

Geronto-psykiatrisk behandling på sygehuse og plejehjem

Gudmund Magnussen

Hospitalsbehandling af psyko-geriatriiske patienter har traditionelt betegnet slutfasen af patientens sygdom og hele levetid.

Betydelige fremskridt inden for diagnostik og behandling har dog inden for de sidste to decennier yderligere skabt en indikation for tidlig behandling af psyko-geriatriiske sygdomme, også indbefattende hospitalsbehandling.

Sådan tidlig behandling kan i nogle tilfælde helbrede eller bedre psyko-geriatriiske lidelser. Den kan yderligere i en vis udstrækning forebygge, respektive udskyde behovet for varig eller terminal anbringelse på hospital eller anden institution.

Desuagtet vil der fremdeles være et meget betydeligt behov for varig eller terminal anbringelse i hospital eller plejehjem, hvor en forsætlig aktiv behandling er vigtig.

Dette er den rent faglige psykiatriske baggrund for de krav der må stilles til moderne institutioner for patienter med psyko-geriatriiske lidelser.

Man må i dag tilstræbe en prognostisk vurdering indeholdt i diagnosen (18), således at man allerede i diagnosen har retningslinjer for den behandling, respektive pleje, som den pågældende sygdom indikerer.

Nogle af de vigtigste problemer vedrørende prognosen i diagnosen, og de respektive behov for behandling og pleje af psyko-geriatriiske patienter i hospitaler og plejehjem, skal jeg i det følgende komme nærmere ind på.

Forinden skal omtales nogle eksterne faktorer, som har betydning for de psyko-geriatriiske institutioners omfang og struktur, og for hele deres social-medicinske placering i samfundet.

De seneste årens udvikling inom geriatrik och psykiatri har medfört att de psyko-geriatriiska institutionerna icke längre enbart fungerar som stationer för en sista fas av förvaring. De har fått en betydelsefull roll både beträffande den tidigare och hela den aktiva behandlingen av psyko-geriatriiska åkommor. Ett viktigt framsteg är också den prognostiska differentieringen i diagnostiken på området.

Artikelförfattaren ställer de kliniska aspekterna betr. psyko-geriatriken i relation till de typer av sjukhusavdelningar där man oftast träffar på respektive huvudgrupper av psyko-geriatriiska åkommor. Mot denna bakgrund diskuteras principiella riktlinjer för behandlingen. Både det relativa och det absoluta vårdbehovet inom detta klientel måste beaktas. Slutligen skisseras de psyko-geriatriiska institutionernas organisatoriska placering inom ramen för det samlade systemet av social-medicinska stödåtgärder för äldre.

Befolkningsudviklingen

Geriatrien er et barn af dette århundrede i den forstand, at det først er i dette århundrede, at antallet af gamle er steget så betydeligt, både i numerisk antal og i procent af den samlede befolkning (6, 10, 11, 13, 20).

I årene 1870—1900 ændredes procenten af aldersgruppen 60 år + for hele Europa kun fra 9,0 til 9,2 — medens den i 1960 var nået op på 13,2.

I de skandinaviske lande er procenten af gamle og væksten heraf noget forskellig.

I 1960—62 lå procenterne af aldersgruppen 65 år + højest i Sverige med 12,2 %, ens i Norge og Danmark med ca. 11 % og lavest i Finland med 7,5 %.

10-året 1960—70 beregnes den samlede danske befolkning at tiltage med 11 %, mens gruppen 65 år + tiltager med 25 %.

Dermed synes tilvæksten også at have kulmine-

ret i Danmark, hvor man nu gjort den alarmende iagttagelse, at middelelivetiden, der hidtil har været stigende, er begyndt at falde for mænd i alle aldersklasser, medens den stadig er stigende for kvinder (23).

Dette hænger bl.a. sammen med en foruroligende stigning i dødeligheden af hjertesygdomme hos mænd, der f.eks. for aldersgruppen 50–69 år er steget med ikke mindre end 22 % i de sidste 10 år (14).

Samtidig har der siden 1950 i Danmark været en tiltagende overvægt af kvinder 65 år +. Den er fra 1950–65 steget fra 11,8 %—21,6 % for hele landet, og i Glostrup hospitalets område, de Københavnske forstæder, er den fra 1960–65 steget fra 26,5—32,6 %. Da overvægten tillige er stigende med tiltagende alder, er der nu i vort område i gruppen 75 år + ca. 50 % flere kvinder end mænd.

Der er yderligere ca. 3 gange så mange enker som enkemænd i gruppen 65 år + (13).

Disse tal er af største betydning, når man skal danne sig et skøn over mulighederne for behandling og pleje i hjemmene, for henholdsvis mænd og kvinder, og i relation dertil skønne over behovet for institutionspladser til behandling og pleje.

Det er umiddelbart indlysende ud fra disse tal, at vi i Danmark må beregne et større antal geriatriske sengepladser til kvinder end til mænd. Både fordi der er flere kvinder, og fordi der er større mulighed for at få etableret hjemmepleje for mænd end for kvinder.

