

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

CP-patienter, vil behandlingen ændres i de fleste tilfælde efter brug af ganganalyse [7, 8]. Disse tal viser, at resultaterne af ganganalyserne i høj grad indgår i beslutningsprocessen og dermed er relevante for den kliniske vurdering.

Kritikken af kvantitative, biomekaniske ganganalyser beror imidlertid på metodemæssige svagheder og tolkningsvariationer.

I flere studier har man påvist en generelt god reproducerbarhed af ganganalyser foretaget i samme laboratorium. Fælle for undersøgelserne er, at reproducerbarheden er høj for bevægelserne i sagittalplanet, men mindre for bevægelserne i frontal- og transversalplanet. Et studie af *Noonan et al* [9] viste en relativt stor variation i kinematiske og kinetiske data for samme forsøgsperson undersøgt på forskellige laboratorier, hvilket medførte forskellige tolkninger. *Skaggs et al* [10] har ligeledes påvist, at en ensartet tolkning og efterfølgende behandlingsforslag ikke er en selvfølge mellem laboratorier, men at uoverensstemmelserne mellem laboratorierne ikke er større end for andre ortopædkirurgiske beslutninger baseret på diverse analyser.

I et nyligt publiceret studie baseret på 135 CP-patienter med præoperativ ganganalyse viste man, at 79% forbedredes, mens kun 7% blev dårligere i gangfunktionen. Ganganalyse giver ikke en grydeklar opskrift på, hvilke indgreb der skal foretages, men kan supplere de gængse kliniske undersøgelser. Vurdering af analyseresultaterne kan være kompliceret for udenforstående, og en vis erfaring er nødvendig. Ganglaboratorier bør derfor kun findes på få centre for at optimere erfaringen, og tolkning af resultaterne bør ske i et samarbejde

mellem ortopædkirurger, neurologer, fysioterapeuter og de biomekaniske eksperter, som arbejder i laboratorierne. Ortopædkirurgiske afdelinger, som behandler patienter med CP, og som ikke har adgang til ganglaboratorier, bør i det mindste rutinemæssigt videofilme patienterne før og efter behandling og ikke mindst arkivere optagelserne på lige fod med patientjournalarkivering.

Korrespondance: *Stig Sonne-Holm*, L.E. Bruuns vej 27, DK-2920 Charlottenlund. E-mail: s.sonne-holm@dadlnet.dk

Antaget: 28. april 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Nutt JG, Marsden CD, Thompson PD. *Neurology* 1993;43:268-79.
2. Gage JR. *Gait Analysis in Cerebral Palsy*. 1st ed. London: Mac Keith Press, 1991.
3. Perry J. Normal and Pathologic gait. In: Bunch WH, editor. *Atlas of Othotics*. St. Louis: Mosby, 1985:76-111.
4. Selles RW, Janssens PJ, Joengenengel CD et al. A randomized controlled trial comparing functional outcome and cost efficiency of a total surface-bearing socket versus a conventional patellar tendon-bearing socket in transtibial amputees. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:154-61.
5. Rietman JS, Postema K, Geertzen JH. Gait analysis in prosthetics: opinions, ideas and conclusion. *Prosthet Orthot Int* 2002;26:50-7.
6. Saari T, Tranberg R, Zugner R et al. Changed gait pattern in patients with total knee arthroplasty but minimal influence of tibial insert design: gait analysis during level walking in 39 TKR patients and 18 healthy controls. *Acta Orthop* 2005;76:253-60.
7. Cook RE, Schneider I, Hazlewood ME et al. Gait analysis alters decision-making in cerebral palsy. *J Pediatr Orthop* 2003;23:292-5.
8. Kay RM, Dennis S, Rethlefsen S, Reynolds RA et al. The effect of preoperative gait analysis on orthopaedic decision making. *Clin Orthop Relat Res* 2000;372:217-22.
9. Noonan KJ, Halliday S, Browne R et al. Interobserver variability of gait analysis in patients with cerebral palsy. *J Pediatr Orthop* 2003;23:279-87.
10. Skaggs DL, Rethlefsen SA, Kay RM et al. Variability in gait analysis interpretation. *J Pediatr Orthop* 2000;20:759-64.

