

Rapport från ett behandlingshem

Ullastina Adolfson

Ann Bolinder

Siv Karlsson

Kerstin Lundström

Bengt Rundberg

För närvarande debatteras våra sjukvårdskostnader och den oroande utvecklingen mot ett allt större inanspråktagande av bruttonationalprodukten för sjukvårdsändamål. Det är därför nödvändigt att i görligaste mån söka värdera de skilda behandlingsresurser som idag står till buds, inte minst för att få underlag för fortsatt planering.

Vi har bl a av denna anledning ansett det berättigat att kortfattat beskriva verksamheten vid ett behandlingshem, knutet till den psykiska barn- och ungdomsvården, och samtidigt ge en enkel deskriptiv bild av behandlingsresultaten.

I ett statligt betänkande (SOU 1958:20) tog man första gången upp tanken på att komplettera de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna vid centralasareten med små institutioner, behandlingshem, som kunde ge barn och ungdomar bättre miljö för långtidsvård. Behandlingen skulle syfta till att genom olika terapeutiska metoder läka de skador som förelåg, så att patienterna kunde återbördas till hem, skola eller arbete. Mentalsjukvårdsberedningen har senare i ett "PM med förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar" (1968) ytterligare utformat de behandlingsmiljöer som ansågs ändamålsenliga.

Enligt denna centrala planering borde i varje landstingsområde finnas en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, behandlingshem med skilda behandlingsmiljöer samt utskrivningshem. Inom Örebro län finns sedan 1955 en barn- och ung-

Ett behandlingshem inom den psykiska barn- och ungdomsvården beskrives kortfattat och resultaten av en enkel efterundersökning av behandlingsresultaten redovisas beträffande de patienter som vårdats vid behandlingshemmet åren 1962—1969. Klientelet utgörs av genomgående svårt psykiskt störda barn med rik symptomflora och lång tids oförmåga att fungera i familj, kamratkrets och skola. Vid bedömning efter utredning på barnpsykiatrisk klinik har man ansett att samhället utöver behandling på behandlingshem saknat adekvata behandlingsresurser. Ur dessa synpunkter torde behandlingsresultaten med 63 % socialt fungerande ungdomar vid efterkontroll kunna försvara de utan tvekan mycket höga kostnader, som är förbundna med denna vårdform. Det har också visat sig att de terapeutiska åtgärder som insatts beträffande patienternas familjer i flera fall medfört att tidigare arbetsoförmögna föräldrar kunnat varaktigt återgå till arbete. Behovet av ytterligare resultatredovisningar med förbättrade bedömningsinstrument påpekas som en väsentlig faktor för den framtida planeringen av en utbyggd vårdorganisation. Värdet av "professionella" fosterhem som komplement till nuvarande vårdresurser inom den psykiska barn- och ungdomsvården framhålls.

Uppsatsen utgår från den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid regionsjukhuset i Örebro, där Ullastina Adolfson och Siv Karlsson är psykologer, Ann Bolinder och Kerstin Lundström kuratorer samt Bengt Rundberg överläkare.

domspsykiatrisk klinik vid regionsjukhuset, omfattande en vårdavdelning för barn med 12 vårdplatser, en tonårsavdelning med 11 patienter samt en dagsjukvårdsavdelning med 10 platser och dessutom öppenvårdresurser. Sedan 1962 arbetar det här beskrivna behandlingshemmet och i år har också ett utskrivningshem med 6 platser tagits i bruk. I framtida planering har diskuterats ytterligare ett behandlingshem samt öppenvårdsmottagningar (centraler) i Örebro, Karlskoga och Lindesberg.

Behandlingshemmets resurser

Utvecklingen i landet har gått långsamt och ännu saknas behandlingshem i många län. Ett av de första som inrättades efter de ovan angivna riktlinjerna är Kumlahemmet, knutet till den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Regionsjukhuset i Örebro. Man startade 1962 i lokaler, som tidigare använts som upptagningshem inom den sociala barnvården, och med personal som vidareutbildades vid landets första anstaltspedagogiska yrkeskurs. Hemmet har 10 vårdplatser, men det har visat sig att man med hänsyn till klientlets svårighetsgrad endast undantagsvis kunnat ha så stor grupp samlad, varför beläggningen större delen av tiden hållit sig omkring 8–9 patienter. Personalen består av föreståndare, bitr. föreståndare, 6,40 barnhemsassistenter, kokerska, köksbiträde, städerska och deltidsarbetande vaktmästare. Samtliga anställda deltar i vården av patienterna och i de dagliga "hushållssysslorna" tillsammans med barnen. Alla anställda deltar också aktivt i behandlingskonferenser, föräldragrupp-terapi etc.

