

Integrera öppen- och slutenvård, och utgå från patientens hälsa

Geropsykiatri (äldrepsykiatri eller psykogeriatrisk) har funnits som en del av svensk psykiatri i decennier. I en del länder är det en helt egen fristående specialitet. Ett försök till definition av geropsykiatri gjordes så sent som 1996 av WHO och WPA (World psychiatric association) vid en konsensuskonferens 1996 i Lausanne, Schweiz [1]. I övrigt har geropsykiatri en egen internationell intresseförening, International psychogeriatric association, med en informativ hemsida (<http://www.ipa-online.org>).

Så här några år efter psykiatireformens införande, och överföring av resurser från landsting till kommuner, är det tydligt att geropsykiatri var en av de verksamheter inom psykiatri som minskades ner kraftigast. Idag finns geropsykiatri nästan inte kvar annat än på universitetsklinikerna. Den geropsykiatriska slutenvården som egen differentierad avdelningsverksamhet, med sjuksköterskor, mentalskötare och specialiserad geropsykiatrisk omvårdnad, existerar knappast längre, utan majoriteten av psykiatriska kliniker lägger in patienter över 65 år på odifferentierade psykiatriska avdelningar.

Neddragningen av slutenvårdsplatser har betingats av ekonomiska styrmedel och det finns inget som talar för att den äldre deprimerade patienten får en högre vårdkvalitet på en psykiatrisk odifferentierad avdelningsmiljö med unga nyinsjuknade schizofrena, svårt sjuka anorektiska eller borderlinepatienter. Inom de kliniker där man fortfarande bedriver geropsykiatri görs

de huvudsakliga insatserna i öppenvård eller i patientens hem.

Modellen

På Centrala Stockholms psykiatriska klinik (CSPK), S:t Görans sjukhus, har den geropsykiatriska sektionen under de senaste tre åren utvecklat en modell med integrerad öppen- och slutenvård. Verksamhetens två delar består av en slutenvårdsavdelning med tolv vårdplatser och en korttids- och konsultmottagning. Öppen- och slutenvården är integrerad och patienten erbjuds en tvärprofessionell specifik geropsykiatrisk kompetens som förenar både psykiatri och somatik samt är högspecialiserad och riktad till patienter över 65 år.

Vårifrån kommer patienterna?

Det stora flertalet har redan träffat sin husläkare eller sin psykiater som remitterar patienten till psykiatri. Primärvårdsläkarna bedömer om patienten är i behov av öppen eller sluten psykiatrisk vård och kan alltså remittera patienter direkt till avdelningen utan att patienten först behöver träffa en psykiater för bedömning. Denna modell finns inom geriatriken, men är inte lika vanlig inom psykiatri. När remiss inkommit till avdelningen ringer chefsjuksköterskan upp patienten och närstående och bestämmer tid för inläggning. Det har fungerat utomordentligt väl och det är ju självklart att det är en stor vinst för patienten att slippa ytterligare en okänd läkarkontakt om patienten redan har en etablerad husläkarkontakt.

Den geropsykiatriska korttids- och konsultmottagningen erbjuder patienten en tvärprofessionell, högspecialiserad kompetens: psykiatrisk och neuropsykiatrisk diagnostik och behandling (specialistläkare), funktionsrehabilitering (sjukgymnast och arbetsterapeut), samtalsterapi (flera Steg-I-kompetenta medarbetare), neuropsykologisk utredning och bedömning (neuropsykolog) samt ADL-utredning i hemmet (arbets-terapeut).

Den integrerade modellen ger en kontinuitet i vårdkedjan och möjliggör adekvat koordination av behandling och rehabilitering. För att detta skall kunna fungera optimalt för patienten

Sammanfattat

- Det senaste decenniets genomgripande förändringar inom psykiatri har ställt krav på nytänkande och organisationsförändringar, samtidigt som psykiatri tvingats genomföra smärtsamma besparingar.
- Ett exempel på sådant nytänkande är en modell med integrerad öppen- och slutenvård, som under de senaste tre åren utvecklats vid geropsykiatriska sektionen, Centrala Stockholms psykiatriska klinik.
- En tanke är att beskriva patientens bevarade fysiska och psykiska funktioner lika tydligt som funktionsnedsättningen. Detta har lett till ett förenklat samarbete med biståndshandläggare vad gäller patientens behov, och planeringsunderlaget har bara mötts av positiva reaktioner från de två stadsdelsnämnder i Stockholm som är sektionens samarbetspartners.
- Modellen tycks ha minskat antalet återinläggningar.