Udbygningen af mulighederne for ambulant behandling og social omsorg

Overlæge Gaustad vil gennemgå dette område, og jeg skal derfor kun strejfe det i det omfang det har betydning for sygehuse og plejehospitaler.

Men i denne relation har det også meget stor betydning. Ikke alene er inden for geriatrien et samarbejde imellem ambulant behandling, social omsorg og sygehuse af største betydning.

Man må også fremhæve de ambulante services prioritet frem for de institutionelle. Både således

at et behandlingsbehov først bør forsøges dækket ambulant — helst af patientens egen praktiserende læge, og derved at jo mere intensivt den samlede ambulante social-medicinske service kan sætte ind over for hjemmeboende gamle, jo mindre behov vil der være for sygehusbehandling og institutions-anbringelse.

Sygdomshyppighed

Forskellige sygdomme, såvel somatiske som psykiske, optræder med stigende hyppighed ved tiltagende alder. Tillige er det karakteristisk, at ældre mennesker hyppigere end yngre har flere behandlingskrævende sygdomme samtidig.

Således er der også en betydningsfuld interaktion imellem psykisk og somatisk sygdom i seniet. Dels kan en sygdom af den ene slags medvirke til at provokere fremkomsten af en sygdom af den anden slags, dels kan den ene kompromittere behandlingen af den anden — og vice versa.

Dette indebærer, at det kan være af væsentlig betydning, at helbredsundersøgelser af ældre omfatter såvel somatiske som psykiske lidelser. Blandt de foreliggende epidemiologiske undersøgelser er de fleste koncentreret om specielle sygdomsgrupper og kun få har et bredere psykosomatisk sigte.

I Glostrup foretages der ved samarbejde imellem en internmedicinsk og en psykiatrisk afdeling en intensiv sociologisk-somatisk psykiatrisk-psykologisk undersøgelse af samtlige 70 årige (født i året 1897) af en befolkning på ca. 200.000 (12). Vi forventer, at denne prævalensundersøgelse også vil kunne give interessante oplysninger om socio-somatisk psykiatriske interaktioner, foruden at den vil kunne danne basis for kommende insidensundersøgelser.

Den psyko-somatiske sygdomsinteraktion må også tages med i betragtning ved planlægningen af såvel psyko-geriatriske sygehusafdelinger — som af somatisk-geriatriske afdelinger. Det er for alle kategorier af geriatriske afdelinger af største betydning, at patienterne samtidig kan få den bedst mulige behandling af alle de forskellige sygdomme de måtte have. Først derved sikres det bedste behandlingsresultat af den enkelte sygdom.

Psyko-Geriatri i relation til det almene sygehushvæsen

Det diskuteres i disse år verden over, om det geriatriiske klientel skal samles på afdelinger, hvor alle patienter er over en vis alder, egentlige geriatriiske afdelinger, eller om de geriatriiske patienter skal fordeles efter deres særlige behandlingsbehov på forskellige afdelingstyper der hver på sin måde bedst muligt imødekommer de individuelle behandlingsbehov.

Desværre stiller gammel tradition og vanetænkning inden for såvel sygehushvæsen som den offentlige administration sig de fleste steder hindrende i vejen for en etablering for de helt ideelle behandlingsformer.

Geriatrien er kun eet af en række social-medicinske behandlingsområder, der i disse og kommende år viser stigende behov for et integreret samarbejde imellem forskellige instanser, der imidlertid er adskilt af så svære administrative skranke, at et samarbejde af vital betydning for den enkelte patient kan møde rent ud fortvivlende vanskeligheder.

Men netop på grund af disse vanskeligheder er det særlig vigtigt, at man fra sagkyndig side til stadighed forsøger at gøre klart for sig hvilke behandlingsbehov vore patienter frembyder, og hvorledes disse behov bedst imødekommes.

Skal vi sige noget generelt om vore psyko-geriatriiske patienters behandlingsbehov i en institution, kunne det udtrykkes således, at de har brug for:

- 1 En menneskelig atmosfære, der er tilstrækkelig forstående, varm og stimulerende.
- 2 Et afdelingsmiljø der yder både tryghed og stimulerer individuel utfoldelse.
- 3 Etablering af al fornøden lægelig undersøgelse og behandling, og
- 4) Social, økonomisk og praktisk assistance.

Disse 4 faktorer er lige så vigtige for plejehjem som for sygehusafdelinger.

En åndsfrisk gammel patient med en sygdom af samme art som også findes hos yngre patienter, vil derfor befinde sig og komme sig bedst på en afdeling sammen med sådanne yngre patienter.

For en eventuelt mindre åndsfrisk patient, der kræver meget langvarig behandling, kan det være for belastende at være på en afdeling, hvor det øvrige klientel ustandselig skiftes hurtigt ud.

Bortset fra specielle kategorier, som svært demente og adfærdsforstyrrede, spiller hensynet til alderen en underordnet rolle — det indgår da heller ikke i væsentlig grad i noget af de nævnte fire behov.