Beboere på den psykiatriske boinstitution Sundbygård

To tværnsnitsundersøgelser fra 1998 og 2004 sammenlignes

Overlæge Claus Breddam, overlæge August G. Wang & ledende overlæge Karin Helle Aggernæs

Amager Hospital, Psykiatrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Nedlæggelse af psykiatriske sengepladser har medført etablering af sociale boinstitutioner til langvarigt psykisk syge. I 1987 blev det psykiatriske plejehospital Sundbygård lavet om til social institution, og i 2001 blev antallet af pladser udvidet fra ca. 150 til ca. 170. En tværnsnitsundersøgelse fra 1998 viste, at beboerne ikke kun var ældre plejekrævende, men også yngre

skizofrene med behov for intensiv medicinering og psykiatrisk behandling. Der er foretaget en fornyet tværnsnitsundersøgelse af beboerne for at belyse ændringerne i symptomernes sværhedsgrad, sociale forhold og behandling. Desuden er der undersøgt prædiktorer for genindlæggelse.

Materiale og metode: Pr. 1. juni 2004 blev oplysninger om 166 beboere på Sundbygård gennemgået af den behandlingsansvarlige overlæge fra Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital. Data blev sammenlignet med data fra en tidligere tværnsnitsundersøgelse fra den 15. februar 1998. Der blev benyttet samme skema og metode som ved gennemgangen i 1998. Der blev beskrevet diagnoser, senge-døgnsforbrug, medikamentel behandling, tidligere og aktivt mis-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

brug samt kontaktpersonernes vurdering af åbenlyse sindssygdomssymptomer. Materialet omfattede 78 mænd og 69 kvinder (n=147) fra 1998 og 90 mænd og 76 kvinder (n=166) fra 2004.

Resultater: Medianalderen var faldet. I 1998 var der 38 personer over 70 år mod kun fire i 2004. Fra 1998 til 2004 skete der en signifikant øgning af beboere med skizofreni eller beslægtet diagnose fra 69% til 90%. I perioden steg andelen af beboere med aktivt misbrug fra 16% til 26% og andelen af beboere med tidligere misbrug fra 54% til 62%. Antallet af personer med dom til behandling steg fra fem til 12, og antallet af personer med svære, åbenlyse sindssygdomssymptomer steg fra 47 til 97 personer. I 2004 blev beboernes sociale funktionsniveau vurderet. Ved *global assessment of function* (GAF)-rating blev der fundet en gennemsnitlig score på 35. I 2004 blev beboerne fortrinsvis behandlet med nyere neuroleptika og med flere præparater. Nylig indflytning, misbrug, retslig foranstaltning og sværhedsgrad af positive symptomer gav risiko for genindlæggelse.

Konklusion: Der var i 2004 flere beboere med skizofrenidiagnose og aktivt misbrug end i 1998. Beboerne havde flere åbenlyse sindssygdomssymptomer i 2004 trods mere intensiv medikamentel antipsykotisk behandling. Sengedagsforbruget på psykiatrisk afdeling steg tilsvarende fra 7,7 til 11,6 senge dagligt. Der synes at være behov for en intensivering af det ambulante psykiatriske behandlingstilbud, idet patienternes sygdomsgrad kræver øget speciallægelig ekspertise, specielt mhp. den intensive psykofarmakologiske behandling. En udflytning til egen bolig er målet, dette kræver for flere af beboerne en massiv bedre social funktionsevne og er næppe mulig for alle. Der vurderes at være behov for resurse-tilførsel til den sociale aktivering og til psykiatrisk behandling.

Nedlæggelse af psykiatriske sengepladser inden for de seneste 20 år medførte etablering af sociale boinstitutioner til sindslidende. Det tidligere psykiatriske plejehospital Sundbygård i København skiftede således den 1. januar 1987 status til social boinstitution. I 2001 udvidedes Sundbygård fra ca. 150 til ca. 170 boliger.

