

Den psykiatriska slutenvården – nedlagd eller förflyttad?

Idag har en betydande del av heldygnsomhändertagandet gjorts osynligt

Sedan mitten av 1960-talet har antalet sängplatser inom den slutna psykiatriska vården minskat stadigt i Sverige. Socialstyrelsens siffror pekar på en dramatisk neddragning, från 36 000 platser år 1967 till cirka 7 000 år 1999.

Konsekvenserna av denna utveckling har återspeglats i forskningsrapporter och i massmedier. Minskningen av den slutna psykiatriska vårdens omfattning har kopplats till hemlöshet, brottslighet och fängelsevistelser samt ökad dödlighet och självmord för dem som tidigare vårdades inom psykiatrin [1-10].

Forskningens resultat är dock minst sagt motstridiga. Vare sig det rör frågan om en koppling mellan ökad hemlöshet, brottslighet eller dödlighet bland psykiskt störda individer har en entydig koppling inte kunnat etableras till förändringar inom den slutna psykiatriska vården. Det har alltså varit svårt att etablera ett samband mellan det minskade antalet psykiatriska sängplatser i Sverige och en ökad brottslighet, hemlöshet och dödlighet bland människor som tidigare vårdades inom den psykiatriska slutenvården [11-14].

Odiskutabel minskning?

Få ifrågasätter dock bilden av en mycket snabb och kraftig minskning av antalet »inneliggande patienter». Denna tankefigur har antagits som självklar, men en närmare granskning av det faktiska läget visar att situationen är mer komplicerad. Därför genomförde vi en

Författare

ALAIN TOPOR

chef för forsknings- och utvecklingsenheten/psykiatri, Västra Stockholms psykiatriska sektor/Stockholms läns landsting
alain.topor@psyk.vssso.sll.se

undersökning med syfte att studera den slutna psykiatriska vårdens omfattning och dess förändring.

Vad menas med psykiatrisk slutenvård?

Begreppet sluten psykiatrisk vård innehåller tre problematiska beståndsdelar:

1. Är »sluten» liktydigt med att vården sker på enheter med låsta dörrar, utan möjligheter för den »inneliggande» att röra sig utanför avdelningens alternativt sjukhusparkens gränser? Eller handlar begreppet i praktiken om att omhändertagandet rör dygnets alla timmar?

2. Är »psykiatrisk» liktydigt med att de omhändertagna är omhändertagna på grund av sin psykiatriska problematik? Eller är det avgörande – för att vården skall vara psykiatrisk – att det är den psykiatriska vårdorganisationen som sköter och/eller bekostar den?

3. Är »vård» endast liktydigt med det som förmedlas av psykiatriskt utbildade professioner inom den psykiatriska organisationens ram eller kan (a) andra professioner (socionomer, hemtjänstpersonal m fl) ge vård, (b) psykiatriskt utbildad personal (mentalskötare, sjuksköterskor m fl) ge »vård» om de arbetar i en annan organisation? Är en psykiaters närvaro nödvändig för att övrig personals insatser skall omvandlas till vård, och hur närvarande skall i så fall psykiatern vara?

Olika kategorier av sluten vård

För de flesta torde »sluten psykiatrisk vård» innebära vård på låsta psykiatriska sjukhus/avdelningar. Men den statistik som Socialstyrelsen ställt samman fram till Psykiatrireformen innehöll ett antal olika kategorier av sluten psykiatrisk vård. Den slutna vården kunde bedrivas på mentalsjukhus, psykiatriska kliniker, enskilda och landstingsdrivna sjuk- och behandlingshem samt inom familjevården.

På många av dessa platser saknades låsta dörrar, och många av de intagna patienterna kunde under långa tider av dygnet vistas utanför den »slutna vårdens» väggar. Personaltätheten och per-

”Människor med psykiska störningar/funktionshinder har inte övergivits i den omfattning som ibland antytts i olika skrifter. (...) Vad vi har bevittnat är i stor utsträckning en transinstitutionalisering, ett överförande av människor från den ena typen av institutioner till den andra.”

sonalens kompetens var också högst varierande.

