

Sluten psykiatrisk vård i Gästrikland

En patientinventering

Lennart Tysk

En inventering av samtliga patienter i psykiatrisk institutionsvård i Gästrikland redovisas. Nära hälften av patienterna var ålderspensionärer, majoriteten var ensamstående och saknade egen bostad. Även i akutvården dominerade de ensamstående.

Enkäten genomfördes av en arbetsgrupp bestående av Lennart Tysk, Hans T Blom, Yvonne Öström och Erik Nyberg. Anders Gleerup databehandlade materialet.

Lennart Tysk är klinikkchef vid den psykiatriska lasarettkliniken i Gävle.

I samband med en landstingsutredning angående den psykiatriska vårdorganisationen i Gästrikland genomfördes i maj 1985 en inventering av alla patienter som var inskrivna vid psykiatrisk institution. Man hade redan tidigare genomfört en distriktsindelning ("sektorisering") av den psykiatriska vården, varvid landskapet Gästrikland kom att utgöra en av Gävleborgs läns tre sektorer. Vårdresurserna var från början mycket ojämnt fördelade, då det psykiatriska sjukhuset (i Bollnäs) låg i Hälsingland. Den genomförda inventeringen kan vara av mera allmänt intresse, då förhållandena i Gästrikland påminner om situationen på många andra håll. Man har en mindre lasarettssanknuten psykiatrisk klinik och ett avlägset psykiatriskt sjukhus, man har gamla, otidsenliga sjukhem och en otillräckligt utbyggd öppen och halvöppen vård. Inventeringen avser att belysa vilka slags patienter som belägger de befintliga vårdplatserna och hur deras förhållanden är.

Upptagningsområdet har ett befolkningsunderlag på knappt 150 000 invånare. Den psykiatriska kort-

tidsvården bedrivs huvudsakligen vid den psykiatriska lasarettskliniken i Gävle (55 vpl). Man har en "egen" klinik för psykiatrisk långtidsvård vid Bollnäs sjukhus (ca 100 vpl varav hälften är avsedda för psykogeriatrisk vård) samt nyttjanderätt av sektorsgemensamma vårdplatser vid särskilda kliniker för rehabiliteringsverksamhet resp neuropsykiatrisk vård. Inom Gästrikland finns tre äldre vårdhem, ett inackorderingshem och en miljöterapeutiskt inriktad dagvårdsavdelning. På senare tid har tillkommit ett flertal dagcentraler i primärkommunal regi som ej ingår i materialet.

Metodik

Ansvarig personal på samtliga vårdavdelningar fick fylla i en inventeringsblankett för varje inskriven patient en viss dag. En arbetsgrupp, som svarade för inventeringen, besökte samtliga institutioner och gick igenom materialet med personalen, detta för att få en så homogen bedömning av materialet som möjligt. Det insamlade materialet bestod av 401 patientblanketter med jämn könsfördelning (200 män och 201 kvinnor). Nära hälften av de inventerade patienterna var 65 år eller äldre. Vid psykiatriska kliniken i Gävle var 83 patienter inskrivna (21 % av samtliga), varav dock 32 i dagvård. I Bollnäs vårdades sammanlagt 153 patienter (38 %), varav 100 på den egna kliniken, 28 på "fel" klinik och 25 på klinik avsedd som länsresurs. På sjukhem fanns vid inventeringstillfället 143 patienter (36 %). Dagavdelningen hade 14 patienter och inackorderingshemmet 8.

Resultat

Tabell 1 belyser patienternas civilstånd vid de olika institutionerna. De ensamstående dominerade i alla

Tabell 1. Patienternas civilstånd vid olika typer av institution

Institutionstyp	Ogift/ensamstående	Änka/änkling	Gift/sambo
Las klinik	42 (43 %)	22 (23 %)	33 (34 %)
Psyk sjukhus	82 (54 %)	41 (27 %)	30 (20 %)
Sjukhem	98 (69 %)	34 (24 %)	11 (8 %)
Inack hem	8 (100 %)	0 —	0 —
Samtliga	230 (57 %)	97 (24 %)	74 (18 %)

vårdformer och utgjorde vid den psykiatriska lasarettens kliniken 43 % ogifta och 23 % änka/änkling. Av patienterna på det psykiatriska sjukhuset var endast 20 % gifta eller sammanboende, på sjukhemmen var motsvarande siffra 8 %. I psykiatrisk långtidsvård saknade de flesta patienterna egen bostad. Detta noterades i 66 % på det psykiatriska sjukhuset och i 83 % på sjukhemmen.

