

Sluten vård inom barn- och ungdomspsykiatri

Ingvar Nylander

Situationen för barn- och ungdomspsykiatrien del är att många barn och ungdomar som inte behöver sjukhusets resurser tas in och blir liggande under långa tider. Samtidigt finns många andra barn som skulle kunna få hjälp genom sjukhusutredning men som inte kan läggas in eller läggs in för sent på grund av brist på sjukhusplatser, hävdar i nedanstående artikel professor Ingvar Nylander, överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken på S:t Görans Sjukhus i Stockholm.

Det finns nu en tilltagande misstro mot slutna barnpsykiatrisk vård, inte bara från allmänheten utan också från sjukvårdsförvaltning och sjukvårdsarbetare. Mot den bakgrunden är det väsentligt att granska de riktlinjer för intagning som kan gälla vid en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. I nedanstående artikel redovisas de riktlinjer som gäller vid S:t Görans Sjukhus.

De grupper av patienter som kan kräva intagning och sjukhusvård är bl a patienter med så stark ångest att de inte ger kontakt eller som medför stark aggressivitet och oro. Vidare barn med "trigger"-symptom i form av sömnrubbningar, gravt svälttillstånd vid anorexia nervosa och andra symptom som utlöser allt vidare cirklar av svår insufficiens. Vidare patienter med intoxikationer, barn i svåra krissituationer samt övriga fall i behov av sjukhusets utredningsresurser.

Under senare år har sjukvårdsmyndigheterna förklarat att man i framtiden kommer att satsa mer på öppen vård än tidigare. De centraliserade mastodontsjukhusens storhetstid är förbi! Detta förefaller klokt och riktigt. Även om den högspecialiserade sjukvården alltid måste centraliseras — inte minst av kostnadsskäl — bör sjukvården i så stor utsträckning som möjligt kunna fungera så att

patienten inte tas ur sin sociala miljö. Det betyder inte bara en mänskligare sjukvård utan också en sjukvård som kan vara avsevärt billigare än den slutna vården.

Även om den öppna vården byggs ut aldrig så väl, och även om den kompletteras med dagvård etc., torde det dock alltid komma att finnas fall som av olika skäl är i behov av slutna vård. Den slutna vården i vårt land är av hög internationell klass. Vi har all anledning att ha förtroende för den och utnyttja dess exklusiva resurser.

Tyvärr möts man i stället av en tilltagande misstro mot den slutna vården, inte bara från allmänhet utan också från sjukvårdsförvaltning och sjukvårdsarbetare. Detta är inte minst kännbart inom psykiatridisciplinerna och kan leda till att den slutna vården misskrediteras, ja t o m att dess berättigande ifrågasätts.

Det barnpsykiatriska slutna-vårds-klientelet har förändrats påtagligt under senare år. De fall som nu tas in på klinikerna utgörs till stor del av akutfall som kommer in i dåligt psykiskt skick, ej sällan psykotiska eller förvirrade på grund av stark ångest eller intoxikerade i berusnings- eller suicidsyfte (drygt 40 % av intagningarna vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus 1973 utgjordes av sådana fall) och av barn och ungdomar som föräldrarna inte orkar med i hemmet. Det rör sig nästan undantagslöst om fall som utvecklat sin psykiska insufficiens under lång tid, tidigt handikappade i sin miljö och ofta också i sin personlighetsutrustning. Trots långvarig kontakt med den öppna vården i många fall har den-

~~~~~  
*Det barnpsykiatriska slutna-vårds-klientelet har förändrats påtagligt under senare år.*  
~~~~~


Tabell 1. Vårdtid vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus 1973

> 60 dagar

	60-70	-80	-90	-100	-110	-120	-130	-140	-150	-160	-170	> 170
♂	4	5	4	4	4	2	2	1	1	1	—	1
♀	2	1	3	3	5	1	1	—	1	1	1	1
♂+♀	6	6	7	7	9	3	3	1	2	2	1	2

Genomsnittlig vårdtid vid kliniken 1973: 54 dagar

na ogynnsamma utveckling ej kunnat avbrytas eller vändas.

