

Var skall åldersdemenserna vårdas?

En undersökning av åldersklientel i psykiatrisk vård i Skaraborgs län

Inger Larsson

Claes-Göran Westrin

En undersökning redovisas av åldersdemenser som vårdas i psykiatrisk vård i Skaraborgs län. Resultaten tyder på att en överväldigande majoritet skulle kunna föras över till lokala sjukhem, och detta till ett antal som kan skapa behov av olika typer av demensenheter i utbyggnaden av en kommunbaserad vårdorganisation.

Överraskande få av demensfallen hade en somatisk sjukdom som påtagligt påverkade vård-situationen.

Inger Larsson är klinikföreståndare vid Falbygdsklinikerna i Falköping och Claes-Göran Westrin är blockchef för psykiatrisk vård i Skaraborgs län.

I planerna för en omstrukturering av psykiatrisk vård har behovet av förändrade vårdformer för institutionen av åldersdemenser aktualiserats. En allmän enighet föreligger att denna vård så långt som möjligt bör decentraliseras till lokala sjukhem. Därjämte finns överväganden att institutionellt långtidsvårdade demenser bör överföras från psykiatrisk till somatisk långvård (Socialstyrelsens expertrapport 1973).

I båda dessa avseenden råder dock oklarhet på väsentliga punkter.

Föga faktaunderlag finns i vilken utsträckning det är vårdorganisatoriskt möjligt att föra över vården till lokala sjukhem.

Viss oenighet kan konstateras i vilken utsträckning demenserna verkligen hör hemma i somatisk långvård (jfr tex psykiatriplaneringen i Kristianstads län).

Det är påfallande ont om empiriska undersökningar av dessa frågeställningar.

För att få en så nyanserad bild som möjligt vore det önskvärt med en epidemiologisk studie med stickprov från upptagningsområden med olika demografiska och sociala förutsättningar och med en longitudinell prospektiv uppföljning.

För den aktuella planeringen är det emellertid angeläget redan med en studie med mer begränsad målsättning.

Syftet med denna undersökning har varit att studera i vilken utsträckning sådana patienter med åldersdemenssymptom, som nu är aktuella i den psykiatriska vårdorganisationen, redan i dagens läge skulle kunna föras över till lokala sjukhem samt i vilken utsträckning de företer en somatisk sjukdom som påtagligt påverkar vård-situationen.

Material och metod

Undersökningen är baserad på en inventering av patienter som under december 1976 vårdades på demensavdelningar vid Falbygdsklinikerna eller var upptagna på väntelista för vård vid dessa avdelningar.

Psykiatrisk vårdorganisation i Skaraborgs län. Den psykiatriska vården i Skaraborgs län (264 286 inv) är samlad i en gemensam blockorganisation. Den psykiatriska kliniken vid Kärnsjukhuset och psykiatriska korttidskliniken vid Falbygdsklinikerna har för var sin hälft av länet ett sektoriserat ansvar för öppen, halvöppen och sluten vård. Länsresurser för toxikomanivård samt för rehabilitering och långvård är samlad till Falbygdsklinikerna (jämför två sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka). Länssjukvårdsansvaret för demensvården åvilar långtidsvårdsklinikerna vid Falbygdsklinikerna och omfattade vid undersökningens genomförande 270 vård-

platser. Mottagningsenheten vid Falbygdsklinikerna administrerar intagningen till dessa åldersdemensplatser genom en väntelista som vid tiden för undersökningen upptog 41 patienter, som endera väntade på vård i hemmet eller på ålderdomshem eller var felpacerade på annan avdelning inom den psykiatriska eller somatiska vårdorganisationen.

Liksom i andra landsting vårdas också ett antal patienter med mer eller mindre uttalade demenssymptom i den somatiska långvården, utan att aktualiseras inom psykiatri.

De patienter med demenssymptom, som vårdas i den somatiska långvården har inte inkluderats i denna undersökning. I den mån de inte aktualiserats för intagning inom psykiatri, har vi förutsatt att deras psykiatriska vårdtyngd knappast kan lägga hinder för vård på lokala sjukhem.

