

Psykiatrisk hemsjukvård

Börje Lassenius

Tillgänglig statistik visar att andelen sjukhusvårdade schizofrena minskar. Många psykiskt handikappade som i dag skrivs ut från sjukhusen kan inte beredas arbete — även från de skyddade verkstäderna blir de "utslagna". Rehabiliteringen måste därför inriktas på stödtåtgärder av liknande slag som inom somatisk hemsjukvård. Den psykiatriska hemsjukvården bör ledas av det psykiatriska teamet. För bostadsanskaffning, för att få hjälp av hemvårdsorganisationen och i andra gemensamma frågor måste ett samarbete etableras mellan sjukvård och socialvård.

Före utskrivningen skall i samråd med patienten social träning och vårdplanering genomföras. För kontinuitetens skull bör patienten under hemsjukvård om möjligt ha kontakt med samma skötare som i slutenvård. Personal för hemsjukvård och andra öppenvårdsinsatser bör kunna frigöras genom omstrukturering av de psykiatriska sjukhusen. För att i detalj kunna planera för psykiatrisk hemsjukvård borde en försöksverksamhet snarast inledas.

Börje Lassenius är chefsläkare för den psykiatriska vården vid Sundsvalls sjukhus.

Från olika håll framhålls vikten av en ökad satsning på hemsjukvård, vilken man menar att såväl humanitära som ekonomiska skäl talar för. Det ökade intresset för denna vårdform har gjort att man prövar olika modeller, vilket även till en del betingas av svårigheten att finna en rimlig avgränsning mellan socialvårdens och sjukvårdens ansvarsområden. Spri har i en nyligen framlagd rapport (1975) redogjort för en studie av den nuvarande hemsjukvårdens omfattning och avser återkomma till hemsjukvårdens organisation och

resurskrav. Man påpekar att det främst är boende- och anhörigssituationen samt andra sociala förhållanden, vilka avgör om en patient kan klara sig med hemsjukvård. I Socialstyrelsens förslag till principprogram för långtidssjukvård (1974) understryker man, att de långtidssjuka både i hemsjukvård och sjukhemsvård skall skötas av sina distriktsläkare.

Det är beklagligt att huvudintresset vad gäller hemsjukvård inriktat sig på somatiskt sjuka medan den stora gruppen psykiskt handikappade i stort sett glömts bort. De allt bättre behandlingsmetoderna inom psykiatrin och den allt större förståelsen för att patienten kan ta skada av långvarig slutenvård har givit upphov till en ökad utskrivning av psykiskt långtidssjuka. Detta bör naturligtvis leda till en kraftigare satsning på öppna vårdformer och därmed även på en specialiserad och utbyggd psykiatrisk hemsjukvård.

Andelen sjukhusvårdade schizofrena minskar

Som *tabell 1* visar finns det ett ganska stort antal patienter på psykiatriska sjukhem. Då därtill den största delen av vårdplatserna på de psykiatriska lasaretten är belagda med långtidssjuka kan man konstatera, att det inom den psykiatriska vårdsektorn finns nästan lika många långvarigt institutionsvårdade som inom den somatiska långtidssjukvården. Inom den senare fanns enligt Rupro 1971 cirka 30 000 vårdplatser. Samma år var

Det är beklagligt att huvudintresset vad gäller hemsjukvård inriktat sig på somatiskt sjuka medan den stora gruppen psykiskt handikappade i stort sett glömts bort.

Tabell 1. År 1970 fanns inom den psykiatriska vårdsektorn följande platser tillgängliga.

Vårdform	Antal vårdplatser resp patienter
Lasarett för psykiatrisk vård	25 578
Psykiatriska kliniker vid delade lasarett	1 918
Sjukhem för psykiskt sjuka	7 003
Familjevård	1 495
Privata sjukhem	2 205

cirka 36 000 individer föremål för den organiserade hemsjukvårdens insatser.

Under de senaste decennierna har beläggningen på de psykiatriska lasarettens påtagligt förändrats. Tidigare utgjorde de långvarigt schizofrena huvudparten av de inläggande patienterna men numera har en förskjutning mot allt fler patienter med ålderspsykos, psykoneuroser och alkoholism skett. Det är svårt att få fram en jämförande statistik men redan de få år som redovisas i tabell 2 ger en belysning av detta. För att närmare studera hur minskningen av andelen schizofrena fördelar sig på olika åldersgrupper har jag i tabell 3 redovisat indextal. Den minskade andelen schizofrena kan naturligtvis bero på en ändrad diagnostik men erfarenheten talar för att det rör sig om en reellt ökad utskrivning.