Att vara »inneliggande» kunde för en patient innebära allt från att vistas på en intagningsavdelning med hög personaltäthet och ringa möjligheter att gå ut från avdelningen, till att vara på ett sjukhem eller inom familjevården utan låsta dörrar och med ringa personaltäthet.

Utvecklingen sedan 1975

1900-talets sista fjärdedel innebar en utveckling av olika former av omhändertaganden inom den psykiatriska slutenvården. Inom sektorspsykiatrin startades behandlingshem, möjligheter till »härbergering» (att under en kort period kunna sova över på en slutenvårdsavdelning utan att bli inskriven), övergångsboende, träningsboende m m. Vilka av dessa omhändertagandeformer som i statistiken kom att räknas till den slutna vården torde bero på tillfälligheter.

Fram till Psykiatrireformen, 1996, har begreppet psykiatrisk slutenvård utvidgats till den grad att de insatser som inräknades varken behövde ske i slutna miljöer eller kunde anses ingå inom ramen för en kvalificerad vård i bemärkelsen målstyrda vårdinsatser utförda av specifika yrkeskategorier.

Vårdinnehållet ändrades

I samband med Psykiatrireformen ändrades i praktiken innehållet i be-

Trots nedläggningen av mentalsjukhusen tycks antalet psykiatriska slutenvårdsplatser inte ha minskat. Haldygnsvård bedrivs även av andra än psykiatrin, främst socialtjänsten. Fotografiet är taget 1986 och ingår i boken Beckombergalandet av Anders K Johansson (Bilda förlag, 1999), där det har titeln »Efter permissionen».

greppet slutna psykiatrisk vård. Sjuk-, vård- och familjehemmen samt i vissa fall hela avdelningar med personal och patienter gick över till socialtjänsten. Och därmed upphörde de att finnas till. I statistiken.

Vi fick en betydligt snävare tillämpning av begreppet slutna psykiatrisk vård, och därmed en grund för föreställningen om en kraftigt reducerad omfattning av slutenvården. Men mycket tyder på att begreppets innebörd har förändrats mer än verkligheten för de omhändertagna människorna.

400 procent mer slutenvård

Hur omfattande är då haldygnsomhändertagandet av människor med psykiska problem? I en undersökning i västra Stockholm, med en befolkning på 210 000 invånare, kartlades antalet personer som var omhändertagna i haldygnsvård den 15 mars 2000. Undersökningen riktade sig både till psykiatrin och till socialtjänsten i området och handlade enbart om människor som var omhändertagna på grund av psykiska problem.

Uppgifterna från västra Stockholms psykiatriska sektors egen produktion visar att dess slutenvård innefattar 85 personer. Inräknat de vårdplatser som denna sektor köper av andra producenter ökar det sammanlagda antalet patienter till 132.

Räknar vi även med de platser som socialtjänsten köper – vilka i stor ut-

sträckning torde motsvara platser på verksamheter som före Psykiatrireformen räknades till den slutna psykiatriska vården – är 240 personer haldygnsomhändertagna. Inkluderar vi slutligen platserna på s k särskilda boenden inom socialtjänsten finner vi att 323 personer var omhändertagna på haldygnsbasis på grund av sina psykiatriska problem (Tabell I).

Betänker vi att WHO för ett antal år sedan rekommenderade 1 sängplats per 1 000 invånare skulle enbart psykiatris uppgifter kunna ses som ett tecken på ett underdimensionerat utbud. Räknar vi med socialtjänstens utbud finns anledning till oro av den motsatta anledningen.

Beroende på hur vi definierar vad som är slutenvård varierar uppgifterna om dess omfattning med cirka 400 procent. Skulle vi behålla innebörden i »slutna psykiatrisk vård» såsom den praktiserades fram till Psykiatrireformen är den högsta siffran den närmast jämförbara.