Beträffande hemort konstaterades att 52 patienter var skrivna i kommuner utanför upptagningsområdet, varför antalet egentliga gästrikepatienter var omkring 350 (233 per 100 000 inv). Mantalsskrivningen kan dock ibland vara missvisande vad avser patienternas psykologiska och sociala hemort. Gävle kommun med den största tätorten utnyttjade relativt flest vårdplatser. Där var 229 patienter hemmahörande, vilket motsvarar 261 vpl per 100 000 inv. Ockelbo, den minsta kommunen, låg betydligt lägre med ett platsutnyttjande motsvarande 180 vpl per 100 000 invånare.

Vårdtiderna mättes i femårsintervall. Vid lasarettskliniken meddelas endast korttidsvård (medelvårdtid cirka 2 veckor), men vid övriga institutioner förekom ofta mycket långa vårdtider. Kortare vårdtid än 5 år noterades på det psykiatriska sjukhuset för 62 % av patienterna, på vårdhemmen var motsvarande siffra 29 %. Där hade över hälften av patienterna en vårdtid på minst 10 år, i en fjärdedel av fallen var vårdtiden 15 år eller mera.

Endast 16 % av patienterna var intagna enligt LSPV (länet har tidigare legat mycket högt i detta avseende). Trots detta vistades endast cirka hälften

Endast cirka hälften av patienterna vistades på en avdelning med öppen dörr

av patienterna (52 %) på en avdelning med öppen dörr. Boendestandarden i övrigt belystes av att endast omkring en tredjedel (34 %) hade eget rum. Nästan lika många (30 %) bodde i fyrapatientrum. I ett fall delade fem personer rum. Endast 16 % av de patienter som hade en vårdtid på minst fem år hade eget rum.

Diagnosfördelningen framgår av tabell 2. I hela materialet var schizofreni (42 %) och demens (26 %) de vanligaste diagnoserna. Vid den psykiatriska lasarettskliniken dominerade emellertid affektiva syndrom (22 %) och neuroser (24 %). Vid det psykiatriska sjukhuset var de vanligaste diagnoserna demens (46 %) och schizofreni (33 %). Vid sjukhemmen dominerade schizofrenierna (72 %). Ett relativt litet antal patienter vårdades primärt för alkoholism (2 %) respektive annat drogmissbruk (1 %). Alkohol- och annat missbruk bedömdes dock ha väsentlig betydelse för vårdbehovet i flera fall där annan huvuddiagnos angivits (12 % respektive 3 %).

Tabell 2. Diagnosfördelning

Diagnos	Antal	%
Demens	104	26
Övriga organiska psykosyndrom	10	2
Schizofreni	169	42
Övriga psykos	16	4
Affektiva syndrom	24	6
Neuros	27	7
Personlighetsstörn	18	4
Alkoholsjukdom	10	2
Övrigt missbruk	3	1
Annan diagnos	20	5

Vårdtyngden illustrerades av att 21 % av patienterna var helt beroende av hjälp med på- och avklädning, 17 % behövde viss hjälp i detta avseende. Motsvarande siffror beträffande den personliga hygien var 22 % respektive 28 %. Inkontinens beträffande urin och/eller avföring förelåg hos 31 % av patienterna. Behov av hjälp vid måltider förelåg i hög grad för 9 % av patienterna och i viss mån för

18%. Sammantaget kunde man utläsa att bortåt hälften av patienterna behövde hjälp med grundläggande funktioner som klädsel, hygien och måltider.

Vilken behandling fick då patienterna? Huvuddelen (63%) fick huvudsakligen basalt omhändertagande och omvårdnad. Psykofarmaka fr a i form av neuroleptika gavs till 88%. Neuroleptika i antipsykotiskt syfte gavs till 45% av patienterna, ett stort antal tycks alltså ha fått neuroleptika i sederande syfte. Någon form av psykologisk behandling gavs till 37% av patienterna, dock endast i 11% mera regelbundet. Strukturerad psykoterapi meddelades 11 patienter i sluten vård (3%). Kontakt med kurator förekom i 31% av fallen, men endast 7% hade mera regelbunden kuratorskontakt i form av samtal eller psykosocial utredning. Regelbunden sjukgymnastik var lika ovanlig som specifik psykoterapi. Omkring hälften av patienterna deltog regelbundet i arbetsterapi.