Det må derfor siges, at de gamle har behov for samme afdelingstyper, som yngre patienter — og i stor udstrækning sammen med disse på følgende afdelingstyper:

SOMATISKE SYGEHUSE	PSYKIATRISKE SYGEHUSE
Intensiv afdeling	Urolig modtageafdeling med dobbelt vagt.
Intermedicer afdeling	Rolig afdeling med enkelt vagt
Langtidsafdeling	Langtidsafdeling for schizofrene ptt. etc. Langtidsafdeling for psykogeriatriske pt.
Daghospitalsafdeling	Daghospitalsafdeling

Der er stort sett parallelitet imellem disse afdelingstyper på somatiske og psykiatriske sygehuse og mange steder er psykiatrien gået i spidsen med en sådan differentiering i afdelingstyper.

I det danske somatiske sygehushvæsen har man først i de seneste år påbegyndt en sådan differentiering. Det er derfor med beundring og nogen misundelse vi ser de svenske långårdsklinikker, hvoraf adskillige jo er yderst elegante og veludstyrede.

Psykogeriatrici på forskellige sygehusafdelinger

Ved en nærmere omtale af de problemer der knytter sig til behandlingen af psykogeriatriciske lidelser på forskellige typer af sygehusafdelinger vil — for oversigtens skyld — de sygdomsgrupper blive omtalt samtidig, som særligt hyppigt træffes på de pågældende afdelinger:

De eksogene konfusionstilstande ses hyppigst på, og omtales i forbindelse med, somatiske afdelinger.

De sindslidelser, som både optræder i seniet og i andre aldersgrupper, nævnes ved omtalen af almindelige psykiatriske afdelinger, hvor de bedst behandles sammen, og

De aldersbetingede organiske psykoser omtales i forbindelse med specielle psykiatriske afdelinger, der kan være nødvendige for sådanne — i mere fremskredne stadier.

Denne forenklede fremstilling må naturligvis ikke tilsløre det faktum, at alle former for psyko-geriatriske lidelser stort set kan træffes på alle slags sygehusafdelinger.

Psyko geriatri på somatiske afdelinger

De psyko geriatrike lidelser, der optræder på somatiske sygehusafdelinger, er mange steder fremdeles underkastet en svær risiko for at blive rubriceret som "senil demens" og dermed terapeutisk opgivet, hvorved patienterne reduceres til psykiatriske plejepatienter — i alt for stort omfang.

Det kan være vanskeligt at stille psyko geriatrike diagnoser, ikke mindst for vore somatiske kolleger, og derfor er der et stort behov for psykiatrisk konsulentvirksomhed på alle somatiske afdelinger med geriatrike patienter.

Ved sådan virksomhed møder man alle de gængse typer af psyko geriatrike lidelser, men vi skal på dette sted særlig beskæftige os med de psykotiske tilstande med bevidsthedsforstyrrelser, konfusions- og delirøse tilstande (20).

Det er specielt disse tilstande, der ofte misopfattes som intraktable demenstilstande, medens mange af dem i virkeligheden har en god prognose, hvis den rette ætiologi erkendes og en adækvat behandling institueres i tide.

De eksogene psykoser med bevidsthedsforstyrrelser opstår fortrinsvis i tilslutning til somatisk sygdom, der fremkalder en cerebral ernærings- eller funktionsforstyrrelse, anæmi, hypoksi, vædske- eller elektrolytforstyrrelser etc.

En eksogen psykose kan være det første — og måske en tid det eneste erkendte — kliniske

symptom på en somatisk lidelse, f.eks. en anæmi, hjertelidelse eller svær obstipation.

Konfusionen kan også opstå som komplikation til en mere markant akut somatisk lidelse, myocardiinfarkt, atrioventrikulært blok, herteinsufficiens, lungetrombo-emboli, pneumoni, urinvejsinfektion, fraktur o.s.v.

Prognosen er naturligvis i første omgang afhængig af den somatiske sygdoms forløb, der for flere af de nævnte kan være letalt. Roth (20) finder dog over halvdelen af en række patienter med akutte konfusioner i live et halvt år senere.

Langvarig somatisk sygdom og multiple sygdomme, der hensætter patienten i en tilstand af inaktivitet og isolation, kan fremkalde en demenslignende tilstand, som formentlig oftest bør opfattes som en eksogen psykose, både ætiologisk og prognostisk, fordi den kan vise sig være reversibel, hvis adæquat aktiverende behandling institueres i tide.

I en del af disse tilfælde kan selve den somatiske behandling, som f.eks. langvarigt sengeleje, være af væsentlig ætiologisk betydning for fremkomsten af den eksogene psykose.

Medikamentel behandling kan spille en lige så farlig ætiologisk rolle. Selv moderat overdosering af digitalis kan fremkalde en svær konfusion, men væsentlig hyppigere er nok de psykotiske konfusioner, som psyko farmaka kan fremkalde.