Det medicinskt-psykiatriska ansvaret ligger på ett team från kliniken, som därigenom också svarar för viss kontinuitet i vården. På deltid tjänstgör således en barnpsykiater, en kurator och en psykoterapeut från kliniken vid Kumlahemmet. Detta team har dels patientkontakt, dels bedriver kuratorn tillsammans med föreståndaren case-work med patienternas föräldrar och leder tillsammans med psykoterapeuten och vårdpersonalen grupp-terapi med föräldrarna. Teamet ger dessutom direkt personalhandledning vid varje vecka förekommande konferenser med hela personalen, varvid patienternas behandling fortlöpan- de diskuteras. Slutligen bedrivs kontinuerlig personalutbildning genom sammankomster 2 à 3 gånger per månad. Patienterna behåller i gör-ligaste mån kontakten med föräldrarna genom weekend-besök i hemmet. Dessutom ber man vid lämpliga tidpunkter under behandlingens gång föräldrar att delta i arbetet under några dagars vistelse på Kumlahemmet.

Eftersom behandlingshemmet inte har inbyggd skola har man från början haft ett intimt sam-

arbete med stadens skolmyndigheter. Detta samarbete har hela tiden varit utmärkt och inneburit att flertalet intagna snabbt kunnat placeras i omsorgsfullt valda klassavdelningar, vars lärare kontinuerligt samarbetat med hemmets personal. I en del fall har skolundervisningen initialt skett genom enskild undervisning, varvid skolstyrelsen med statsbidrag ersatt 5 veckotimmar och landstinget bekostat ytterligare 5 veckotimmar. Sedan förbättring inträtt har patienten börjat med klassundervisning i enstaka ämnen, varefter denna efter hand byggts ut.

Även i övrigt utnyttjas kommunens möjligheter flitigt, t ex i form av ungdomsföreningar, musikgrupper och motionsidrott, framför allt simning. I omgivningarna finns skog, sjö etc, vilket ger goda möjligheter till gruppträning under utflykter, hajker o s v. Vintersportlovet brukar tillbringas i landstingets "specialkoloni" i Bergslagen.

Barnpsykiatri är i själva verket familjepsykiatri. I arbetet med patienternas föräldrar har samhällsresurserna utnyttjats. Ett gott samarbete med länsarbetsnämnd och arbetsvård har i en hel del fall medfört att arbetsoförmögna föräldrar, som lång tid erhållit socialhjälp, har kunnat gå ut i arbetslivet och stadigvarande själva klarar sin försörjning med allt vad det innebär av stärkt självkänsla och förbättrat klimat i familjen.

Material för en efterundersökning

Avsikten var från början att man vid hemmet endast skulle ta emot barn och ungdomar med neurotiska sjukdomstillstånd, där man bedömde det möjligt att psykoterapeutiskt behandla också föräldrarna i avsikt att patienterna efter avslutad behandling skulle kunna återgå till det biologiska hemmet. I praktiken har de intagna patienterna haft varierande diagnoser. I viss utsträckning har man redan då intagningsindikationerna diskuterats varit på det klara med att patienten icke skulle kunna återgå till hemmet, men att långtidsbehandling erfordrades för att patienten skulle bli i sådant skick att han/hon först därefter kunde fortsätta behandlingen i kvalificerat fosterhem. När vi nu gått igenom journalmaterialet finner vi att patienterna i själva verket har en enda gemensam

nämnare: efter utredning vid kliniken har vi icke vid behandlingskonferens kunnat finna något enda adekvat behandlingsalternativ i övrigt inom samhällets resurser. Problemställningen har oftast varit att antingen göra ett behandlingsförsök på Kumlahemmet eller resignera. Intagningen på kliniken har föranletts av lång tids svåra anpassningsproblem, oförmåga att fungera i hemmiljön, i lekaktiviteter och i skola. Om man skulle jämföra med ett vuxenkielntel skulle beskrivningen omfatta total arbetsoförmåga under lång tid p g a allvarliga och djupgående psykiska störningar.