Bortsett från hjälp i den akuta situationen — vilket innebär inte bara hävandet av svår ångest, "avgiftning" etc utan också etablerande av personlig kontakt som är nödvändig för att lära känna och förstå patientens reaktioner och där den akuta situationen ger goda möjligheter — har kliniken mycket litet att bjuda dessa patienter utöver vad ett väl fungerande behandlingshem har att ge. Trots detta blir de emellertid ofta liggande på sjukhuset under lång tid (1973 vårdades 49 patienter vid S:t Görans barn- och ungdomspsykiatriska klinik under en tid av två månader eller längre, se *tabell 1*) på grund av att hemmet inte kan ta emot dem eller på grund av att plats i foster- eller behandlingshem ej går att ordna snabbt. Med nuvarande vårdkostnader binds härigenom avsevärda resurser.

Dessa patienter, som sedan deras akuta hjälpbehov tillgodosatts, ej behöver sjukhuset längre, blir de som kommer att ta det mesta av sjukhusresurserna i anspråk. I stället för att få stöd och hjälp i den miljö där de skall leva, löper de på sjukhuset risk att hospitaliseras genom de långa vårdtiderna.

En paradoxal situation

Samtidigt blir lite resurser över för patienter som

Dessa patienter som sedan deras akuta hjälpbehov tillgodosatts ej behöver sjukhuset längre blir de som kommer att ta det mesta av sjukhusresurserna i anspråk.

skulle kunna ha glädje av sjukhusvistelse men som nu — i många fall sannolikt till följd av en negativ inställning till sjukhuset — aldrig kommer in.

Det rör sig om barn som tidigt börjat utveckla nervösa symtom och visa anpassningssvårigheter, till vilka man inte finner uppenbar förklaring och som lever under sådana hemförhållanden att utredning krävs för ställningstagande till hur de ska kunna hjälpas på sikt. Det är barn som antingen kan hjälpas effektivt genom snabba åtgärder eller barn som står i början av en olycklig utveckling och som, om de ej utreds ordentligt och får en riktig bedömning som underlag till adekvata åtgärder, riskerar att utveckla en långvarig, ja, kanske livslång insufficiens. I dessa fall kan en kortvarig klinisk utredning vara synnerligen värdefull. Åtgärder som vidtas utan en sådan utredning kan bli slag i luften. Många onödiga besök inom den öppna vården torde kunna inbesparas genom tidig klinikutredning. Enligt Blomqvist (1969) har patienterna haft sina symtom under långa tider (genomsnittligen i närmare 5 år!) innan de får kontakt med barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Dessa fall vårdas nu ofta på barnmedicinsk klinik dessförinnan.

Det paradoxala har sålunda inträffat, att många barn som skulle kunna få hjälp genom sjukhusutredning inte läggs in eller läggs in för sent medan barn och ungdomar som ej behöver sjukhusets resurser tas in och blir liggande där under långa tider.

Riktlinjer för intagning

Vilka patienter är det då som sjukhuset kan hjälpa? För att få svar på den frågan kan det vara motiverat att granska de riktlinjer för intagning

Medicinering brukar på kort tid ge sådan ångestlindring att det är möjligt att nå patienten med psykiatriskt-psykologiska behandlingsformer.

som gäller vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus. Några specificerade indikationer är inte möjliga att ange. Huruvida en patient skall tas in eller inte måste givetvis avgöras från fall till fall. Huvudindikationerna är emellertid att patienten antingen behöver sjukhusets behandling eller utredningsresurser eller att intagning ger en så stor vinst jämfört med öppen vård att den är motiverad. Enligt vår bedömning lämpar sig följande fall för intagning.

- 1 Patienter med så stark ångest att de inte ger kontakt. Ångestsymtomet är så förlamande att patienten inte svarar på någon behandling som kräver patientens medverkan, samtidigt som patienten plågas svårt. Ångesten måste därför kuperas innan annan behandling sätts in. För detta ändamål är behandling med psykofarmaka ofrånkomlig och effektiv. Medicinering brukar på kort tid ge sådan ångestlindring att det är möjligt att nå patienten med psykiatriskt-psykologiska behandlingsformer.

Dessa fall kommer ofta in psykotiska, vanligen under bilden av akut förvirringstillstånd. Förvirringen är slutstadiet i en lång utvecklingskedja där ångesten byggts på undan för undan och där slutligen sömnlöshet och agitation brutit ner patientens sista motståndskraft. I bakgrunden finns nästan undantagslöst otrygga hemförhållanden, personlighetshandikapp och missbruk. Risk för suicidalförsök är i dessa fall betydande. Stark förlamande ångest möter man också hos den svårt ångest-tvångsneurotiske patienten som kan behöva 3—4 timmar morgon och kväll för sina toalettbestyr och som inte går att avbryta, i svåra fall av anorexi nervosa med nästan total, opåverkbar matvägran m fl.