Personalen fick också bedöma vilka patienternas behov var i förhållande till den behandling som gavs. Endast en tredjedel ansågs vara i behov av aktiv psykiatrisk behandling, de övriga behövde fr a omvårdnad med ringa inslag av psykiatrisk eller somatisk behandling. I några fall (3%) var vårdbehovet huvudsakligen somatiskt. Behoven av psykiatrisk behandling var i huvudsak tillfredsställda, men personalens bedömning var att 28% av patienterna behövde mer sjukgymnastik, 21% mer arbetsterapi och 36% mer socioterapi. Man ansåg att 11% var i behov av mer psykologisk behandling och 12% av mera kuratorsinsatser.

Slutligen fick man bedöma om de patienter som varit intagna minst två månader skulle kunna skrivas ut inom en snar framtid och vilka resurser som i så fall skulle krävas. Det rörde sig om 306 patienter varav endast 52 bedömdes som säkert eller troligt utskrivningsbara. Ytterligare 23 patienter ansågs möjligen (med tvekan) kunna skrivas ut. Det man efterlyste var i så fall oftast stödboende i form av

Huvuddelen (63 procent) fick huvudsakligen basalt omhändertagande och omvårdnad

Vi måste ompröva vårt bruk av neuroleptika i långtidsbehandling vid annan indikation än kronisk psykos, annars motverkar behandlingen måhända sina syften.

inackorderingshem med personal dagtid (16 fall) eller gruppboende med personaltillsyn (13 fall). Övrigt stöd bedömdes i 37 fall vara dagcentral eller liknande, endast 8 patienter ansågs kunna klara ett skyddat arbete.

Diskussion

Om man drar ifrån antalet dagpatienter finner man att vårdplatsutnyttjandet i Gästrikland är ungefär 2 promille för psykiatrisk vård. Av samtliga patienter hade en fjärdedel demensdiagnos. Landstinget har emellertid beslutat att den psykogeriatriska vården skall överföras till den somatiska långtidsvården. Även de "egentliga" psykiatriska patienterna hade en hög medelålder. Detta torde fr a vara fallet på sjukhemmen, där mycket långa vårdtider var vanliga.

En ganska liten andel av de långtidsvårdade patienterna ansågs kunna bli utskrivna inom en snar framtid. Detta sammanhänger naturligtvis dels med deras höga ålder, men dessutom måste man befara att de långtidsvårdade ofta är grundligt hospitaliserade. Har man bött på ett sjukhem sedan decennier torde man inte vara lätt att mobilisera därifrån, även om sjukhemmet är gammalt och boendestandarden låg. Platsantalet på sjukhemmen måste reduceras för att boendestandarden där skall kunna bli acceptabel. I vissa fall är det säkert bäst att lägga ned verksamheten helt.

Framför allt är det emellertid viktigt att antalet patienter i kroniskt institutionsboende minimeras. En effektiv sekundär och tertiär prevention är alltså viktig. Sekundär prevention innebär effektiv sjukdomsbehandling för att undvika invalidisering. Enkäten visar att behandlingsresurserna i vissa avseenden är otillräckliga. Vi måste också ompröva vårt bruk av neuroleptika i långtidsbehandling vid annan indikation än kronisk psykos, annars motverkar behandlingen måhända sina syften. Även vid

kronisk psykos är neuroleptikabehandlingen ofta slentrianmässig.

Tertiär prevention innebär rehabilitering av långtidssjuka. Det torde vara i denna fas som den påtalade bristen på sjukgymnaster och arbetsterapeuter är störst. Det förelåg också ett klart uttalat behov av stödboende med personalinsatser i öppen vård. De primärkommunala dagcentralerna är ett välkommet och outhärligt komplement till boendestödet. Enkäten visar att denna verksamhet skulle behöva utökas.

Antalet utnyttjade vårdplatser inom psykiatrin har minskat kraftigt på senare år. Den lägre beläggningen har möjliggjort en standardförbättring i den slutna vården med färre patienter per vårdavdelning och större relativ personaltäthet. Den ekonomiska situationen torde nu ej medge någon väsentlig expansion inom vårdsektorn. En ytterligare reduktion av den slutna vården måste därför utnyttjas till att överföra personalresurser till den öppna vården.