Undersökningen har baserats på ett strukturerat skattningsschema, som dels omfattar vissa beteendeveriable (högljuddhet, aggressivitet, motsträvighet, rastlöshet, annat oroligt uppträdande), dels bedömning av speciella vårdbehov, (somatisk sjukdom som påverkar vårdsituationen, behov av hjälp med personlig hygien, behov av matning etc), dels en sammanfattande bedömning huruvida patienten skulle kunna vårdas på lokalt sjukhem. I sistnämnda avseende har utgångspunkten varit att patienter som varit mer eller mindre ständigt eller ofta aggressiva och/eller mycket oroliga och ängsliga inte kan vårdas på lokala sjukhem medan patienter med viss motsträvighet och viss aggressivitet bedöms som tveksamma fall för lokala sjukhem.

Skattningarna och bedömningarna har genomförts av den ena av oss (IL) i samråd med avdelningsföreståndare, som i sin tur haft samråd med avdelningspersonalen. Patienterna på väntelistan har bedömts av personal vid socialpsykiatriska avdelningen.

För varje patient har registerdata insamlats avseende ålder, kön, kommuntillhörighet, vårdtid i den psykiatriska vården.

Felkällor. Metodiken innebär ett grovt skattningsförfarande där vissa felkällor kan föreligga vad gäller reliabilitet och validitet. Metodiken har emellertid ansetts tillfyllest för vårt syfte, då bedömningen omfattat påtagliga förhållanden och baserats på samråd mellan avdelningspersonal och annan per-

sonal med viss kännedom om patienterna. Vi anser det härvid ha varit av värde att personalen själv fått bedöma omhändertagandenivån, då ju personalens attityder kan vara av betydelse när det gäller lämpligheten för den ena eller andra vårdformen. En felkälla i detta är att personal med annan vårdtradition kan ha en annan inställning till patientgruppen ifråga. Från metodologisk synpunkt är det i detta sammanhang av betydelse att omhändertagandebehovet vid personalvärderingar i tidigare undersökningar tenderat att ligga högre än vid motsvarande värderingar från mer oberoende bedömare (Westrin 1971, Erikson & Westrin 1975). Det kan tilläggas att facit i dessa fall snarare validerat det radikalare alternativet (jfr uppgifter om utvecklingen av Skaraborgspsykiatri, Ottosson 1978).

I planeringen för långtidsvård i Skaraborgs län har förutsatts att en decentralisering av demensvården till lokala sjukhem skall ske genom en planering av särskilda lokaler för demenserna inom sjukhemets ram och genom tillskott av särskilt utbildad mentalskötarpersonal. Ingen av dessa särskilda förutsättningar har uttryckligen angivits i här aktuellt patientinventering.

Mot här skisserad bakgrund och med hänsyn till att vi fördelat tveksamma fall till gruppen "behov av central vård" kan det antas att vi snarare underskattat än överskattat möjligheterna att överföra åldersdemenserna till lokala sjukhem.

Resultat

Ålderdemenserna utgörs väsentligen av patienter mellan 70 och 90 år med en markant dominans av kvinnor som utgör ca 2/3 av patientgruppen (tabell 1).

Fördelat på kommuner varierar antalet institu-

Tabell 1. Köns- och åldersfördelning

Ålder	Män N=105		Kvinnor N=218		Alla N=323	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
-60	2	2	1	-	3	1
60-69	11	10	18	8	29	9
70-79	40	38	80	37	120	37
80-89	46	44	98	45	144	45
90-	6	6	21	10	27	8