På Kumlahemmet har under perioden 1962—1969 vårdats 78 patienter, 44 pojkar och 34 flickor. Undersökningen omfattar 63 patienter, 34 pojkar och 29 flickor, eftersom 15 patienter utslutits av följande skäl:

1. om vårdtiden understigit 1 månad ("felplace-rade" fall)
2. om kontrolltiden (d v s den tid som förflutit mellan utskrivningen och fram till datum för kontroll) understigit 6 månader.

Däremot har man kunnat spåra samtliga patienter för kontroll (inget bortfall).

Aldern vid intagningen varierar p g a enstaka "extremfall" mellan 3 till 22 år med en koncentration kring åldrarna 10—12 år. Under senare år varierar åldern vid intagningen mellan 7 och 14 år.

Medelvårdtiden är i materialet 10 månader, varvid vistelser i hemmet under jul och en sommarmånad icke frånräknats. Vårdavgiften var 1970 270 kronor och räknat i detta års kostnadsläge blir således kostnaden per vårdad patient i genomsnitt 81.000 kronor.

Samtliga journaler från perioden 1962—1969 har genomgått och med utgångspunkt från journalmaterialet har vi försökt bedöma behandlingsresultatet vid tidpunkten för utskrivningen. Vi har därefter nu tagit kontakt med patienterna, deras föräldrar, barnavårdsmyndigheter, skolor etc och ställt preciserade frågor angående patienternas nuvarande tillstånd, anpassning etc. Dessa uppgifter har inhämtats vid telefonintervjuer eller i samband med patienternas besök på klinikens mottagning.

Tyvärr har således inte samtliga patienter kunnat efterundersökas vid personliga besök, bl a beroende på nuvarande bostadsorter långt från kliniken. Å andra sidan har vi strävat efter att inhämta sakuppgifter i preciserad form och från uppgiftslämnare som vi känner väl sedan flera år. I undersökningsteamet har vi sedan sökt ena oss om en bedömning av patienternas nuvarande sociala anpassning, d v s funktionen i familjen, kamraterkretsen och skolan, respektive yrkeslivet, eventuella kvarstående symtom etc. Om man inom undersökningsteamet varit det minsta oense i bedömningen har patienten hänförs till den "lägsta" grupp som angivits av någon av de i undersökningsgruppen ingående. De gruppbe-teckningar som använts är frisk, förbättrad, oförändrad, försämrade samt svårbedömd.

Med beteckningen "frisk" menar vi en patient som är helt symtomfri och som fungerar friktionsfritt i sin sociala situation (familj, kamrater, skola etc). Med "förbättrad" menar vi en patient som har vissa kvarstående lätta symtom, men som ändå fungerar relativt väl i socialt avseende. Med "oförändrad" menas en patient där symtom och sociala anpassningssvårigheter kvarstår vid kontrollen. I de fall som bedömts som "försämrade" har symtombilden och/eller den sociala anpassningen påfallande försämrats. Slutligen har till gruppen "svårbedömda" förts fall, där de insamlade uppgifterna varit så vaga eller uppgiftslämnarnas medverkan så osäker att en godtagbar bedömning ej kunnat ske. I bearbetningen av resultaten har sedan grupperna "friska" och "förbättrade" sammanförts till en grupp samt grupperna "oförändrade" och "försämrade" likaså sammanförts till en grupp.

En fallbeskrivning

En fallbeskrivning kan möjligen illustrera bedömningen:

En vid intagningen 9-årig pojke med starkt dissociativa tendenser i sitt beteende. Familjen har förutom patienten två yngre och två äldre barn, som alla är placerade i fosterhem eller barnhem. Tidigt splittrad familj, fadern arbetsskygg, alkoholmissbrukare och kriminaliserad, modern psykiskt insufficiant långa tider. Patienten barnhems-placerad två gånger och fosterhemsplacerad två gånger.

