än ett paket eller använde måttlig mängd snus per dag gjorde 15 personer medan övriga som läkarundersöktes inte brukade tobak. Missbruk av alkohol förekom hos fyra personer, och tio personer angav att de var måttlighetsbrukare, och en person missbrukade tabletter. Hos fem personer hade bruk av narkotika noterats. Någon form av allergi förekom hos 15 personer.

Vad gäller tandhälsa saknade en person protes, och fyra personer hade protes med dåligt sanerade tänder medan två personer hade protes och tandhälsa som var dålig. Totalt sett hade en stor del av de undersökta, dvs 15 personer, protes. Av dem som enbart hade egna tänder hade åtta personer mycket dålig tandhälsa (tandlossning, karies och/eller avsaknad av mer än två tänder) och tre personer dålig tandhälsa (karies och avsaknad av en eller två tänder). Övriga hade god eller acceptabel tandhälsa.

Hos två personer var synen starkt nedsatt, hos två personer nedsatt och nio personer ombads ta kontakt med optiker för att kontrollera sin syn och sina glasögon. Övriga undersökta hade fullgod eller acceptabel syn.

Mycket dålig hörsel noterades hos

en person och dålig hörsel hos fem personer medan tolv personers hörsel inte var helt acceptabel. Övriga hörde fullgott eller acceptabelt.

Många brister uppvisades

Den systematiska uppföljningen genom enkät och läkarundersökning av patienterna i gruppen visade att det fanns brister i vården av psykiskt störda, inte minst vad beträffar somatiska besvär och sjukdomar [1]. Gruppen som sådan uppvisade en större sjuklighet än normalpopulationen. Ohälsotalet i Robertfors under 1995 var 45,3 dagar och under 1996 42,2 dagar, vilket är ett relativt lågt tal jämfört med gruppens vars ohälsotal var mer än sex gånger högre inkluderande enbart förtidspensionsdagar. I »Västerbottensprojektet» som bland annat klartlägger folkhälsan i länet, angav 25 procent av befolkningen i Robertfors år 1994 att man hade ett mycket gott hälsotillstånd. Däremot var det endast 8 procent av dem som genomgick läkarundersökning i gruppen som saknade komplicerande somatisk diagnos. Studien bekräftade också att kommunikationen mellan primärvård och psykiatri skulle kunna förbättras, vilket indikerats av rapporter i litteraturen [5-7].

Enkäten visade också på brister i boende och sysselsättning samt socialt nätverk, ekonomi och ADL-förmåga [7]. I regel upplevde de personer som deltagit i studien kontakten positivt och uttryckte tillfredsställelse över att bli kallade till undersökning och därigenom uppmärksammade. Inte minst kontakten med distriktssköterskan upplevdes positiv, och många tycktes på så sätt ha lärt känna en person som man kunde vända sig till, vilket skett i flera fall.

Av studien framgick att de största insatserna för personer med psykisk störning borde göras i form av en grundlig somatisk undersökning. I vårt fall resulterade det i nyupptäckta kroniska sjukdomar samt remisser till olika instanser, sammanlagt 63 åtgärder på grund av olika sjukdomar och besvär, nedsatt syn och hörsel samt dålig tandhälsa [1].

Personlig kännedom underlättade

Enkäten utgjordes av frågor som inberar svar i form av olika på förhand utarbetade alternativ, varför svaren blev enhetliga och kunde bearbetas i form av stapeldiagram. Distriktssköterskan hade personlig kännedom om alla patienter, och eventuell personlig kännedom påverkade hennes bedömning på ett likartat sätt i alla intervjuer.

Orsaken till att så många journaler saknades från psykiatriska kontakter bedömdes i de flesta fall vara att man från psykiatriens sida ansett att journal

inte borde skickas till primärvården på grund av sekretess eller att den information som gått till distriktssköterskan varit tillräcklig för adekvat uppföljning.

Gruppen psykiskt störda är en mycket heterogen grupp och något svårmotiverad att delta i en studie. Tack vare distriktssköterskornas lokala kännedom om befolkningen i kommunen gick inventeringen relativt lätt att genomföra, och genom att man tog kontakt med personerna i gruppen på ett varligt sätt tackade endast 21 procent av dem som kunnat tillfrågas direkt nej till intervju.