En tværnsnitsundersøgelse i 1998 viste, at kun 33 af 147 beboere tilhørte gruppen af ældre demente personer [1]. Lukning af senge på Sct. Hans Hospital og omstrukturering af psykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab har siden 1998 medført nye beboere med hyppige aktive sygdomsfasen.

Formålet med denne undersøgelse har været at sammenligne karakteristika for beboerne ved tværnsnitsundersøgelsen i 1998 med karakteristika for beboerne i 2004. Det har været ønsket at vurdere, om beboernes tilstand sammenholdt med intensiteten i den sociale og den ambulante psykiatriske behandling var tilstrækkelig til, at en målsætning om, at en overvejende del af beboerne skulle udskrives til egen bolig kunne opfyldes [2].

Materiale og metode

Sundbygård

Sundbygård er beliggende i Københavns Kommune ca. 1 km fra Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital. Sundbygård havde

i juni 2004 ca. 170 boliger fordelt på ti boligafsnit hver med 13-20 beboere. I alt 150 boliger bestod af et eneværelse uden bad eller toilet, og 20 boliger havde to værelser med bad og toilet. På Sundbygård blev der tilbudt aktivering og social færdighedstræning. Personalet omfattede 188 ansatte. Blandt kontaktpersonerne var der 46% pædagogisk og 54% sundhedsfagligt uddannede. Der var tre psykologer ansat [3].

Tidligere inkluderede visitationen en indflytningssamtale med Sundbygårds personale, men fra 2003 er visitationen ændret til en decentraliseret papirvisitation via den kommunale sagsbehandler. Det årlige antal indflytninger fra 1998 til 2004 var median: 33 (variationsbredde: 24-36). Den ambulante psykiatriske behandling på Sundbygård varetages af en overlæge ansat ved Amager Hospitals psykiatriske afdeling. Overlægen er 3-4 dage ugentligt til stede på Sundbygård. Der blev i 2004 leveret 1.859 ambulante ydelser til beboerne. Ved overlægens ferie/fravær blev der ydet anden speciallægelig bistand fra Psykiatrisk Afdeling.

Beboerne var registrerede som ambulante patienter i Psykiatrisk Afdelings regi, og der blev oprettet behandlingsplan og journal på Psykiatrisk Afdeling. Ved behov for indlæggelse blev beboerne visiteret til lukket intensivt afsnit eller til to bydelsrettede sengeafsnit på Amager Hospital, eventuelt efter overnatning på psykiatrisk skadestue. Enkelte blev indlagt direkte på Sct. Hans Hospital.

Pr. 1. juni 2004 blev oplysninger om alle beboerne på Sundbygård ekskl. 15 beboere i satellitboliger gennemgået af den behandlingsansvarlige overlæge. Der var 166 beboere, idet to pladser stod tomme pga. beboerskift. Fire beboere udgik delvis pga. langvarige indlæggelser på Sct. Hans Hospital. Undersøgelsen omfattede herefter gennemgang af 166 beboere, der blev sammenlignet med 147 beboere gennemgået i 1998 [1]. Der blev registreret tilgængelige journaloplysninger, diagnoser, tidligere misbrug, debutalder, sygdomsvarighed, opholdets længde og medikamentel behandling. Der blev registreret forbrug af psykiatriske senge dage. Ved registrering af data blev det samme skema, som var blevet anvendt i februar 1998, benyttet.

Sygdomssværhedsgrad blev vurderet ved interview af beboerens kontaktperson og ud fra den behandlendes overlæges kendskab til den enkelte beboer. Der blev registreret såvel positive som negative symptomer for alle beboerne uanset diagnose.

Symptomernes intensitet blev graderet på en 5-point-skala fra 0 (ikke til stede) til 4 (kontinuerligt til stede i svær grad) inspireret af *Strauss & Carpenter* [1, 4]. Behovet for adfærdskorrektion og aktivt misbrug blev registreret. Patientens netværk blev registreret i form af hyppighed af kontakt til familie og andre pårørende.