krävs ett utvecklat samarbete mellan geropsykiatri och kommunen som har huvudansvar för boende, hemtjänststöd i boende och dagvård. Tillsammans med kommunens hemstodsgrupp finns ett etablerat samarbete, speciellt när det gäller komplicerade patienter. Detta samarbete mellan geropsykiatri och hemstodsgruppen tror vi på sikt kommer att minska inläggning på slutenvården. Som en del av den integrerade öppen- och slutenvårdsverksamheten bedrivs psykiatrisk hemsjukvård av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i patienternas hem för särskilt vårdkrävande patienter som, trots maximalt stöd från kommunen, inte skulle klara

Författare

ANNE THAM

med dr, överläkare, sektionschef, geropsykiatriska sektionen

BJÖRN PONTÉN

leg sjuksköterska, utbildningschef

JAN NORSTRÖM

tf biträdande överläkare, geropsykiatriska sektionen; samtliga Centrala Stockholms psykiatriska klinik.

att vistas i eget boende utan denna insats. Varje hjälpinsats från de två vårdgivarna kommun och landsting är planerad utifrån den unika brukarens behov.

Vi har utvecklat ett vårdprogram för geropsykiatriska patienter, baserat på Socialstyrelsens rekommendationer samt de kliniska riktlinjer för utredning och behandling för äldrepsykiatri som är initierade från Svenska psykiatriska föreningen [2]. Ett unikt instrument för överförande av information rörande patientens biståndsbehov har framställts inom sektionen. Det är särskilt känsligt inom psykiatrin att beskriva patientens funktionsnedsättning. Biståndshandläggare inom kommunen har i regel en begränsad psykiatrisk-medicinsk förkunskap och kan därför i allmänhet inte tillgodogöra sig den terminologi som används inom sjukvård, varför det uppstår missförstånd som kan vara ödesdigra för det bistånd som patienten kommer att erbjudas. Planeringsunderlag för bistånd enligt CSPK-modellen är inte primärt diagnosinriktat utan funktionsbeskrivande, där patientens bevarade fysiska och psykiska funktioner beskrivs lika tydligt som funktionsnedsättningen. Tanken är att utgå från patientens hälsa istället för sjukdom och definiera det psykiatriska handikappet. Detta har lett till att samarbetet med biståndshandläggare när det gäller patientens biståndsbehov betydligt har förenklats, och planeringsunderlaget har bara mötts av positiva reaktioner från de två stadsdelsnämnder i Stockholm som är våra samarbetspartner.

Geropsykiatrins uppdrag inkluderar inte bara diagnos, behandling, omvårdnad och rehabilitering utan även prevention. Sedan ett år tillbaka bedrivs ett folkhälsoprojekt för att förebygga depressioner i syfte att bibehålla och successivt förbättra den psykiska hälsan hos den äldre befolkningen i centrala Stockholm.

Färre återinläggningar

Statistik för år 1997–1998 visar att de tre diagnoser som dominerar i både öppen- och slutenvård är affektiva syndrom, psykossjukdomar och demenssjukdomar. 70 procent av de patienter som var i behov av slutenvård 1998 hade en psykiatrisk diagnos utan tilläggsdiagnos av kognitiv svikt eller demenssjukdom. Däremot hade 80 procent av patienterna en Axell III-diagnos enligt DSM-IV [3], vilket innebär att patienten hade ett aktuellt kliniskt relevant somatiskt tillstånd för förståelse och handläggning av den psykiska störningen. Detta understryker vikten av ett helhetstänkande i vården av äldre patienter med psykiatriska sjukdomstill-

stånd och behovet av geropsykiatriska vårdavdelningar.

Det finns olika kvalitetsindikatorer för att bedöma effektivitet av en vårdkedja, slutenvård-öppenvård. Ett av de vanligaste är att notera hur många patienter som behöver återinläggas inom en bestämd tidsgräns. Om man använder en frikostig tidsgräns om sex månader, så visade det sig att under 1998, med den geropsykiatriska sektionens integrerade öppen- och slutenvårdsmodell, behövde betydligt färre patienter återinläggas än inom de övriga sektionerna med en icke integrerad vårdkedja. Vi fann även att vårdtiderna hade minskat gentemot föregående år. Detta är ju också ett tydligt tecken på att samarbetet mellan psykiatrin och kommunen fungerar.

Referenser

1. Psychiatry of the elderly: a consensus statement. Geneva, WHO, 1996.
2. Svenska psykiatriska föreningen och Spri. Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Spri, 1998.
3. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.

Kunskaperna om lungcancers biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter.

Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. De har nu samlats i ett 36-sidigt häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 60 kronor.

Lungcancer



Beställer härmed.....ex
av "Lungcancer"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till **LÅKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker