

Klinisk psykogeriatrisk verksamhet

K Gunnar Götestam

Bengt Olsson

Psykogeriatriska kliniken vid Ulleråkers sjukhus är med sina drygt 10 år en av landets äldsta subspecialiserade kliniker för ett varierat psykogeriatriskt klientel. Den allmänna kliniska verksamheten beskrivs i denna artikel av överläkaren och klinikchefen K Gunnar Götestam samt psykologen Bengt Olsson.

Redan för drygt 10 år sedan tillskapades en subspecialiserad psykogeriatrisk klinik vid Ulleråkers sjukhus. Tidvis har där mest vårdats kroniskt åldersdementa patienter, men under de senare åren har även inslaget av "psykiatria senior", dvs allmänpsykiatri bland äldre människor (jfr Götestam, 1977) ökat.

Inom nästa tioårsperiod avses åldersdemensvården överföras till den somatiska långtidssjukvården. Samtidigt minskar gruppen kroniska psykoser på sjukhus. Kvar kommer då att bli en rätt stor grupp av "psykiatria senior". En mycket aktiv inriktning är då av största vikt, eftersom denna grupp annars lätt tenderar att bli kronisk. Huruvida denna vård ska ske på en särskild subspecialiserad psykogeriatrisk klinik eller inom övrig allmänpsykiatri, får ses som en sekundär fråga. Det primära är att en aktiv behandlingspolicy utvecklas, så att gamla människor inte här, som i många andra sammanhang, helt negligeras.

Föreliggande artikel utgör en allmän beskrivning av den kliniska verksamheten idag vid en psykogeriatrisk klinik med varierat patientklientel.

Diagnostik

Då det gäller att diagnosticera psykogeriatriska patienter finns ett antal instrument tillgängliga. För att vården ska bli så adekvat som möjligt, är det viktigt att diagnosen får en funktionsinriktning, dvs att man noggrant och konkret beskriver vilka funktioner hos patienten som är störda eller fortfarande intakta. De instrument som blir viktigast för att nå dessa syften är anamnes och olika slag av beteendeobservationer.

Vid den inledande anamnesupptagningen skaffar man sig en uppfattning om symtomens tidigare progress, aktuella funktionstillgångar och brister med avseende på ADL, orientering i tid, rum och till person. De avgörande faktorerna för vilken grad av omhändertagande individen behöver (utöver aktuell platstillgång) är framförallt brister i rumsorientering och ADL-funktioner.

Den preliminära kartläggningen bör sedan följas av kontinuerliga beteendeobservationer. Dessa kan ofta utföras mycket smidigt med hjälp av någon skattningsskala. En skala som visat sig användbar är Chrichtons skattningsskala för geriatriskt beteende (Robinson, 1961). Med hjälp av denna bedöms patienterna i 11 variabler (rörlighet, orientering, kommunikation, samarbete, rastlöshet, klädsel, föda, kontinens, sömn, objektivt och subjektivt humör) som är relevanta för utformningen av vården. Varje variabel är uppdelad i fem noggrant specificerade steg, vilket gör att skattningarna blir mycket reliabla (Götestam, Forslund & Käll, 1976).

Med dessa skattningar kan man dokumentera enskilda patienters funktionsförändringar över tid.

Man får också överblick över hela patientgruppens förändring över tid. Inom psykiatriska kliniken vid Ulleråkers sjukhus kan man se att patienter som skattas vid två tillfällen med ett års intervall, som väntat visar en försämring i de bedömda variablerna. Speciellt stora skillnader (statistiskt signifikanta) visas i variablerna rörlighet och kontinens mellan patienter som fortfarande lever och patienter som avlidit inom ett år efter skattningen.

Den funktionella bedömning som görs vid anamnesupptagning och genom beteendeobservationer har den största betydelsen för uppläggningsen av aktivitetsprogram och terapeutiska insatser, individuellt och i grupp. Eftersom åldersdemenserna är den största patientkategorin på en psykiatrisk klinik idag och dessa diagnoser är organiska, används också medicinska diagnosinstrument vid fastställandet av diagnosen. Fastställandet av ev organisk förändring och karaktären av denna kan kanske bidra till en bättre farmakologisk behandling och säkert till den stora vårdpesimism som ofta råder inom psykiatriken. Då riskerna och obehaget med vissa somatiska undersökningar (encefalografi, angiografi, mätning av syreupptagningsförmåga) ställs i relation till den ytterligare information de ger, avstår man ofta från dem.