Det undersøgte endvidere, om variable som diagnose, tidligere misbrug, debutalder og opholdets længde var associeret med risiko for psykiatrisk indlæggelse i løbet af samme år.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Etik

Undersøgelsen var en anonymiseret beskrivelse af beboere på en social institution på basis af foreliggende journalmateriale. Den enkelte beboer blev ikke interviewet.

Statistik

For de to grupper blev diskontinuerte parametre klassificeret i grupper og testet ved χ^2 -test. Der blev valgt et signifikansniveau på 5%. Til vurdering af prædiktorer for genindlæggelse blev der anvendt logistisk regressionsanalyse, hvor odds-ratio med 95% konfidensintervaller (KI) repræsenterer risikoen for mindst en indlæggelse på psykiatrisk afdeling i løbet af samme år. For kategoriske variable anvendte vi indikatorkodning, mens variable såsom opholdets længde blev analyseret som kontinuerte variable.

Resultater

Pr. 1. juni 2004 indsamledes data om i alt 166 beboere, 90 mænd og 76 kvinder. Til sammenligning var der i 1998 147 beboere, 78 mænd og 69 kvinder. I alt 51 beboere indgik såvel i 1998 som i 2004 i tværsnitsundersøgelsen. Medianalderen var i 2004 for mændene 43 år (variationsbredde 22-81 år), for kvinderne ligeledes 43 år (variationsbredde 22-99 år). Til sammenligning var medianalderen i 1998 for mændene 51 år (variationsbredde 20-89 år) og for kvinderne 57 år (variationsbredde 22-93 år). I 2004 var fire personer 70 år og derover, to mænd og to kvinder heraf en kvinde på 99 år. I 1998 var der 38 personer over 70 år, 16 mænd og 22 kvinder. Der var således et signifikant fald ($p < 0,05$) i antallet af personer over 70 år fra 1998 til 2004. Ligeledes var der et signifikant fald i medianalderen. Den diagnostiske fordeling i 2004 og 1998 fremgår af **Tabel 1**. Der var en signifikant øgning af personer med diagnosen skizofreni m.m. (F20-29) til 90% sammenlignet med 69% i 1998 og færre demente (F0-9) i 2004. Der var ikke kønsforskel, hvad angår diagnoser. Beboerne havde været langvarigt syge i såvel 1998 som i 2004 med en gennemsnitlig sygdomsvarighed på henholdsvis 18,9 år og 17,6 år. En stor del havde tidligere misbrug i anamnesen, 80 (54%) i 1998 og 100 (62%) i 2004. Der var en signifikant øgning af antal beboere med aktivt misbrug fra 23 (16%) i 1998 til 42 (26%) i 2004. Antallet af beboere med retslig foranstaltning - dvs. dom til behandling - steg fra fem i 1998 (en mand og fire kvinder) til 12 i 2004 (ni mænd og tre kvinder).

Tabel 2 viser antallet af positive og negative symptomer samt behov for adfærdskorrektion i henholdsvis 1998 og 2004. Der var en signifikant øgning af antallet af personer med åbenlyse sindssygdomssymptomer i form af vrangforestillinger og hallucinationer fra 47 i 1998 til 97 i 2004. Specielt bemærkelsesværdigt er det, at antallet af personer, som var kontinuerligt præget af sindssygdomssymptomer i svær grad steg fra 12 i 1998 til 45 i 2004 (målt til 3 eller 4 på en 5-point-skala fra 0 til 4).

Der var et uændret antal beboere, som havde et ringe

socialt netværk, dvs. sjældent eller aldrig fik besøg, henholdsvis 44 beboere i 1988 og 48 i 2004.

I 2004 blev der udført rating vedrørende den sociale funktionsevne ved måleinstrumentet *global assessment of function* (GAF). Man fandt, at gennemsnittet havde en rating på 34,7 med variationsbredden 25-48, dvs. en dårlig social funktion.