Acceptabelt bortfall

Av dem som inte önskade delta i studien utgjordes de flesta, dvs sju personer, av yngre personer i åldern 27-42 år och med lättare psykiatrisk diagnos. Dessa personer ansåg också att man hade tillräcklig hjälp och stöd för att tillfredsställa klara sin livssituation. Bortfallet av dessa visade på en svår fångad undergrupp vars behov inte är kända. För de personer som inte kunnat nås på grund av vistelse inom slutna psykiatrisk vård hade studien ringa betydelse då personerna bedömts inte kunna skrivas ut till kommunen inom överskådlig framtid.

Bortfallet av ytterligare fem personer inom gruppen utgjorde ca 11,6 procent, vilket bedömts som acceptabelt beträffande signifikans av studien. Den metod för inventering som användes bedömdes vara så nära heltäckande som möjligt, men en till två personer kan i alla fall ha missats vid vår kartläggning.

Psykiatri och primärvård måste samverka

Gruppens sammansatta sjuklighet pekar på att vårdansvaret måste delas mellan primärvården och psykiatri. Många av de somatiska sjukdomarna kan vara ett resultat av obehandlade lindriga sjukdomstillstånd som aggraverats och komplicerats. Rutiner för samverkan måste därför tillskapas, så att inte sekretess m m lägger hinder i vägen för optimalt stöd och service till dessa personer, som har svårigheter att själva utnyttja sina rättigheter och ställa berättigade krav. Husläkarreformens listning kan möjligtvis också ha bidragit till att de psykiskt störda inte knutits till speciell distriktsläkare, då det är relativt vanligt att dessa personer inte listats sig hos någon husläkare.

Denna samverkan mellan psykiatri och primärvården är av största betydelse för övriga, t ex kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling, som också har ett ansvar för gruppen och så att en gemensam plan kan utformas för att skapa bättre levnadsvillkor och livskvalitet samtidigt som vårdbehovet tillgodoses för de psykiskt störda [6-8].

Samverkan föreslås ske på så sätt att det basala ansvaret för öppenvårdspsykiatri läggs på en eller två distriktsläkare inom varje vårdcentrals upptagningsområde och med stöd av psykiatri på konsultbasis.

Tätare nätverk för stöd och service bör skapas

Studien visar också att initiativet till kontakt inte enbart kan läggas på den som behöver vård i denna grupp, och vi bedömer att ett tätare nätverk mellan alla aktörer som har ansvar för stöd och service till gruppen måste tillskapas, så att samhället kan leva upp till intentionerna i lagen. Gränser och revir måste därför ifrågasättas mellan olika huvudmän och medicinska specialiteter. Denna studie ger en uppfattning om hur det ser ut i vår kommun, men resultatet torde inte skilja sig nämnvärt från förhållanden i andra kommuner i landet [5].

Andra sårbara grupper skall inventeras

I senare etapper planeras en liknande inventering av andra grupper som omfattas av LSS, exempelvis utvecklingsstörda utan komplicerande psykiatrisk diagnos. Samtidigt skall studeras hur former för ett fördjupat och bredare samarbete mellan alla aktörer bör utvecklas. Projektet i sin helhet syftar till att utveckla metoder för att tillgodose sårbara gruppers behov i vårt samhälle.

Referenser

1. Socialdepartementet. Psykiatriutredningen. Stockholm: Liber förlag, 1993. (SOU 1992: 73).
2. Psykiskt stördas villkor. Regeringens proposition 1993/94: 218.
3. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Svensk författningssamling 1993: 387.
4. American Psychiatric Association: DSM-III-R (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition - Revised). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
5. Samverkansnämnden Norra sjukvårdsregionen. Folkhälsorapport Norrland inklusive underlagsrapport Psykisk ohälsa i Norrland. Sundsvall: Accidenstryckeriet, 1992.
6. Centrum för hälsoforskning. Från långtidsvård på mentalsjukhus till egen bostad. Utredningsrapport nr 8, 1991. Karlstad: Centrum för hälsoforskning, 1991.
7. Stockholms Läns Landsting. Sociala konsekvenser av sjukdom. Rapportserie. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, vårdcentralen Kronan, 1995.
8. Statistiska centralbyrån. Socioekonomisk utredning. Stockholm: SCB, 1995 (ULF, Undersökningar av levnadsvillkoren).