Vårddagarna per år för schizofrena har totalt minskat med 1 155 000 från år 1965 till 1968.

Tabell 2. Vård dagar i slutna psykiatrisk lasarettsvård för vissa diagnosgrupper i procent av totalantalet vård dagar vissa år.

År	Schizofreni	Senil, presenil och arterioscl. psykos	Psyko-neuros	Alkohol-psykos o. alkoholism	Total-antal vård-dagar i 1000-tal
1965	52,7	16,5	5,3	2,9	9 759
1966	50,9	17,1	5,6	3,4	9 796
1967	46,1	17,3	8,9	4,0	10 139
1968	40,5	16,2	9,0	4,6	9 854

Tabell 3. Vård dagar i slutna psykiatrisk lasarettsvård för schizofrena i olika åldersgrupper åren 1966–68 i jämförelse med år 1965. 1965 = index 100.

År	— 34 år	35—54 år	55—w år	Schizofrena totalt
1966	98	93	99	97
1967	97	84	94	91
1968	89	71	80	78

Minskningen har varit lägst i den yngsta åldersgruppen (53 000) medan den utgjort 520 000 vård dagar i åldersgruppen 35—54 år och 582 000 i den äldsta åldersgruppen. Detta kan man sannolikt tolka som ett uttryck för ökade möjligheter till utskrivning av schizofrena patienter efter en inledande behandling på sjukhus.

I en studie av första-gångs-intagna schizofrena patienter, som intagits under 3 olika tidsperioder och som följts i 10 år, kunde vi visa, att den totala vårdtiden under 1960-talet markant minskat för schizofrena kvinnor jämfört med den totala vårdtiden under 1940-talet. Minskningen av vårdtiden under den 10-åriga uppföljningen var däremot inte lika tydlig för männen. (Lassenius, Ottosson & Rapp 1973). Vi drar den slutsatsen att skillnaden i vårdtider för män och kvinnor kan tänkas sammanhålla med sociala förhållanden och svårigheter för män att få arbete. Vi framhåller att vårdtiderna för män bör kunna minska till samma storleksordning som för kvinnor om förbättrad samhällsservice i form av skyddade aktiviteter, lämpliga bostäder och öppna vårdformer tillkommer.

Arbetsvård eller social träning?

Den ökade utskrivningen av schizofrena från sjukhusen kan vara ett resultat av förbättrade behandlingsmetoder och rehabiliteringsmöjligheter men den praktiska erfarenheten talar emot detta. Många av de utskrivna har alltså psykiska handikapp och har svårt att reda sig i samhället utan stödåtgärder. Iverna att motverka hospitalsskador

=====

Ivern att motverka hospitalsskador kan ibland leda till att patienten utskrivs till en tillvaro som är sämre än sjukhusmiljön.

=====

kan ibland leda till att patienten utskrivs till en tillvaro som är sämre än sjukhusmiljön. För många psykiskt sjuka framstår sysslolösheten och ensamheten som de största problemen och gör inte så sällan att den sjuka åter söker sig till sjukhuset, där han vanligen kan beredas någon form av sysselsättning och gemenskap.

I vårt välfärdssamhälle anses det att alla — även de handikappade — skall ha rätt till ett meningsfullt arbete. Vi har en väl utbyggd rehabiliteringsapparat med arbetsvårdsinstitutioner, skyddade verkstäder och omskolningskurser. För många psykiskt handikappade framstår dock de arbetsvårdande åtgärderna främst som en låtsaslek eftersom de inte leder till någon arbetsmöjlighet. Det har blivit allt vanligare att psykiskt störda blir "utslagna" även från skyddade verkstäder, på vilka den hårda produktionsinriktningen och kraven på prestation gör att arbetsledningen inte accepterar dåligt producerande individer. Från att tidigare haft som målsättning att återanpassa även långvarigt psykiskt sjuka till en normal tillvaro med lämpligt arbete har vi nu i många fall funnit det mer realistiskt att inrikta oss på en annan målsättning, nämligen att träna den psykiskt handikappade i socialt hänseende. I stället för att medverka till fortsatt hospitalisering med därav följande skador hos patienten inriktar vi oss på att träna patienten i boende, matlagning och socialt beteende. Det gäller då också att finna lämpliga former för sysselsättning och fritidsaktiviteter i stället för arbete. Denna träning bör och kan inledas på sjukhuset men för den fortsatta

=====

För många psykiskt handikappade framstår dock de arbetsvårdande åtgärderna främst som en låtsaslek eftersom de inte leder till någon arbetsmöjlighet.