Har inte vården monterats ned?

Men har det inte under de senaste åren skett en kraftig nedmontering av den slutna psykiatriska vården? En uppskattning av antalet platser 1992 inom västra Stockholm visar att det då fanns mellan 390 och 400 slutenvårdsplatser. Det skulle innebära en minskning med cirka 70 platser på åtta år. En minskning, visserligen, men knappast den drastiska minskning som ibland förespeglas.

Det bör dessutom nämnas att under samma period har olika alternativ till slutenvården utvecklats främst inom socialtjänsten (boendestöd, sociala verksamheter), men även inom psykiatrin (mobila akutteam dygnet runt).

Metodologiska problem gör att vi inte bör ta uppgifterna i denna undersökning som exakta angivelser, utan som uppskattningar av haldygnsomhändertagandets omfattning. Men även med denna reservation tyder undersökningen på att en omfattande del av den nuvarande »slutna vården» sker i for-

Tabell I. Antal haldygnsvårdade personer inom västra Stockholm den 15 mars 2000, beroende på kriterium.

	Endast psykiatris egen produktion	Köpt och egen vård inom psykiatrin	Psykiatrin totalt samt socialtjänstens köpta vård	Psykiatris och socialtjänstens egen producerade och köpta vård
Antal personer/ 1 000 invånare	85 0,40	132 0,63	240 1,14	323 1,54

ANNONS

ANNONS

mer som inte fått samma uppmärksamhet som traditionellt riktats mot den slutna psykiatriska vården.

En dold verklighet

Hur uppgifterna i denna endagsinventering skall förstås är en viktig fråga. Ett sätt att förstå dem kan innebära en lättnad för många som oroar sig över den snabba nedläggningen av den slutna psykiatriska vården. Människor med psykiska störningar/funktionshinder har inte övergivits i den omfattning som ibland antytts i olika skrifter.

Ett annat sätt att se på samma uppgifter är att analysera dem som ett tecken på att de senaste decenniernas avinstitutionalisering av den psykiatriska vården (inklusive Psykiatrireformen) har misslyckats.

Vad vi har bevittnat är i stor utsträckning en transinstitutionalisering, ett överförande av människor från den ena typen av institutioner till den andra.

Uppgifterna bör diskuteras men oberoende av hur de tolkas kan de dock ge anledning till oro.

En stor grupp människor med psykiska problem lever alltså fortfarande i institutionella miljöer. Dessa miljöer har tidigare kritiserats för sin skadliga inverkan på de människor som tvingades leva i dem. Situationen idag kan till och med utgöra en försämring i förhållande till den tidigare.

Under en längre period har det förekommit en offentlig och professionell debatt om villkoren på psykiatriska institutioner. Antalet platser var kända. De levnadsvillkor som förekom kritiserades, och förändringar krävdes både av de professionella, patientorganisationerna och olika lekmannggrupper.

Idag har en betydande del av heldygnsomhändertagandet gjorts osynligt, och är därmed svårt att komma åt, undersöka och diskutera. Vilka behandlingsinsatser erbjuds patienterna? Vilka möjligheter till återhämtning har de?

Föreställningen om en omfattande nedläggning av den slutna psykiatriska vården innebär en annan fara. Blir den befäst kommer vi att ha en felaktig faktabakgrund inför framtida beslut om åtgärder för att hjälpa människor med svåra psykiska störningar.

Sammanfattning

- Begreppet slutna psykiatrisk vård motsvarar inte längre den konkreta verkligheten efter Psykiatrireformen.

- Heldygnsvård bedrivs av såväl psykiatrien som socialtjänsten.

- Där den egenproducerade slutna

vården minskat kraftigt har den ibland ersatts med köpt vård.

- Idag omhändertars en majoritet av svårt psykiskt störda i heldygnsvård inom socialtjänsten.

- Individer omhändertagna inom socialtjänstens heldygnsvård har de längsta vårdtiderna. Samtidigt saknas de helt i dagens debatt, som fixerats vid en påstådd minskning av heldygnsvårdens omfattning.