- 2 "Svårskötta", aggressiva och oroliga barn i 7—12 årsåldern, vars symtom beror på stark ångest. Dessa barn, oftast från gravt otrygga

hem, orkar varken föräldrar, skola eller kamrater med, vilket ytterligare ökar deras ångest och symtomen tilltar. Härigenom kommer slutligen deras närmaste att svikta och situationen blir kaotisk. Förutsättningarna att hjälpa dessa barn i deras egen miljö är dåliga och såväl barn som föräldrar mår bra av en kortare tids separation samtidigt som den kliniska utredningen kan ge anvisning om hur det fortsatta behandlingsarbetet ska läggas upp.

- 3 Barn med "trigger"-symtom, dvs symtom som i sin tur utlöser andra etc. Ett ångestfyllt barn med exempelvis en svår sömnrubbnings blir slutligen så uttröttat att ångesten ökar, vilket i sin tur gör att föräldrarna, vars stöd barnet är oundgängligen beroende av, ställs inför för stor krav och sviktar. På samma sätt kan det förhålla sig med enkopresbarnet, vars tjocktarm blivit så dilaterad av faeces att tarmfunktionen helt slagits ut och som därför inte kan bli kvitt sitt belastande symtom om inte tarmen först töms. Eller den avancerade formen av anorexi nervosa som är helt opåverkbar så länge det befinner sig i ett gravt svälttillstånd, och där svälten måste hävas först innan behandlingen av den psykiska insufficiensen sätts in. Eller barnet som totalvägrar skolan. I alla dessa fall kan det vara nödvändigt att komma tillrätta med "trigger"-symtomet innan det är möjligt att angripa de bakomliggande orsakerna till insufficiensen.
- 4 Intoxikationer. Det borde vara en självklarhet att barn och ungdomar som är berusade får möjlighet att nyktra till på sjukhus på barnmedicinsk eller barnpsykiatrisk vårdavdelning i stället för i finka, vilket nu ofta blir fallet, eller i stället för att sändas hem till oförberedda föräldrar som i en sådan situation kan reagera desperat och aggressivt mot barnet. Erfarenhet från sådant omhändertagande visar att ungdomo-

Det borde vara en självklarhet att barn och ungdomar som är berusade får möjlighet att nyktra till på sjukhus i stället för i finka.

En kortare vistelse i sjukhusets neutrala miljö kan vara synnerligen välgörande för barn i svåra krissituationer.

marna själva uppskattar sjukhusets hjälp vid sådana tillfällen (Nylander). Ofta rör det sig ju dessutom om barn som behöver en omfattande hjälp också i andra avseenden än med tillnyttningen.

5 I samband med svåra krissituationer som utlöser stark ångest hos barnet och som aktualiserar miljöbyte för barnet. Det kan röra sig om yngre barn som misstänks ha varit utsatta för misshandel eller barn i hem där modern överger familjen eller där fadern dör eller lämnar hemmet av andra skäl (nykterhetsvård, fångvård). I sådana fall är ställningstagande till åtgärd så betydelsefull för barnets framtid och så komplicerad att det bör prövas noga och anpassas efter barnets förutsättningar och behov. Härför krävs en noggrann utredning under en kortare tids sjukhusvistelse. Hit hör också barn med föräldrar som ligger i komplicerade och affektladdade vårdnads- eller umgängesrättstvister om barnet och där barnet uppenbarligen lider härav, samtidigt som en lösning av konflikten kan vara av avgörande betydelse för alla parter. En kortare tids vistelse i sjukhusets neutrala miljö kan vara synnerligen välgörande för dessa barn samtidigt som värdefull information om vad som kan vara bäst för barn och föräldrar kan erhållas i samband med observation av barn och föräldrar, enskilt och tillsammans med varandra.

6 Övriga fall i behov av sjukhusets utredningsresurser. Hit hör barn som behöver somatisk utredning, såsom gravt utvecklingsstörda barn, barn med misstänkt MBD-syndrom m fl. Men också, barn med oklara och svåra insufficiensbilder, där dock en rätt bedömning och adekvata åtgärder kan vara avgörande för barnets framtid. En sådan frågeställning kan vara: är barnet utvecklingsstört, dåligt stimulerat eller autistiskt? I liknande fall borde en utredning

under en tids sjukhusvistelse enligt min uppfattning vara självklar innan andra åtgärder vidtas.