Det er forbløffende så mange læger, der endnu anvender barbiturater og tilsvarende sovemidler i alt for stor udstrækning. Specielt til gamle må sådan ordination oftest betegnes som kunstfejl.

Disse stoffer fremkalder hos ældre mennesker mere uro og konfusion end rolig søvn. Betydeligt bedre er det at give placebo som sovemiddel. Det virker fortræffeligt i 2/3 af tilfældene — både til indsovning og gennemsøvn, iflg. van der Horst (5).

Allerbedst er det dog at følge den grundregel, at søvnforstyrrelser — bortset fra den helt akutte situation — overhovedet ikke bør behandles med sovemedicin om aftenen. Det er en dårlig symptomatisk behandling, der modvirker en restitution af den naturlige søvnfunktion.

Det gælder om at tilstræbe en mest mulig kau-

sal behandling af den til grund for søvnforstyrrelsen liggende lidelse eller forstyrrelse og retablere den normale døgnrytme. Ved siden af behandlingen af grundlidelsen skal også søvnlidelsen behandles med passende aktivering og beskæftigelse, samt milde sedative psykofarmaka, alt jævnt fordelt over dagen og kun i små doser — i hvert fald i begyndelsen.

At de allerfleste gamle kun tåler, men også kun behøver, ganske små doser psykofarmaka er efterhånden en knæsat erfaring, som yderligere understreges af *Nielsens* iagttagelser fra Risskov (16). Han fandt, at en lang række konfusionstilstande hos ældre, der blev indlagt i hospitalet, udelukkende skyldtes overdosering med psykofarmaka. Og efter den eneste behandling, der bestod i seponering af disse, kom de sig hurtigt.

Medicinalfirmaerne gør med deres lægebesøgende repræsentanter og kostbare reklametryksager stor skade med overdrevne anbefalinger af sovemidler og tvivstomt indicerede psykofarmaka.

Da mange psykiatere iøvrigt har et godt samarbejde med medicinalfirmaer, må man så meget des mere beklage sådanne vildskud.

Men i vor virksomhed som konsulenter for vore kolleger, ikke mindst i den geriatrike sfære, har vi muligheden for at beskære vildskud som disse.

Det er velkendt for psykiatere, at en endogen depression, en mani eller en paranoid psykos hos gamle kan ledsages af en demenslignende tilstand.

Disse tilstandsbilleder blev tilsammen betegnet som psychosis senilis i gamle dage, ja, så sent som i 1936 anvendte *Wimmer* stadig denne betegnelse i sin lærebog (25). Men som vi senere skal komme tilbage til, har englænderne med *Roth* (18,19) i spidsen klart trukket grænserne imellem de affektive og de organiske psykoser i seniet.

Den nosologiske placering af de demenslignende tilstande, som kan ledsage affektive psykoser i seniet, og som svinder sammen med disse, når de behandles, er imidlertid usikker. De har været betragtet som en ukarakteristisk og reversibel form for senil demens.

Det er dog et spørgsmål, om de ikke bør opfattes som eksogene psykoser, der opstår som

reaktion på de affektive psykosers somatisk-cerebrale korrelat — for at udtrykke det forsigtigt — på tilsvarende måde som tilfældet er med de "egentlige" somatiske sygdomme.

Fælles for alle de nævnte former for eksogene psykoser er, at de optræder som sekundær reaktion på og som komplikation til en grundlidelse, der kan formodes at medføre en kompromittering af den cerebrale aktivitet, og af hvilken grundlidelse deres prognose i første række er helt afhængig.

Også behandlingen må tidligst muligt sættes ind imod grundlidelsen, men tillige er det af største betydning at berolige patienten:

Det vigtigste middel hertil er varm og stilfærdig menneskelig kontakt, der tålmodigt og indfølelse kan berolige patienten på de særlige beængstede områder.

Dette middel er dog nok særlig vanskeligt at opdrive på en stresset, hastigt arbejdende somatisk afdeling. Men undgåelse af isolation på enestue (om muligt) og tilkaldelse af forstående pårørende eller andre frivillige besøgende kan betyde meget.

Afledende beskæftigelse og aktivering er — som supplement til kontakten — effektiv til behandling af rastløshed, angstbetonet konfusion og søvnbesvær.

Psykofarmakologisk behandling kommer i sidste række og må ordineres restriktivt:

Eengangsdosering ved sværere uro, søvnløshed, angst og psykotiske tilstande. Hvis symptomerne — specielt af sidstnævnte kategori — persisterer, må varigere psykofarmakologisk behandling etableres med mindst mulige doser.

Psykogeriatri I

Psykiatriske sygehusafdelinger

Der er som nævnt stadig kolleger, der betragter indtræden af enhver psykogeriatrik lidelse som betegnende et terminalstadium, hvor ethvert håb lades ude.

Vi skal dog ikke så forskrækkelig langt tilbage i tiden, før vi finder psykiatriske kolleger som hovedsagelig opererer med den ene diagnostiske

— og prognostiske — kategori: "Senile psycho-ser", som tidligere omtalt.