=====

uppföljningen och stödet av patienten erfordras nya resurser av liknande slag som i annan hemsjukvård. Då fordras även ett gott samarbete mellan primärkommunal socialvård och landstingskommunal sjukvård samt en lämplig fördelning av insatserna.

Definitioner

Det är därför angeläget att försöka klargöra gränserna mellan hemvård, hemsjukvård och öppen vård. I samband med en försöksverksamhet i distriktsvården inom Västernorrlands läns landsting gjordes följande definitioner:

Hemvård som primärkommunen ansvarar för omfattar inköp, matlagning och disk, städning och rengöring, övriga arbetsuppgifter.

Hemsjukvård som landstinget ansvarar för innebär hjälp med hygien, påklädning, bäddning, utdelning av medicin, enklare omläggning, rörelseträning och promenader utomhus, sysselsättning, städning av sjukrum. Någon avgränsning mellan hemsjukvård och öppen vård har man dock inte gjort. Sannolikt kan man utgå ifrån att hemsjukvård är sådant som utförs i patientens hem, medan

öppen vård är åtgärder av sjukvårdskaraktär som vidtas på en särskilt anordnad mottagning, där patienten själv söker. Medicingivning, rörelseträning och sysselsättning vid speciellt anordnad mottagning skulle enligt detta falla under begreppet öppen vård, medan motsvarande åtgärder företagna av sjukvårdspersonal i patientens hem faller under rubriken hemsjukvård. Man har inte heller definierat skillnaden mellan halvöppen vård i form av t ex nattvård och kollektivt boende i servicehus. Jag utgår ifrån att man kallar det halvöppen vård, om patienten vistas under nätterna på sjukvårdsinrättning, medan man däremot kallar det kollektivt boende, om patienten bor i egen lägenhet i ett servicehus. På vissa håll i landet finns inackorderingshem för psykiskt handikappade och då måste definitionsmässigt denna "vårdform" kallas halvöppen vård, om inackorderingshemmet bedrivs av sjukvårdshuvudmannen, men däremot kallas kollektivt boende, om inackorderingshemmet drivs av primärkommun eller annan.

Vem behöver psykiatrisk hemsjukvård?

I rapporten "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation" (1973) framhålls som mål för psykiatrisk verksamhet bl a:

— Kontinuitet i vården och vårdens förankring i den lokala miljön.

— Ökad inriktning på familjediagnostik och familjeterapi.

— Ökad samordning av psykiatrisk vård och socialvård.

I denna rapport påpekas även vikten av att de stora psykiatriska sjukhusen på sikt ersätts med mindre enheter och likaså framhålls betydelsen av decentralisering, så att patienterna vårdas så nära sin hemmiljö som möjligt. Man påpekar att endast mer vårdkrävande patienter behöver långvarigt omhändertagande på sjukhus medan övriga patienter antingen skall beredas möjlighet till vistelse på små decentraliserade sjukhem eller placeras ute i samhället. För den grupp patienter med psykiska handikapp, som kan vistas utanför institution, erfordras dock speciella former av skyddat boende, skyddat arbete, sysselsättningsmöjligheter och stödåtgärder. Definitionsmässigt bör vissa av dessa åtgärder kunna utföras i form av hemsjukvård.