Sjukhusvård ger väsentlig information

Den slutna vården har sålunda enligt min uppfattning genom sin exklusiva och breda personalbemanning (läkare-psykolog-kurator-lärare-förskolelärare, arbetsterapeut och vårdpersonal) goda möjligheter att utreda och i en del fall behandla akuta fall samt utreda fall som riskerar utveckla långvarig och svår psykisk insufficiens. Det har sagts att sjukhusintagning är olämplig, ja, t o m skadlig för barn men då det gäller att komma fram till väsentlig information som kan vara avgörande för barnets hela utveckling och framtidsmöjligheter kan en intagning inte bara vara försvarlig utan t o m en skyldighet mot barnet. Det är därför angeläget att motarbeta den fördomsfulla och ångestladdade skräcken för sjukhuset, vars tjänster så många behöver. Risken torde vara liten att vi idag missbrukar vårdplatserna genom att i onödan behålla patienten på sjukhuset med de vårdkostnader vi har.

För att sjukhusintagningen och den information som erhålls om patienten från den slutna vården skall kunna utnyttjas och komma patienter till del, fordras emellertid också andra förutsättningar än vad som sjukhuset har att erbjuda.

En sådan förutsättning är ett omfattande och nära samarbete mellan öppen och slutna vård. Icke få av de patienter som går under behandling i den öppna vården kommer akut till sjukhuset i samband med krissituationer. Även om sjukhuset kan ställa upp i den akuta situationen — som ej sällan inträffar på obekvämt arbetstid (i 48 % av fallen vid S:t Görans barn- och ungdomspsykiatriska klinik 1973) — bör dock den som leder behandlingen möta sin patient i denna krissituation. Ett sådant samarbete som innebär att personal

Risken torde vara liten att vi i dag missbrukar vårdplatserna genom att i onödan behålla patienten på sjukhuset med de vårdkostnader vi har.

En annan viktig förutsättning för att sjukhusvistelsen utnyttjas meningsfullt är att resurser för eftervård av patienterna skapas.

från den öppna vården tar kontakt med patienten redan på sjukhuset har diskuterats här i Stockholm (Nylander och Rydellius 1976). Lika betydelsefullt är ett samarbete mellan öppen och sluten vård då det gäller sådana patienter som psykotiska barn och ungdomar, som fall av "borderline"-typ eller anorexia nervosa m m, vilka är i behov av medicinsk kontroll och behandling och vilka ibland av sådana skäl behöver kortare tids inläggning.

En annan viktig förutsättning för att sjukhusvistelsen utnyttjas meningsfullt är att resurser för eftervård av patienterna skapas. Som tidigare redovisats beläggs inte få av klinikplatserna med fall som är "klinikfärdiga" men som inte kan skrivas ut från sjukhuset på grund av att de inte kan återgå till hemmet eller på grund av att plats på behandlingshem/fosterhem saknas (se tabell 2). Detta är olyckligt på många sätt, inte minst ur behandlingssynpunkt och innebär avsevärda "onödiga" utgifter för huvudmannen. Förbättrade resurser avseende placering av patienter i fosterhem eller på behandlingshem borde därför skapas. Utan effektivt fungerande behandlingshem är ej sällan det arbete som nedläggs inom den slutna vården bortkastat!

Tabell 2. Antal fall intagna vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus 1973, som vid utskrivningen placerats utom hemmet

Behandlingshem	41 fall	(22 ♂ 19 ♀)
Fosterhem	20 fall	(11 ♂ 9 ♀)
Omsorgsnämnden	13 fall	(9 ♂ 4 ♀)
Mentalsjukhus	6 fall	(4 ♂ 2 ♀)
Storfamilj	1 fall	(♀)
(Hemma-hos-terapeut)	2 fall	(1 ♂ 1 ♀)

50 % av samtliga vid kliniken intagna patienter placerades utom hemmet.

Slutligen krävs också enligt mitt förmenande en systematiserad uppföljning av de patienter som är svårt handikappade i sin miljö och till sin personlighet. Nu blir det ofta så att de går från institution till institution utan att någon känner personligt ansvar för dem. Själva tar de sällan initiativet till förnyade kontakter. En uppföljning av dessa patienter är nödvändig inte bara som metodkontroll utan också, och väsentligen, av humanitära skäl.

Först med klara riktlinjer för vilka barn och ungdomar som kan få hjälp genom intagning i den slutna vården och med utbyggda resurser för eftervård — belägna utanför sjukhuset — torde det bli möjligt att bedöma behovet av vårdplatser inom den psykiska barna- och ungdomsvården och löna sig att ta upp andra organisatoriska frågor till diskussion.