Sammanfattningsvis betyder detta att en organisk sjukdom framförallt diagnosticeras utifrån en beteendeförändring hos individen. Man frågar sig då hur väl preliminära åldersdemensdiagnoser överensstämmer med senare obduktionsresultat. I en undersökning av 19 patienter som fått någon demensdiagnos och senare obducerats, uppvisade 14 (73,7 %) vid obduktion förändringar överensstämmande med någon demensdiagnos. Däremot fick endast drygt hälften (10 st = 54,7 %) rätt specifik diagnos. Mot bakgrund av denna osäkerhet vid traditionell diagnostik även av så extremt organiska diagnoser det här handlar om, och de få behandlingsimplikationer som den ger, är det kanske dags att frångå dagens grumliga diagnoskategorier och i stället ytterligare koncentrera sig på noggranna beskrivningar av funktionsbrister och tillgångar.

Patientssammansättning vid en psykiatrisk klinik

Utifrån de traditionella diagnoskategorierna ser patientgruppen vid Psykiatriska kliniken Ulleråkers sjukhus idag ut enligt följande: 53 % av platserna upptas av åldersdemenser (här inkluderas senila, presenila och arteriosklerotiska demenser). Den andra stora gruppen är åldrade kroniskt schizofrena patienter, som inte längre uppvisar några uttalade psykotiska symptom, men har vistats så länge på sjukhus (20—50 år) att de inte har primära färdigheter att klara sig utanför sjukhusets miljö. De återstående 18 % utgörs av ett blandat allmänpsykiatriskt klientel. Den gemensamma nämnaren för alla patienter är att de är gamla, i genomsnitt 80 (variationsvidd 40—100) år. Tre av fyra patienter är kvinnor. Denna åldersgrupp kommer att öka i framtiden, och det är också här man kan göra den största psykologiska och psykiatriska insatsen.

Behandling

Den behandling som traditionellt bedrivs är vid sidan av farmakoterapi fr a aktiveringsprogram av olika slag. Vid en av klinikens avdelningar har man ett väl utarbetat aktivitetsprogram. I detta deltar alla avdelningens patienter och det består av fysisk aktivitet (rörelsebefrämjande gymnastik, promenader och sysselsättningsterapi) men också av socioterapi (resor, fester, dans, etc) och vissa studiecirklar med nutidsorientering. Andra avdelningar har börjat med trevande försök med gruppvård. Detta brukar leda till en förbättrad kontakt mellan patienter och personal och det gör även personalens arbete mer omväxlande. Gruppvård underlättar även att vissa patienter eller vissa problem behandlas speciellt, t ex ADL-funktioner. Man riktar alltså in sig på funktioner som är viktiga att kunna om patient ska klara vårdformer med lägre omhändertagandenivå.

Vissa individualiserade insatser görs också. Även här koncentrerar man sig på ett visst problem som är speciellt handikappande för patienten eller störande för medpatienter och personal. Det kan t ex gälla problem som rörelsesvårigheter, tja om speciella förmåner eller negativism.

För den forskning och de miljöterapeutiska insatser som gjorts vid kliniken redogörs separat (Götestam & Melin, 1977).

Vid alla dessa typer av förändringar och nya vård- och terapiinsatser är personalens inställning av avgörande betydelse. Det är uppenbart lika mycket personalens ändrade förhållningssätt som den direkta terapin eller träningen som ger behandlingsresultaten.

En annan vårdform som utvecklas mer och mer inom psykiatrisk vård är dagvård. Detta innebär att patienten kommer till en avdelning från en till sju dagar per vecka och deltar under dagen i de aktiviteter som där kan erbjudas. Efter middagsmålet åker patienten hem och tillbringar kvällen och natten i hemmet. På detta sätt kan pat klara sig längre utanför sjukhuset samtidigt som anhöriga avlastas den i många fall tunga omvårdnaden.

Utöver en rent somatisk omvårdnad bedrivs också psykofarmakologisk behandling. Vid åldersdemenserna har neuroleptika använts i stor utsträckning. Dessa har dokumenterad effekt på orostillstånden, men det är oklart om de påverkar övriga demenssymtom såsom förvirring, desorientering, minnesstörningar och kontaktbarhet (jfr Götestam, 1977). För presenila demenser (Pick, Alzheimer, Creutzfeldt-Jacob) existerar liksom vid senil demens ingen specifik behandlingsmetod. Sedativa och hypnotika kan däremot lindra ångesttillstånd och sömnsvärigheter.

Det medicinska synsättets begränsning vid vård av åldersdemenser talar ytterligare för ett funktionellt betraktelsesätt och en utifrån detta utformad behandling och forskning (Götestam & Melin, 1977). Sammanfattningsvis måste man dock säga att behandlingen av åldersdemenser idag nästan uteslutande har karaktären av omsorg med en kraftig medicinsk slagsida.