Hans beteende beskrevs som starkt avvikande varför varken fosterhem eller barnhem kunnat manövrera eller normalisera honom. Han är splittrad, vagabonderande och oroväckande feminin till sin identifiering vilket särskilt skrämte och oroade omgivningen. Under avdelningsvistelsen bekräftas hans symtom i test och beteende. Han visar sig dock ha känslomässiga resurser att knyta an till vuxna, ett rikt fantasiliv som han både i lek och verbalt kan demonstrera och bearbeta. Han är väl normalbegåvad utan läsionella symtom. Man upplever honom dock som relativt tidigt störd, dissociativ med en djup upplevelse av bristande tillit i tillhörighetskänslan och han rubriceras som en dissociativ neuros. Då han bedöms för arbetsam för fosterhem och det vid upprepade tillfällen visat sig att vanligt barnhem ej klarar av patienten och han tycks vara i starkt behov av psykoterapeutisk behandling, placeras han på Kumlahemmet och behandlas där från april 1969 till januari 1970. Under vistelsen på Kumlahemmet regredierar patienten efter några veckor och visar kraftiga aggressiva besvikelseupplevelser gentemot kvinnlig personal, spelar upp ett brett register av preoidipala störningar, som vårdpersonal med handledning från läkare och psykolog hjälper honom att arbeta sig igenom. Efter hand agerar han även ut sin ambivalens inför sin könsidentifiering i lek och teaterspel på hemmet. Han söker sig alltmer till manlig personal och verkar ha lämnat sin strävan efter kvinnlig identifiering. Skolgång först som enskild undervisning och senare slussas han successivt över i normalklass. Även den nya skola som skall ta hand om patienten informeras grundligt. Med kuratorssamtal hjälper man patientens fosterhemsfamilj att "släppa" honom och de nya fosterföräldrarna, som man så småningom hittar, att lära känna patienten. Det visar sig att grannar till den familj där patientens ena broder är placerad är intresserade av att överta vården av patienten. Utskrives förbättrad till väl förberett fosterhem. Därefter täta stöd-kontakter med det nya fosterhemmet, där han till en början återfaller till en del av sitt tidigare beteende, men med möjlighet för fosterföräldrarna att diskutera olika förhållningssätt inför hans symtom förbättras han snart och klarar skolgång och anpassning i hemmet fint. Efter ett års kontroll verkar han helt stabiliserad i sin nya tillvaro.

Resultat

Vid *vårdtidens slut* bedöms av de i materialet ingående 63 patienterna 47 (ca 75 %) vara friska/förbättrade och 14 (ca 22 %) oförändrade/försämrade medan 2 fall rubricerades som "svårbedömda".

Vid *efterkontrollen* kunde 40 fall (63 %) anses friska/förbättrade medan 20 fall bedömdes som oförändrade/försämrade och 3 fall rubricerades som "svårbedömda".

Av de patienter som *vid utskrivningen bedömdes som friska/förbättrade* har 10 patienter vid kontrollen rubricerats som oförändrade/försämrade. I *två fall* hade man vid utskrivningen bedömt det nödvändigt för fortsatt förbättring med placering i fosterhem. Detta avböjdes av föräld-

rarna och situationen har sedan försämrats för patientens del.

Ett fall är en progredierande psykos, som var i gott skick vid utskrivningen men som senare försämrats.

Ett fall (pojke) är en polysymtomatisk patient med bl a en ytterst besvärlig encopres. Patienten är numera socialt fungerande och klarar yrkesarbete utan problem, men en lätt enkopres kvarstår ännu i övre tonåren. Av de övriga kommer *två fall* från utomordentligt belastade hemmiljöer, där patienternas förbättring inte kvarstår efter återgång till hemmet. Slutligen har i *fyra fall* en försämring skett utan att man kan peka på speciella faktorer som kan antas orsaka denna försämring.

Av dem som *vid utskrivningen rubricerades som oförändrade/försämrade* har *tre pojkar* vid kontrollundersökningen kunnat rubriceras som friska/förbättrade. I *ett fall* rör det sig om ett psykotiskt skov, som behandlades och som nu helt tillfrisknat, men som vid utskrivningen har små kvarstående symtom.

Ett fall är en långdragen astenisk pubertetsdepression, som skrevs ut sedan förbättring inträtt och där sedan samtliga symtom försvunnit och ej återkommit under den 62 månader långa kontrolltiden.

Ett fall slutligen rörde sig om en svårt kontaktstörd depressiv pojke där man under vårdtiden ordnade en kontakt med "weekend-föräldrar", som sedan kunde överta vården som fosterföräldrar. Efter placering i fosterhemmet förbättrades patienten snabbt och vid kontroll 32 månader efter utskrivningen är patienten helt frisk.

Som tidigare framhållits är materialet heterogent och polysymtomatiskt, varför det varit svårt att genomföra en gruppindelning efter diagnos etc. Vi har dock försökt skilja ut några grupper där ett gemensamt ytsymtom varit förhärskande, nämligen patienter med aggressiva symtom, med depressiva symtom samt obsessiva symtom, huvudsakligen långvariga skolfobier.