Antal sengedage på psykiatrisk afdeling for indlagte beboere fremgår af **Tabel 3**. Årligt sengedagsforbrug for beboerne steg fra 7,7 til 11,6 fra 1998 til 2004. I 1998 brugtes i gennemsnit således 18,6 sengedage pr. beboer, og i 2004 brugtes 24,8 sengedage pr. beboer.

Beboerne fik i 2004 signifikant mere neuroleptika og kombinationsbehandling med flere typer neuroleptika end i 1998 (**Tabel 4**).

Af **Tabel 5** fremgår det, at risikoen for psykiatrisk indlæggelse samme år var signifikant associeret med henholdsvis kort varighed af opholdet på Sundbygård, med tidligere blandedt misbrug, aktivt hashmisbrug, dom til psykiatrisk behandling og med sværhedsgraden af positive symptomer. Derimod

Tabel 1. Diagnostisk fordeling for beboere på Sundbygård.

Diagnose	1998 (n = 147) n (%)	2004 (n = 166) n (%)
Organiske lidelser (F0-9)	32 (22)	11 (7) ^a
Misbrug (F10-19)	4 (3)	1 (1)
Skizofreni m.m. (F20-29)	101 (69)	149 (90) ^b
Affektive lidelser (F30-39)	2 (1)	1 (1)
Andre lidelser	8 (5)	4 (2)

a) Signifikant fald, $p < 0,05$.

b) Signifikant stigning, $p < 0,05$.

Tabel 2. Forekomsten af sindssygdomssymptomer hos beboere på Sundbygård.

Symptomer	1998 (n = 147) n (%)	2004 (n = 162) n (%)
Positive symptomer	47 (32)	97 (60) ^a
Negative symptomer	45 (31)	85 (52) ^a
Behov for adfærdskorrektion	84 (57)	109 (67)

a) Signifikant stigning, $p < 0,05$.

Tabel 3. Antal sengedage brugt på psykiatrisk afdeling pr. kalenderår (i patientes antal sengeår).

Sygehus	1998	2002	2003	2004
Kommunehospitalet/ Amager Hospital	1.860 (5,1)	1.775 (4,8)	1.899 (5,2)	2.541 (6,9)
Sct. Hans Hospital	937 (2,6)	823 (2,3)	1.832 (5,0)	1.679 (4,6)
I alt	2.797 (7,7)	2.598 (7,1)	3.731 (10,2)	4.220 (11,6)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 4. Forbrug af psykofarmaka for Sundbygårds beboere.

Psykofarmaka	1998 (n = 147) n	2004 (n = 162) n
Neuroleptika, mere end en type	22	79 ^a
Neuroleptika, atypiske	51	127 ^a
Neuroleptika, højdosis	58	53
Antidepressiva	56	78
Benzodiazepiner	82	94
Lithium	5	8
Antiepileptika	17	26
Antabus	26	19 ^b

a) Signifikant stigning, $p < 0,05$.b) Signifikant fald, $p < 0,05$.

Tabel 5. Prædiktorer for mindst en indlæggelse på psykiatrisk afdeling i løbet af samme år (n = 166), tværsnitsundersøgelsen i 2004.

Variabel	Odds-ratio (95% konfidensinterval)
Opholdets længde, måneder	0,97 (0,94-0,99) ^a
Tidligere misbrug	
hash	3,15 (0,89-11,14)
blandet	2,46 (1,12-5,44) ^a
Aktuelt misbrug	
hash	4,15 (1,00-17,45) ^a
blandet	2,08 (0,80-5,39)
Hyppeghed af adfærdskorrektion	1,23 (0,97-1,56)
Retslig foranstaltning	6,18 (1,60-23,83) ^a
Sværhedsgrad af positive symptomer	1,39 (1,07-1,81) ^a
Sværhedsgrad af negative symptomer	1,22 (0,91-1,63)

a) Signifikant, $p < 0,05$.

var eksempelvis sværhedsgraden af negative symptomer ikke signifikant associeret med risiko for indlæggelse. Kort varighed af opholdet på Sundbygård, tidligere misbrug, dom til behandling og sværhedsgrad af positive symptomer var uafhængige prædiktorer for indlæggelse.