Omsättning

Målsättningen är att alla patienter vårdas enligt LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande-Nivå). Idealt bör man inom varje omhändertagandenivå (t ex enskilt boende, d:o med hemsamarithjälp, ålderdomshem, sjukhem, psyko-

geriatrisk klinik) tillämpa LEON-principen för att i så stor utsträckning som möjligt vidmakthålla intakta och ev kompensera bristande funktioner. Att skriva ut psykiatriska pat är inte alltid realistiskt. Då måste i stället syftet vara att ge pat en så autonom tillvaro och så stödjande miljö som möjligt inom avdelningens ram. Det är för att kunna göra denna behandlingsmålsättning så realistisk som möjligt som den tidigare nämnda funktionsbedömningen har sin stora betydelse.

Idag förekommer alltför ofta en hög grad av "övervård" av äldre människor. Inställningen är ofta att de ska tas om hand och skötas om. Denna inställning plus den rationalitet med vilken vården måste drivas för att klara bl a personalbrist, gör att många tidigare intakta funktioner hos åldringar försvinner under institutionsvistelsen. Trots dessa problem är det möjligt att verka för en förändring på dessa punkter (Götestam & Melin, 1977).

En helt annan sida av utskrivningsproblematiken är tillgången på vårdplatser. Ofta har patientens tillstånd ingen betydelse för huruvida han kan skrivas ut eller ej. Det helt avgörande är istället tillgången på platser för tillfället. Detta kan i vissa fall betyda att en patient kan få vänta i flera månader på att skrivas ut till ålderdomshem eller sjukhem. Självklart gäller detta även intagning till sjukhus, där pat kan få stå på väntelista för intagning lång tid.

Utöver omflyttningar inom kliniken och sjukhusets ramar, skrevs 11 pat ut till ålderdomshem och 8 till sjukhem under 1976. En betydligt större del av patienterna skulle kunna klara den lägre omhändertagandenivå som dessa boende- och vårdformer innebär. Platstillgången, istället för patientens behov har dock varit avgörande för om pat har kunnat skrivas ut eller ej. Vid slutet av 1976 finns inom kliniken 54 pat som med dagens kriterier kan vårdas inom somatisk långtidssjukvård. Endast 4 pat har under året beretts plats inom denna vårdform. Detta är f n den svåraste flaskhalsen inom åldersvården, och till skillnad från vad som framkommit i den allmänna debatten, betydligt allvarigare än bristen på ålderdomshemspatser. Under 1976 dog 15 pat inom klini-

ken. Här drivs en aktiv policy att om möjligt låta patienterna tillbringa de sista dygnen på den av de vistats under en längre tid, istället för att överflytta dem till en somatisk klinik.

Diskussion

Det organiskt präglade medicinska diagnossystemet är ett alltför stelbent system, som ofta ger ringa hjälp vid behandlingsuppläggning för åldersdemenser (men dock är viktigt för uteslutande av olika organiska tillstånd; jfr Götestam, 1977). En mera funktionsinriktad diagnostik är enklare, och kan ge betydligt mer vägledning i behandlingsavseende.

En aktiv behandlingspolicy måste föras när det gäller åldersdemenser, eftersom förvirringstillstånd, pseudodemenser m fl tillstånd, annars lätt blir kroniska. Detta kan ske både inom och utom särskilda psykiatriska enheter.

Psykiatrisk behandling bör mer än hit-

tills kompletteras med psykologiska och socialpsykiatriska åtgärder, för att förbättra avdelningsmiljöer i både fysisk och psykisk bemärkelse.

Det behövs mer psykiatrisk forskning, dels grundforskning för klarläggande av orsaksförhållanden etc, men fr a behandlingsforskning, både psykiatrisk och psykologisk behandlingsforskning.

REFERENSER

Götestam K G: Psykiiska sjukdomar i åldrandet. Stockholm: Natur och Kultur, 1977.

Götestam K G & Melin L: Psykiatrisk forskning. Socialmedicinsk tidskrift, 54, nr 2, 113—120, 1977.

Götestam K G, Forslund B-A & Käll L-G: Reliabilitet och validitet hos ett psykiatriskt skattningsschema applicerat på kroniska psykiatriska patienter. Nordisk Kongress i Gerontologi, 2, 7—9, 1976.

Robinson R A: Some problems of clinical trials in elderly people. Gerontologia Clinica (Basel), 3, 247—252, 1961.

Nytryckta upplagor
av tidigare utgångna nummer av

Socialmedicinsk tidskrift

Sjuksköterskan i den öppna vården nr 3/1974

Barnmisshandel (i nytryckt skrift nr 42) nr 8-9/1974

Den nya abortlagen nr 2/1975

Föräldrautbildning nr 7/1976

Pris kr 8:— + moms

Vid större beställningar direkt från redaktionen lämnas rabatt:

25 ex 10 %, 50 ex 15 %, 100 ex 20 %.

Socialmedicinsk tidskrift

Fack, 104 01 Stockholm 60 - Postgiro 1179-1 - Tel 08/87 34 91