Disse kolleger forblev således upåvirket af de første enlige svaler, der forsøgte at skelne imellem psykoser hos ældre med forskellig prognose: *Gaupp* i 1905 (4), *Bleuler* 1930 (2), *Lange* 1939 (7) og *Post* i 1944 (17).

Det var på dette område *Martin Roth* (18 etc) der "gennembrød lydmuren" med en række arbejder fra begyndelsen af 1950'erne og som klart viste betydningen af et prognostisk islæt i den diagnostiske klassifikation. *Roth* og medarbejdere opstillede og påviste de prognostiske forskelle på følgende 5 diagnosegrupper: Affektive psykoser, senile psykoser, sene parafrenier, arteriosclerotiske psykoser og acut confusioner.

Udover de allerede omtalte confusioner, vil i det følgende de resterende sindslidelser hos ældre kun blive delt i 2 grupper:

A) Sindslidelser hos ældre, som også optræder i andre aldersgrupper, og

B) De aldersbetingede organiske psykoser.

A. Sindslidelser hos ældre som også optræder i andre aldersgrupper, behandles på almindelige psykiatriske afdelinger

Patienter med disse sygdomsformer behandles bedst sammen med yngre patienter med tilsvarende sygdomme. Behandlingsmetoderne er de samme, uanset alder — kun skal de fleste gamle kun have mindre doser af psykofarmaca — og behandlingsresultaterne er også ret ens i forskellige aldersgrupper.

Denne gruppe af sindslidelser hos ældre, som også forekommer i andre aldersklasser, behøver iøvrigt ingen nærmere præsentation i denne forsamling.

Kun skal det vedrørende *den manio-depressive psykose* nævnes, at man ved tværsnitsundersøgelsen på danske psykiatriske hospitaler i 1957 blandt samtlige indlagte fandt betydeligt flere manio-depressive kvinder i hver af de 3 fem-årsgrupper 60—74 år end i nogen anden fem-årsgruppe. De mandlige manio-depressive patienter var aldersmæssigt mere spredt, men også særdeles vel-repræsenterede i de ældre aldersgrupper (1).

Alt i alt er den manio-depressive psykose således særlig hyppigt forekommende i de ældre aldersklasser, og dette gælder specielt for kvinder.

Der kan også være grund til at henlede opmærksomheden på de lettere former for endogen depression hos ældre (24). Disse skjuler sig ofte under et ukarakteristisk hypochondert- astenisk billede, og først ved nærmere udspørgen afsløres de karakteristiske symptomer på den endogene depression. Disse tilfælde kommer sig udmærket på antidepressiv behandling — i modsætning til de egentlige neurasteniske tilstande, som er så vanskeligt traktable.

Psykogene psykoser fandtes af *Nielsen* i Samsøundersøgelsen (15) dobbelt så hyppigt som manio-depressive, og det er utvivlsomt en gruppe diagnoser som med stigende interesse for de ældres problemer vil blive stillet i tiltagende omfang.

Gamle mennesker er præget af aftagende kræfter i deres somatiske og psykiske funktioner, de er tillige oftest noget rigide i deres tankegang, afhængige af indgroede vanedannelser i livsførelsen, og de har derfor ikke alene svært ved at indstille sig på noget nyt.

De er tillige præget af en fysiologisk forsigtighed — der er langt større end i yngre alder — betinget af deres større vulnerabilitet, såvel i social-økonomisk som i somatisk og psykisk henseende, der også medfører at mange gamle føler sig ængstelige og usikre — mere eller mindre bevidst også betinget af udsigterne til den stigende alders tiltagende besvær og den forestående død.

Da de gamle således er særligt sårbare over for indgribende forandringer og andre psykiske traumer, økonomiske og praktiske vanskeligheder, sygdom og dødsfald blandt de nærmeste, som de ydermere i så hjerteskræende en grad udsættes for, er det nærliggende at psykogene reaktioner hyppigt optræder blandt gamle.

Eksempelvis kan nævnes, at

Psykogene bevidsthedsforstyrrelser kan opstå hos svækkede og evt. demente gamle ved en flytning f.eks. til sygehus eller plejehjem hvorved deres i forvejen svækkede orientering kompromiteres.

Psylogen depression kan opstå ved ægtefællens død eller ved andet dybtgående indgreb i det hidtidige livsmønster.

Psylogen paranoid psykose (3) kan f.eks. provokeres af svækket kontaktevne, bekymring for økonomi eller sikkerhed, mistro og svækkede sanser, særlig nedsat hørelse.

I relation til den næsten fysiologisk forøgede ængstelighed i seniet, er også *angstneuroser* relativt hyppige hos ældre — hvilket tildels er i modstrid med tidligere opfattelser, hvorefter *neuroser* overvejende forventes at opstå i de yngste leveår.