Det psykiatriska klientelet är mångskiftande och olika grupper kan vara i behov av speciella insatser. Många patienter med psykoneuros, affektiv sjukdom eller övergående psykotiska störningar kan klaras i en utbyggd psykiatrisk öppenvårdsorganisation. Andra inom dessa kategorier kan bli så handikappade att egentliga hemsjukvårdsåtgärder kan bli nödvändiga. Detta gäller i synnerhet schizofrena patienter med kvarstående handikapp. Alkoholisterna skall enligt gällande regler erhålla stöd och hjälp från den primärkommunala socialvårdens sida men resurserna är inte alltid tillräckliga. I grava fall kan hemsjukvård vara ett komplement till slutna vård. Tidiga for-

För att lösa gränsdragningsfrågor i de enskilda fallen behövs därför ett regelbundet och planerat samarbete mellan socialvård och sjukvård.

mer av ålderspsykosor och lindriga fall av organiska psykosor kan klaras i hemsjukvård men flertalet patienter med ålderspsykos torde erfordra slutna vård i någon form. För denna grupp kan hemsjukvårdsinsatserna med fördel ske inom den somatiska hemsjukvårdens ram.

Familjeterapi vill jag räkna till öppen vård medan hemma-hos-terapi kan betraktas som en form av hemsjukvård i vissa fall — i andra fall är det mer fråga om ett socialt stöd och sålunda icke om sjukvård. Vanligen bör den psykiatriska hemsjukvården ledas av det psykiatriska vårdteamet och inte av allmänläkaren.

Samarbete mellan socialvård och sjukvård

Inför utskrivningen måste planeringen av eventuella hemsjukvårdsinsatser ske i samråd med patienten, socialvården och andra myndigheter. Bostadsanskaffningen åvilar primärkommunen och för utrustning av bostaden fordras många gånger socialhjälp. Socialvården ställer ofta upp med hemsamarithjälp och färdiglagad mat för sina pensionärer. I vissa fall kan även sysselsättningsfrågan lösas från kommunernas sida. Sjukvården har å andra sidan att svara för handledning av hemsamariter och stödåtgärder av hemsjukvårdskaraktär. För att lösa gränsdragningsfrågor i de enskilda fallen behövs därför ett regelbundet och planerat samarbete mellan socialvård och sjukvård.

Boende

En stor del av de psykiskt handikappade, som har diagnosen schizofreni, är ogifta eller fränskilda. De har sålunda inte någon egen familj att bo hos utan måste antingen bo för sig själva eller hos sina föräldrar. I vissa fall kan det vara lämpligt att den handikappade bor hos sina föräldrar, men vanligen bör man sträva efter att stödja den handikap-

Vanligen bör den psykiatriska hemsjukvården ledas av det psykiatriska vårdteamet och inte av allmänläkaren.

Inför utskrivningen bör åtminstone de mer gravt psykiskt handikappade tränas i särskilda träningslägenheter.

pade i hans frigörelseprocess. Ibland är föräldrarna överbeskyddande och medverkar då till en ökad passivisering av patienten. I andra fall är föräldrarna gamla och har därför svårigheter att ta hand om patienten. När det gäller denna grupp av psykiskt handikappade bör därför anhörigbidrag ifrågakomma relativt sällan, eftersom det är angeläget att patienten blir föremål för stödåtgärder från specialutbildad personals sida.

Inför utskrivningen bör åtminstone de mer gravt psykiskt handikappade tränas i särskilda träningslägenheter för att lära sig att klara sig själva i egen bostad. Sådan träning bör ske enligt särskilt upprättat program så att patienten får en mångsidig övning. Programmet bör naturligtvis upprättas tillsammans med patienten.

Boendefrågan kan sedan lösas för mer störda patienter etappvis. En del handikappade kan behöva rätt mycken tillsyn och bör då ha möjlighet att bo i inackorderingshem eller lägenheter, där tillgång till vårdpersonal finns. Nästa etapp kan utgöras av boende i gemensam bostad för en grupp handikappade eller av boende i servicehus med tillgång till viss tillsyn dygnet runt. Följande steg utgörs av boende i egen lägenhet. För att möjliggöra detta erfordras särskilda insatser från socialvårdens sida. Många psykiskt handikappade har låg pension och därför bristande resurser att skaffa sig lägenheter och att utrusta dessa. Ibland uppkommer det problem genom att patienten vid utskrivningen vill stanna i den kommun, där sjukhuset ligger, trots att han är skriven på annat håll. Det är viktigt att de kommunala myndigheterna då visar sig flexibla eftersom många patienter kan behöva fortsatt stöd från sjukhusets sida.