Tabell 2. Kommunfördelning inklusive fördelning på kön och ålder

Kommun	Antal åldersdemenspatienter inneliggande eller på väntelista			Därav över 70 år	Promille av befolk- ningen över 70 år
	Män	kv	summa		
Tibro	5	9	14	11	10,9‰
Mullsjö	4	3	7	7	16,7‰
Karlsborg		6	6	6	6,1‰
Skövde	13	24	37	30	8,0‰
Lidköping	13	18	31	27	7,3‰
Skara	7	21	28	26	12,4‰
Götene	6	9	15	14	9,3‰
Mariestad	3	11	14	12	5,0‰
Falköping	10	44	54	48	11,4‰
Gullspång	3	11	14	14	16,2‰
Töreboda	4	19	23	22	16,0‰
Vara	21	23	44	40	12,6‰
Habo	4	1	5	5	8,0‰
Tidaholm	5	7	12	12	7,0‰
Grästorp	4	3	7	6	7,9‰
Hjo	3	9	12	11	10,7‰

tionsbehövande åldersdemenser från 5–54. Variationen i promille av befolkningen över 70 år är ganska betydande, 5,0–16,7‰. (tabell 2).

Cirka 2/3 av patienterna har längre aktuella vårdtider än ett år, nära hälften vårdtider på två år och längre (tabell 3).

Tabell 3. Vårdtider Falbygdsklinikerna

Vårdtid	Antal (n=282)	%
–6 mån	52	18
6–12 mån	51	18
1 år–2 år	59	21
2 år–5 år	81	29
5 år–10 år	27	10
10 år–	12	4

Nära 70 % (219/323) av patienterna bedöms tveklöst kunna vårdas på lokalt sjukhem.

En somatisk sjukdom, som i måttlig eller hög grad påverkade vårdsituationen, förelåg endast hos en minoritet av patienterna: hos cirka 1/4 av de patienter, som skulle kunna vårdas på ett lokalt sjukhem och hos litet fler än 1/3 av dem som skulle kräva ett centralt sjukhems- eller sjukhusresurser (tabell 4).

Tabell 4. Behov av somatiska insatser för institutionsvårdade demenser

En undersökning av patienter vårdade på eller på väntelista till ett psykiatriskt sjukhus

Kan vårdas på lokalt sjukhem	Antal	Somatisk sjukdom som påtagligt påverkar vårdsituationen:		
		Ja	Nej	
Ja	219	26 %	74 %	(100 %)
Tveksamt eller nej	104	36 %	64 %	(100 %)

Majoriteten av patienterna kännetecknades enbart eller huvudsakligen av sina psykiska symptom.

Aggressivitet och motsträvighet var något oftare noterat hos de somatiskt påtagligt sjuka, medan oro och spring och ständigt skrikande var något vanligare hos de somatiskt mer "friska" (tabell 5 och 6).

Tabell 5. Aggressivitet och motsträvighet.

En jämförelse mellan patienter med och utan påtaglig somatisk sjukdom som påverkar vårdsituationen.

	Antal	Förekomsten av aggressivitet och motsträvighet: (procentuell)			
		Hög- gradig	Mått- lig	Lätt	Ingen
Somatisk sjukdom som påtagligt på- verkar vårdsi- tuationen					
Ja	95	22 %	20 %	22 %	36 %
Nej	228	15 %	11 %	22 %	51 %

Tabell 6. Oro, rastlöshet och högljuddhet.

En jämförelse mellan patienter med och utan påtaglig somatisk sjukdom som påverkar vårdsituationen.

	Antal	Förekomsten av oro, rastlöshet och högljuddhet: (procentuell)			
		Hög- gradig	Mått- lig	Lätt	Ingen
Somatisk sjukdom som påtagligt på- verkar vårdsi- tuationen					
Ja	95	2 %	7 %	20 %	71 %
Nej	228	10 %	20 %	34 %	37 %

Diskussion

Om vår undersökning ger åtminstone en grovt rättvisande bild skulle man kunna dra två slutsatser.

Den ena slutsatsen är att en överväldigande majoritet av demensfallen skulle kunna föras över till lokala sjukhem, och det till ett antal som skulle göra olika typer av "demensenheter" bärkraftiga i utbyggnaden av en kommunbaserad vårdorganisation.