B. De aldersbetingede organiske psykoser

er særlig indgående blevet undersøgt gennem en lang række fremragende arbejder fra svensk side, hvoraf kun skal nævnes værket "Morbus Alzheimer og Morbus Pick" af *Torsten Sjögren, Hakon Sjögren og Åke Lindgren*, 1952 (21) og *Tage Larssons, Torsten Sjögrens og Georg Jacobsons* studier af "Senile Dementia", 1963 (8).

Det er vanskeligt at føje noget væsentligt til den indgående behandling disse sygdomme har været genstand for fra disse vore svenske kollegers side.

Der skal derfor kun tilføjes nogle få teoretiske og praktiske bemærkningen om senil demens på basis af de erfaringer vi har gjort i Glostrup ud fra et begrænset materiale (9, 10).

Adskillige d.v.s. over halvdelen af vore patienter med dementia senilis, har tillige somatiske sygdomme, hvorfor et nært samarbejde med internmedicinere, fysiurger og andre somatiske speciallæger er meget vigtigt.

Det er hensigtsmæssigt at have afdelinger specielt til sygdomme af disse former — så snart de har nået et blot nogenlunde fremskredent stadium, hvor patienterne ikke kan cooperere med andre patientkategorier — og afdelingerne bør da være aflåsede, da patienterne konstant eller periodvis er så desorienterede, at de kan komme i fortræd, hvis de forvilder sig udenfor afdelingen.

De fleste patienter har udover evt. specifik behandling behov for en aktiverende behandling, gangtræning, opøvning i påklædning og spisning, adfærdstræning og renlighedstræning.

Vi samler til dels svært demente patienter både form. og eftermiddag til aktiverende beskæftigelse, der ledes af særskilt personale som i samarbejde med afdelingens plejepersonale forstår at etablere den rette atmosfære for patienterne.

De anbringes tæt om et bord — sådan de bedst kan lide hinanden — de får et håndarbejde eller et blad i hånden og det er underordnet om de gør noget ved det.

Der bliver læst højt af avisen og sludret om dagens program og begivenheder.

4 gange om ugen komme en musikterapeut, som hygger med musik og sang — brokker af gamle sange er noget af det sidste erindringsindhold der fortabes, og de gamle er glade for at synge eller slå takt med rytmeinstrumenter.

Fysioterapeuten kommer andre dage og leder bevægelse-terapeutiske øvelser, incl. dans, såvel for hele gruppen, som specielle øvelser for gangbesværede og andre.

Det lægges vægt på at stimulere og optræne de evner og færdigheder, patienterne endnu har i behold.

De fleste patienter bliver under denne behandling, der i nødtørftigt omfang understøttes psyko-farmakologisk, roligere, venligere og gladere.

I 15—20 % af tilfældene af udtalt senil demens, kan der efter nogen tids intensiv aktiverende behandling komme en mærkbar bedring af både den psykiske tilstand og af den intellektuelle funktion.

Vi overvejede først, om dette kunne være udtryk for at den dementielle proces i nogle tilfælde kunne være reversibel svarende til vore overvejelser vedrørende den reversible demenslignende tilstand, der kan komplicere en endogen depression f.eks.

Senere hælder vi snarere til den anskuelse, at den rene senile demens væsentligst er kendetegnet af de negative symptomer, disintegration af intellektet med reducerede følelser og initiativ og derfor altid i sin rene form en rolig og stilfærdig tilstand. Men den er samtidig en meget sårbar tilstand, som meget let kompliceres med "neurotiske" reaktioner, såsom svære angstneurotiske fænomener med rastløshed og uro, samt med psyko-

gene og eksogene psykotiske reaktioner af forskellig slags. Vi opfatter det således, at tilstedeværelsen af sådane komplikationer kan kompromittere patientens funktion så stærkt, at de helt kan simulere respektive forstærke en bestående demenstilstand.

Disse komplikationer er principielt altid behandlelige, men behandlingen kan tage nogen tid.

Efter vel gennemført behandling vil patientens eventuelle demenstilstand fremtræde i sin rene, stilfærdige form med minimale adfærdsforstyrrelser og maksimal funktionsevne.

Der kan derfor ofte gå flere måneder før man kan foretage en sikker bedømmelse af patientens funktionelle kapacitet og dermed af patientens plejebehov.

Det viser sig da, at nogle patienter frembyder et *absolut plejebehov*, der kun kan dækkes på en institution, der er specielt indrettet på at tage sig af sådanne plejepatienter, samt råder over tilstrækkeligt kvalificeret personale.

Inden for det psyko-geriatriiske klientel er det patienter med så fremskreden præsenil, senil eller arteriosclerotisk demens, at de er desorienterede, inkontinente og ude af stand til at klare toilette og påklædning, der frembyder et absolut plejebehov.

Sådanne patienter har behov for at være på en psykiatrisk sygehusafdeling eller på et specialudstyret plejehjem med tilstrækkelig kvalificeret personale, sikkerhedsforanstaltninger etc., d.v.s. et psykiatrisk plejehjem.