Familjevård

Familjevård kan säkert vara ett värdefullt hjälpmedel i rehabiliteringen av en patient om åtgärden blir av kortvarig natur och sker i intimt samarbete

Många gånger är dock familjevården en långvarig placering. Då kommer den handikappade att fortfarande befinna sig i en beroendeställning och vara osjälvständig.

med patienten och efter patientens egna önsningar. Många gånger är dock familjevården en långvarig placering av en psykiskt handikappad. Då kommer den handikappade att fortfarande befinna sig i en beroendeställning och vara osjälvständig. Detta leder till fortsatt passivisering och understryker regressiva drag hos patienten samt förstärker tidigare institutionsskador. Enligt min personliga uppfattning bör familjevård i den gamla meningen avskaffas. Om patientens tillstånd kräver regelbunden tillsyn och påtaglig omvårdnad bör patienten få vistas på ett mindre sjukhem, men vid detta sjukhem skall då finnas tillgång till rehabiliteringsmöjligheter och stöd från ett psykiatriskt team. Målsättningen bör vara att patienten på sikt skall lämna sjukhemmet och klara sig på egen hand. Möjligt är att vissa familjevårdshem redan i dag fungerar enligt denna modell men det är viktigt att dessa hem ej är för stora.

Återigen andra familjevårdspatienter gör en fullgod eller åtminstone tillfredsställande arbetsinsats. De bör då avlönas och anställas på vanligt sätt. I den mån deras arbetsförmåga är nedsatt bör detta kompenseras genom partiell pension.

Patienter som kan klara sig själva men inte gör en tillräckligt stor arbetsinsats bör beredas möjlighet till eget boende och erhålla hemhjälpsservice, ekonomiskt stöd genom förtidspension och psykiatriskt stöd i samma utsträckning som andra psykiskt handikappade. Det torde vara olämpligt att "hemsjukvård" i form av familjevård ersätter hemsjukvård av mer kompetent personal.

Social träning och stödåtgärder

Inför utskrivningen bör patienten undergå social träning. För många av de psykiskt handikappade fordras därefter fortsatt träning för att förebygga

De socioterapeutiska insatserna får endast utgöra en servicefunktion men inte beröva individerna deras eget initiativ.

Sjukvårdshuvudmännen måste även inse sitt ansvar för en ökad satsning på psykiatrisk hemsjukvård.

passivisering. Den sociala träningen kan med fördel ske i form av gruppverksamhet, deltagande i studiecirklar och andra gemensamhetsaktiviteter. I stor utsträckning kan detta ske genom att samhällets vanliga resurser utnyttjas men den psykiskt handikappade behöver stöd och hjälp för att hitta i samhällets utbud av fritidsaktiviteter. Inom de psykiatriska sjukhusen finns vanligen en väl utbyggd socioterapeutisk organisation, som enligt min uppfattning i ökad utsträckning borde engageras i verksamhet utanför sjukhusen, särskilt för psykiskt handikappade. Denna verksamhet kan då lämpligen ske på speciellt inrättade dagcentra för pensionärer och handikappade. F d patienter bör även beredas möjlighet till gemenskap med nuvarande patienter på av socioterapin anordnade resor och på patientklubbar. Det är naturligtvis av största vikt att patienterna initieras till egen verksamhet i alla dessa sammanhang. De socioterapeutiska insatserna får endast utgöra en servicefunktion men inte beröva individerna deras eget initiativ.

För kontroll av medicinering och för psykiskt stöd till patienten kan inte hemsamariten ensam vara ansvarig utan stöd av psykiatriskt utbildad personal. Vid ett sjukhem i vårt län (Hamsta sjukhem i Timrå) har vi cirka 35 patienter, som efter utskrivning bor för sig själva eller som sammanboende par. Dessa får regelbunden tillsyn från sjukhemmets sida antingen genom att patienten besöker sjukhemmet eller genom hembesök av personal. Den dagliga omvårdnaden svarar hemsamariter för. För kontinuitetens skull är det angeläget att stödåtgärderna kan skötas av personal, som känner patienten från tidigare vårdtillfällen. Det är därvid viktigt att även personalen i sin tur får kompetent handledning och hjälp från det psykiatriska teamets sida.