Diskussion

Beboerne på Sundbygård er nu yngre end tidligere, de er i aktiv sygdomsfase og har på indflytningstidspunktet ikke evne til at klare sig i egen bolig. I undersøgelsen blev der da også fundet større risiko for genindlæggelse, jo kortere ophold beboeren havde haft på Sundbygård. Dette er sammenhængende med andres fund af, at kort sygdomslængde prædikterer genindlæggelse [5, 6].

Omlægning af psykiatrisk behandling fra langvarige hospitalsindlæggelser til ambulant behandling har medført ændring af klientellet, der bebor sociale boinstitutioner for sindslidende [5]. Noget tyder på, at der sker en form for reinstitutionisering i stil med, hvad andre har påvist sker, når man lukker psykiatriske hospitaler, især »asylsengene« [7]. Der

synes at være behov for en justering af den måde, der leveres psykiatrisk behandling og social rehabilitering på til målgruppen de psykisk syge beboere. Fra status som psykiatrisk plejehospital i 1987 og frem er der løbende sket skift i Sundbygårds sociale rehabiliteringstilbud. Institutionen hedder ikke længere socialpsykiatrisk plejecenter, men socialt bocenter, hvilket afspejler skiftet fra pleje til aktiv rehabilitering af beboerne. De senere år fra 1998 og frem er beboerne paradoksalt blevet mere og mere syge, vurderet ud fra positive og negative symptomer, behov for adfærdskorrektion, brug af sengedage på den lokale psykiatriske afdeling og behov for intensiv psykofarmakologisk behandling. Der er i perioden sket et skift i psykofarmakologisk behandling til nyere, måske mindre potente præparater, hvilket kan have medvirket til polyfarmaci.

Der er behov for yderligere undersøgelser af den medikamentelle behandling og efterundersøgelse af beboere, der fraflytter, hvilket man på afdelingen er i gang med.

Alt i alt må det konkluderes, at ikke alle beboere til hver en tid er så sunde og raske, at det er muligt at rehabiliterer dem til et »normalt« liv i egen bolig [2, 8]. Den meget vanskelige behandlings- og sociale rehabiliteringsopgave afspejles også i beboernes sideløbende stigende misbrug og i den signifikante stigning i antallet af patienter, der behandles i medfør af en retspsykiatrisk foranstaltning. Der er et stort behov for undervisning af personalet i holdning og øgede kompetencer [9, 10].

Der skønnes ligeledes at være behov for resursetilførsel såvel til intensivering af den ambulante psykiatriske behandling som til social rehabilitering. Den sundhedsfaglige resurse, der er til rådighed, stemmer ikke overens med det behov, beboernes sygdomsgrad betinger.

Korrespondance: *Claus Breddam*, DPC Vesterbro-Kongens Enghave, Vesterbrogade 31, DK-1620 København V. E-mail: claus.breddam@hh.hosp.dk

Antaget: 28. juni 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Personalet på Sundbygård og overlæge *Holger Sørensen*, Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital, takkes for værdifuld hjælp.

Litteratur

- Jensen P, Wang AG, Aggernæs KH. Fra psykiatrisk plejehospital til bocenter for yngre sindslidende. *Ugeskr Læger* 1999;162:1214-8.
- Topor A. Recovery. At komme sig efter alvorlige lidelser. København: Hans Reitzels forlag, 2003.
- Boecentret Sundbygård. Udviklingsplan 2004-2005. Københavns Kommune, 2003.
- Strauss JS, Carpenter WT. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:429-34.
- Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ* 1999;319:13-6.
- Oiesvold T, Saarento O, Sytema S et al. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:367-73.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:123-6.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
- Fakhoury WKF, Priebe S, Quaraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:45-54.
- Levy E, Sheffler G, Loewenthal U et al. Characteristics of schizophrenia residents and staff rejection in community mental health hostels. *Int J Psychiatry Relat Sci* 2005;42:23-32.