I Danmark påhviler det staten at tage sig af sindslidende med både hospitalsbehandling og pleje på specielle under statshospitalerne sorterende psykiatriske plejehjem.

Tilsvarende varetager amtskommunerne behandling og pleje af somatiske sygdomme.

Sundhedsstyrelsen har i de senere år ved rundspørge til kommunale og private plejehjem for somatiske patienter konstateret, at der på disse hjem findes ca. 10 %, som af plejehjemmenes ledere betegnes som psykiatriske plejepatienter.

Denne interessante iagttagelse er for tiden ved at blive nærmere bearbejdet af Sundhedsstyrelsen, der er ved at udarbejde særlige retningslinjer for

anbringelse af psykiatriske patienter i private plejehjem.

Det vil betegne et betydeligt fremskridt, når en sådan anbringelseform opnår officiel anerkendelse. Bl.a. vil anbringelse fremover bedre kunne ske i nærheden af og dermed i bedre kontakt med familien.

Vi har endnu ikke nogen nærmere beskrivelse af disse 10 % såkaldte psykiatriske plejepatienter. Formodentlig er en del af disse somatiske plejepatienter som tillige efterhånden har udviklet en svær demenstilstand. Disse patienter har et absolut plejebehov.

Andre af disse patienter har måske så lette psykiske lidelser, at de kun frembyder et *relativt plejebehov*. De behøver nogen bistand, men når de har en sådan, er de i stand til at klare en del af deres fornødenheder selv.

Patienter af tilsvarende kategori vil eventuelt også kunne plejes i deres hjem eller i familiens hjem, hvis en eller flere af familiens medlemmer kunne tage sig af dem, og særlige hjælpeforanstaltninger såsom hushjælp, hjemmesygeplejerske samt praktisk og økonomisk assistance kunne etableres i fornøden udstrækning.

I Glostrup fik vi i et år indlagt 43 kvindelige patienter over 70 år med senil demens. De var på indlæggelsestidpunktet så medtaget i deres somatisk-social-psykiatriske tilstand, at 12 (godt en fjerdedel) døde under hospitalsopholdet, 11 vedblev — trods behandling — at frembyde et absolut plejebehov. Resten d.v.s. 20, eller knapt halvdelen af samtlige indlagte, bedredes så meget under den beskrevne aktiverende behandling, at de ved udskrivningen kun frembød et relativt plejebehov.

Men desværre er mulighederne for etablering af hjemmepleje i Danmark endnu så begrænsede, at kun nogle enkelte af vore patienter kunne udskrives til deres hjem. De øvrige kom på alderdomshjem og ikke-psykiatriske plejehjem.

Både af menneskelige og samfundsøkonomiske hensyn, vil en omfattende udbygning af mulighederne for hjemmepleje og af de øvrige hjælpeforanstaltninger, der kan bidrage til at gamle længst

muligt kan blive boende i deres eget hjem, være blandt de vigtigste krav til vor tids socialpolitik.

Hvis jeg til slut skulle forsøge kort og skematisk at placere de psyko-geriatiske institutioner på den rette plads — efter min opfattelse — inden for det samlede system af eksisterende og ønskelige social-medicinske foranstaltninger for ældre, kan det opstilles således:

Profylakse:

- 1) Økonomisk og boligmæssig sikring med mulighed for passende, begrænset erhvervsvirksomhed efter ønske.
- 2) Diverse aktiverende klubvirksomhed m.v. for raske gamle.
- 3) Regelmæssig helbredskontrol ved praktiserende læge, sundhedsplejerske og hjemme-sygeplejerske.

Ambulant behandling:

- 4) Behandling af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, samt ambulant speciallæge-assistance, incl. psykiater til undersøgelse og behandling af hjemmeboende gamle.
- 5) Sociale, økonomiske, praktiske og terapeutiske hjælpeforanstaltninger for hjemmeboende, handicappede gamle.

Sygehusbehandling:

- 6) Korttids-indlæggelse på somatisk eller psykiatrisk sygehusafd. — i begge tilfælde med mulighed for kombineret behandling.
- 7) Langtidsindlæggelse på somatisk eller psykiatrisk specialafd. — ligeledes kombineret.

Pleje:

- 8) Plejehjem for absolut plejebehov.
- 9) Fornødne foranstaltninger til varetagelse af relativt plejebehov i private hjem.

Der udfoldes i disse år mange prisværdige bestræbelser for at bedre livsvilkårene for det stadig stigende antal gamle over hele verden.

Det lykkes da også sporadisk at etablere tålelige vilkår for nogle. Kun få af de gamle, som ikke fuldt ud formår at indrette deres pensionisttilværelse efter ønske og behov, kan i dag af det offentlige hjælpes til en tilværelse der tilfredsstiller alle rimelige behov.

Dette gælder også i vore, såkaldte højt udviklede nordiske lande, og måske ikke mindst for vort fag- og ansvarsområde, de psyko-geriatiske behandlings- og plejepatienter.