Den andra slutsatsen är att en somatisk sjukdom som påtagligt påverkar vårdsituationen endast föreligger i en minoritet av demensfallen. Mer renodlade psykiatriska problembilder föreligger i synnerhet hos patienter präglade av stark oro och rastlöshet.

Det sistnämnda förhållandet måste prövas mot bakgrunden av tidigare utsagor att demenspatienterna främst erbjuder somatiskt omhändertagandebehov.

Varför har man trott detta? Flera olika tolkningar är möjliga. En tolkning är att denna undersökning, som är av stickprovkaraktär, inte fångat sådana somatiska vårdbehov som förekommer under loppet av demensutvecklingen. Här gäller det att demenser liksom andra patienter så småningom självfallet blir somatiskt sjuka. Ett allmänt intryck är dock att den här skisserade vårdsituationen är förhållandevis konstant under en lång del av de ofta relativt långa vårdtiderna för dessa patienter. Andra möjliga tolkningar är att man från psykiatrisk sida övervärderat betydelsen av somatiska sjukdomar, därför att man känt en insufficiens inför de fall, där svåra sjukdomar föreligger. En tredje medverkande faktor kan vara att patienterna ifråga i mycket begränsad utsträckning kunnat bli föremål för aktiv psykiatrisk terapi och främst inte varit åtkomliga för den psyko-terapi, som kanske känns som den mest lockande uppgiften inom psykiatri – och att de därför stämplas som ickepsykiatriska.

Vilka vårdorganisatoriska överväganden kan detta ge anledning till?

De ger först och främst ett stöd för en kraftfull inriktning av en decentraliserad demensvård.

Emellertid kan konstateras att också majoriteten av patienter, som kan vårdas på lokala sjukhem, företer i första hand psykiska sjukdomsbilder, vil-

ket understryker vikten av att de lokala sjukhemmen bemannas också med psykiatriskt utbildade mentalskötare och sjuksköterskor.

När det gäller patienter med mer centrala vårdinsatser illustrerar resultatet behovet av samlade somatiska och psykiatriska insatser. Majoriteten av patienterna företer emellertid ett i första hand renodlat psykiatriskt vård- och omhändertagandebehov.

Man har i olika sammanhang kunnat observera att psykiatrik likaväl som somatiken i viss mån svikit vårdinsatserna för de gamla. I diskussionen bland svenska psykiatrer har här framhållits, att psykiatrik måste ta ett totalt ansvar för den psykiatriska problematiken.

I linje med detta och med stöd av här redovisade resultat kan det ifrågasättas om man inte bör ompröva tidigare ställningstaganden och pröva en tredje ståndpunkt när det gäller fördelningen av vårdansvaret för den institutionella långtidsvården av åldersdemenser. En ståndpunkt som skulle innebära att huvuddelen av denna vård förläggs till lokala sjukhem med långvårdsläkare eller allmänläkare som sjukhemsläkare och psykiatrer som konsulter, medan den psykiatriska vården tar ett fortsatt ansvar för den centrala vården av psykiatriskt svårskötta demenser med mer uttalad aggressivitet, oro, rastlöshet etc. För de patienter som förenar sådan psykiatrisk svårskötthet med somatisk sjukdom som påtagligt påverkar vårdsituationen måste ett nära samarbete ske med den somatiska långvården, endera genom intensiva konsultinsatser från somatikersidan eller genom att denna grupp av patienter hänföres till den somatiska långvården med psykiatriska konsultinsatser.

REFERENSER

- Eriksson R & C-G Westrin (1975): Psykiatrisk diagnostik och bedömning av önskvärd vårdform för psykiatriska patienter. *Nordisk psykiatrisk tidskrift* 29: 625.
- Ottosson J-O (1978): Psykiatri i förändring. *Läkartidningen* 75: 444.
- Socialstyrelsens expertrapporter (1973): Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. *Socialstyrelsen*, Stockholm.
- Westrin C-G (1971): Studie av patientklienteler vid Falbygdens sjukhus vissa censusedagar. Stencil Skara.
- Kristianstads läns landsting: Hälso- och sjukvårdsplan. Stencil 1973.