Patienter med aggressiva symtom. I materialet förekommer 23 fall med utpräglat aggressiva symtom. Av dessa var 16 friska/förbättrade vid ut-

skrivningen samt 13 friska/förbättrade vid kontroll.

Patienter med depressiva symtom. Av totala antalet 10 fall var 8 friska/förbättrade vid utskrivningen men endast 4 fall friska/förbättrade vid kontroll. Uppföljningen visar att det i dessa fall delvis rör sig om cykliska försämringstillstånd med periodvis nedsatt prestationsförmåga i skolan, håglöshet, irritabilitet etc och som vid tidpunkt för kontroll befann sig i "nedgångsfas".

Patienter med obsessiva symtom. (Huvudsakligen skolfobier med 1 à 2 terminers frånvaro från skolan före intagning.) Av 11 fall rubricerades samtliga som friska/förbättrade vid utskrivningen och 9 fall friska/förbättrade vid kontroll. Påpekas bör att dessa fall huvudsakligen vårdades på behandlingshemmet under de första åren medan vi senare fått ökade möjligheter vid kliniken att starta behandlingen mycket tidigare under utvecklingen av en skolfobi och därmed kunnat undvika intagning på behandlingshemmet.

Diskussion

Det patientmaterial från ett behandlingshem, som här redovisas, är synnerligen heterogent. Intagningsindikationerna måste med nödvändighet växla mellan olika institutioner, varför resultaten icke kan jämföras med tidigare publicerade undersökningar från andra länder. Dessutom är redovisningen med nödvändighet endast deskriptiv och kontrollmaterial saknas. Värde förligger ytterligare av det förhållandet att bedömare icke haft möjlighet att personligen undersöka samtliga patienter vid efterkontrollen utan i vissa fall fått nöja sig med telefonintervjuer av patienter, anhöriga, myndigheter etc. Telefonintervjuerna har dock varit "programmerade" med preciserade frågeställningar.

Trots vad som ovan sagts bör det dock vara av värde att redovisa behandlingsresultat även i denna form, då några bedömningar av behandlingshemmens vårdinsatser hittills icke gjorts i Sverige. Det är vår uppfattning att en "produktionskontroll" är nödvändig för att man i fortsättningen bättre skall kunna bedöma vilka åtgärder som bör vidtas, vilka vårdresurser som bör utbyggas

etc. En diskussion från skilda institutioner kring behandlingsformer och resultat, där man efter hand söker förfina våra nu mycket grova mätinstrument bör så småningom ge underlag för säkrare bedömningar. I samband med den nu redovisade rapporten har vi många gånger beklagat att vi inte redan 1962 lagt upp journalmaterialet så att också de fall, som vid utredning på den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken satts på "väntelista" för intagning på Kumlahemmet, men som p.g.a. platsbrist eller av andra skäl ej kunnat beredas behandlingshemsvård, hade registrerats. Dessa fall har sålunda behandlats på annat sätt eller eventuellt inte alls och hade därigenom vid vår efterundersökning kunnat användas som "kontrollgrupp". Från 1967 är emellertid kliniken samtliga fall registrerade i ett datasystem som bl.a. innehåller uppgifter om vid utskrivningen från kliniken föreslagen åtgärd även om denna senare visat sig ogenomförbar. Längre fram kan sålunda en dylik kontrollgrupp jämföras med ett behandlat klientel. Även andra möjligheter att förbättra bedömningsinstrumenten torde finnas.

Även om vi sålunda är medvetna om redovisningens begränsade värde är de resultat som erhållits för oss uppmuntrande, i all synnerhet som flera av oss följt dessa fall från intagningen på den barnpsykiatriska kliniken och då upplevt de stora svårigheter barnen haft. Vi är övertygade om det berättigade i att satsa på en utbyggnad av denna vårdform över samtliga landstingsområden. Kan svåra psykiska störningar läkas ut redan under barnaåren så att också vuxenåren innebär symptomfrihet, arbetsförmåga och tillfredsställande social anpassning är mycket vunnet. Förbättringar i vårdorganisationen kan säkert medföra bättre resultat och eventuellt lägre kostnader per patient. Sålunda skulle eventuellt den totala vårdtiden per patient på behandlingshem kunna förkortas om den psykiska barna- och ungdomsvården också hade tillgång till en liten grupp "professionella" i fosterhem inom varje landstingsområde.