Der påhviler vor generation af sagkyndige — og der iblandt alle tilstedeværende — et tungt ansvar, men samtidig også et spændende konstruktivt arbejde med at opbygge den bedst mulige organisation af samtlige nødvendige social-medicinske behandlings og omsorgsforanstaltninger inden for hele det geriatiske felt.

Jeg vil udtale et varmt håb om, at dette symposium vil kunne yde værdifuldt bidrag til udviklingen inden for det psyko-geriatiske område.

LITTERATUR

1. Arentsen, K. & Strömberg, E.: Patients in Danish psychiatric hospitals. Results of a census in 1957, Acta Jutlandica, Universitetsforlaget, Aarhus, Munksgård, København 1959.
2. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 5 Aufl. p. 189, 190, Springer, Berlin 1930.
3. Funding, Th.: Paranoid psychosis in later life. Sociology and prognosis. Acta psych. Scand. suppl. 1963: 169: 356—361.
4. Gaupp, R.: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. Med. Wschr. 1905: 52: 1531.
5. van der Horst, L.: Sleep patterns and insomnia in old age. Fourth European Meeting of clinical Gerontology, Sanremo 1965.
6. Jensen, Per: Mdskr. f. prakt.læger. 1964: 42:117—137.
7. Lange, J. & Bostroem, A.: Lehrbuch der Psychiatrie. 3 Aufl., p. 116. Thieme, Leipzig, 1939
8. Larsson, T. Sjögren, T. & Jacobson, G.: Senile Dementia. Acta psych. Scand. Suppl 1963: 167.
9. Magnussen, Gudmund: Om alderdomsforsorg. Ugeskrift f. læger 1964: 126: 1052—1054.
10. Magnussen, Gudmund: Geriatrik psykiatri. Mdskr. f. prakt. læger. 1964: 43: 81—102.
11. Magnussen, Gudmund: A Short Account on Psychiatric Geriatrics. p. 108—115. In Papers dedicated to Torben Geill on his 70 th Birthday 14.8.1966, Danmarks Apotekerforening 1966.
12. Magnussen, Gudmund: Om 70 årsundersøgelsen. Konf. om alderdomsforskning i Danmark. Socialt Tidsskrift 1966: 132—134.
13. Marstal, H. B.: Om geronto-psykiatiske visitationsproblemer Mdskr. f. prakt. læger. 1967: 45: 325—331.

14. *Mosbech, J. & Dreyer, K.*: Akut Coronarokklusion i Danmark. Morbiditet og Mortalitet. Ugeskr. f. læger 1965: 127: 1371—1376, 1423—1430.
15. *Nielsen, Johs.*: Geronto-psychiatric period-prevalence investigation in a geographically delimited population. Acta psych. Scand. 1962: 38: 307—330.
16. *Nielsen, Johs.*: Psykofarmakologisk behandling som årsagsfaktor ved indlæggelse af ældre patienter på et statshospital. Ugeskrift f. læger, 1966: 128: 981—987.
17. *Post, F.*: The significance of affektive symptoms in old Age. Maudsley Monographs X, London 1962.
18. *Roth, M. & Morrissey, J. D.*: Problems in the Diagnosis and Classification of Mental Disorder in old Age. J. Ment. Sci.: 1952: 98: 66.
19. *Roth, Martin*: The Natural History of Mental Disorder in old Age. J. Ment. Sci. 1965: 101: 281—301.
20. *Roth, Martin*: Some Diagnostic and Aetiological Aspects of Confusional States in the Elderly. Geront, clin. 1959: 1: 83—95.
21. *Sjögren, T. Sjögren, H. & Lindgreen, Å. G. H.*: Morbus Alzheimer and Morbus Pick. Acta psych. neur. Scand. 1952: Suppl. 82.
22. Statistiske efterretninger. Danmarks Statistik, 23, 1956.
23. Statistiske undersøgelser. Nyere tendenser i dødeligheden. Det statistiske departmen. København 1961.
24. *Sørensen, B. F.*: The ambulant treatment of endogenous depression. Acta psych. Scand. Suppl. 1961: 162:62—68.
25. *Wimmer, A.*: Speciel klinisk psykiatri. Munksgård, København 1936.

Geronto-psychiatric treatment in hospitals and nursing homes

By Gudmund Magnussen, MD, Statshospitalet, Glostrup, Denmark

Summary

The development in recent years within geriatrics and psychiatry has implied that psycho-geriatric institutions nowadays do not exclusively act as terminal placement stations.

In addition they have got an important part in aswell the early as all of the active treatment of geronto-psychiatric diseases.

Among the more essential progresses within geronto-psychiatry stress is laid on the prognostic differentiating in diagnosing.

The more significant clinical aspects of the main groups of geronto-psychiatric diseases are

reviewed in relation to the types of hospital wards where these groups of diseases are most often seen.

On this basis the principles for treatment are discussed.

Within the clientel of nursing patients are distinguished between absolute and relative need for care.

Finally the placing of psycho-geriatric institutions within the whole system of social-medical organisations is outlined.