- Minskningen av heldygnsvården är kanske inte lika dramatisk som hittills framkommit. En stor grupp omhändertagna har gjorts osynliga på grund av allvarliga brister i den tillgängliga statistiken. Dessa människor och deras situation bör uppmärksammas.

Referenser

1. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up based on the Stockholm county inpatient register. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 650-3.
2. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345-50.
3. Belfrage H. Criminality and mortality among a cohort of former mental patients in Sweden 1994. *Nord J Psychiatry* 1994; 48: 343-7.
4. Belfrage H. »Sundby-rapporten«. En undersökning av kriminalitet och dödlighet hos före detta mentalpatienter. Rapport 1995:1. Stockholm: Karolinska Institutet, sektionen för social- och rättspsykiatri, 1995.
5. Belfrage H. Kriminalitet, sjuklighet och dödlighet hos mentalsjukhuspatienter. Psykiatriuppföljningen 1996:1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
6. Heilig M. Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatri! *Läkartidningen* 1999; 96: 4427-33.
7. Heilig M. Förenklade sanningar har skadat psykiatri! *Läkartidningen* 1999; 96: 5184-6.
8. Costa F, Brink, U. »Historien får inte upprepa sig«. *Läkartidningen* 1999; 96: 5182-3.
9. Grunewald K. »Otrevlige politiska övertöner«. *Läkartidningen* 1999; 96: 5183-4.
10. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekbohm A, Sparén P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000; 321: 483-4.
11. Bullock P, Hansson JH. 10-årsuppföljning av 1984 års patientpopulation på psykiatriska rehabiliteringsenheten (PRE) i Jönköping. FoU-rapport 1996:2. Jönköping: Hälsohögskolan, 1996.
12. Topor A, Gylling M. Avhospitaliseringsenheten. En 10-års uppföljning 1986-1996. Rapport 6:1999. Stockholm: Västra Stockholms psykiatriska sektor, FoU-enheten/psykiatri, 1999.
13. SOU. Adressat okänd. Om hemlöshetens bakgrund, orsaker och dynamik. Delbetänkande av kommittén för hemlösa. SOU 2000:14.
14. Swärd H. Hemlöshet – fattigdomsbevis eller välfärdssdilemma? Lund: Studentlitteratur, 2000.

Läkare – framtidens ledare?

Läkarförbundet har en kampanj »Framtidens läkare» för att stärka läkare i sin professionella roll och att ta ett större ansvar för vården. Stockholms Läkarförening har med anledning av att föreningen fyller 100 år i år utlyst ett stipendium för aktivitet med anknytning till antingen läkares ledarskap inom vården eller professionens roll vad gäller formandet av den framtida sjukvården. Denna artikel är en sådan aktivitet.

Morgondagens ledare inom sjukvården möter helt andra utmaningar än dagens och gårdagens ledare. Situationen kommer på många sätt att vara väsensskild från dagens. Det är tveksamt om dagens ledare kommer att accepteras i morgondagens sjukvård – vare sig av företagsledning eller personal. Kanske är det rimligt att vissa läkare utvecklar sin kunskap i första hand inom personalledning och administration, och i andra hand inom ett medicinskt område.

Läkarförbundet måste ha en annan framförhållning när det gäller ledarskap än vad man hittills haft. För att kunna stötta morgondagens ledare måste man försöka analysera hur sjukvården ser ut i morgon, och vilka ledaruppgifter som väntar.

Läkare har varit ledare

När den offentligt finansierade sjukvården byggdes upp under 1800-talet hade man den militära strukturen som modell. Vården var hierarkisk, och det var en självklarhet att läkaren styrde. Till sin hjälp hade han en styres- eller syssloman och en föreståndare eller

Författare

INGRID ECKERMAN

distriktsläkare, Stockholm; ordförande i Saco-rådet Sydöstra. saco.sydst@org.sopo.sll.se