Sysselsättning

Många psykiskt handikappade kan inte återvända till dagens krävande arbetsmarknad. Därför behövs andra sysselsättningsmöjligheter. En del f d patienter kan naturligtvis fortsätta i arbetsterapi på den institution, där de tidigare vårdats. För många torde det dock vara bättre om möjlighet till sysselsättning kunde beredas utanför en institution, som de kanske upplever som negativ och som de icke önskar kontakt med. Dessutom är en sysselsättning utanför institutionen av betydelse för patientens normalisering. På detta område råder i dag en stor brist på resurser för psykiskt handikappade; förhållandet är ofta betydligt bättre inom omsorgsvården för psykiskt utvecklingsstörda. Inom den psykiatriska sektorns arbetsterapi finns kunnande och erfarenhet rörande psykiskt handikappade. I samband med att antalet långvarigt psykiskt sjuka minskar på de psykiatriska sjukhusen borde en omstrukturering kunna ske, vilken skulle leda till att arbetsterapipersonal i likhet med socioterapipersonal i ökad utsträckning kunde verka utanför sjukhusen.

Arbetsterapi av betydelse är svårt att utföra i hemmen och därför behövs särskilda dagcentra. Bl a i Göteborg har inrättats dagcentrum för f d patienter från den psykiatriska vården.* Dyliga dagcentra antingen speciellt inrättade för psykiskt handikappade eller i samarbete med primärkommunen gemensamt för alla pensionärer men med tillgång till psykiatriskt skolad vårdpersonal kunde vara till stor hjälp för de psykiskt handikappade, som vistas utanför sjukhusen. På dagcentrum kan anordnas kontakt med därför lämpad personal för stödterapi för de psykiskt handikappade. Olika aktiviteter för att bryta isolering och skapa gemenskap, såsom kulturella aktiviteter, studiecirk-

* En artikel om Frölunda dagcentrum återfinnes i detta nr av SMT.

En försöksverksamhet bör snarast komma till stånd som uttryck för en politisk vilja att prioritera psykiatrisk vård, öppen vård och hemsjukvård.

lar och annan fritidsverksamhet kan anordnas. Lokalerna kan användas för klubbverksamhet av de handikappade. Sysselsättning och arbetsterapi kan ske inom dessa lokaler. Möjlighet till utspising på dagcentrumet skulle underlätta för hemvården.

Personal kan frigöras genom omstrukturering

Den psykiatriska hemsjukvården bör ledas av ett psykiatriskt team, som kan ge handledning och stöd åt den skötarpersonal, som följer patienten från den slutna vården vidare till hans hem. Primärvårdens personal har inte sådan erfarenhet att den kan svara för stödåtgärder för mer gravt psykiskt handikappade och kontinuitetsprincipen talar också för fortsatt kontakt med den vårdpersonal, som svarat för den slutna vården. Genom att en allt större del av patienterna kan överföras från slutna vård till öppenvård och hemsjukvård bör personalresurser kunna frigöras inom socioterapi, arbetsterapi och på vårdavdelningarna. För att kunna omstrukturera verksamheten och få vårdpersonalen ut på fältet behöver skötarna ut-

bildning och handledning. Sjukvårdshuvudmännen måste även inse sitt ansvar för en ökad satsning på psykiatrisk hemsjukvård och inte ställa personal till förfogande i relation till antalet vårdplatser. Socialvården måste ställa krav på ett ökat engagemang från psykiatrins sida för de utskrivna patienterna.

En sådan omstrukturering är en besvärlig process och bör föregås av en försöksverksamhet för att närmare utforma detaljerna för psykiatrisk hemsjukvård. En sådan försöksverksamhet bör snarast komma till stånd som uttryck för en politisk vilja att konkretisera de många uttalanden om en prioritering av psykiatrisk vård, öppen vård och hemsjukvård.

REFERENSER

- Lassenius, B., J.-O. Ottosson & W. Rapp: Prognosis in schizophrenia. The need for institutionalized care. *Acta psychiat. scand.* 49: 294—305, 1973.
- Socialstyrelsen, rapport från expertgrupper: Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Stockholm 1973.
- Socialstyrelsen: Principprogram för långtidssjukvård, förslag. Stockholm 1974.
- Spri-rapport: Hemsjukvård—sjukhemsvård, projekt 3011, nr 17/74. Stockholm 1975.
- Frölunda dagcentrum. *Socialmedicinsk tidskrift*, 52: 502, 1975.