

Badanie psychiatryczne osób w podeszłym wieku w warunkach domowych: przewodnik praktyczny

Bradley Ng, Martin Atkins

Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 400-407

Wstępna ocena przeprowadzana w warunkach domowych jest ważnym elementem psychiatrycznej opieki w grupie osób w podeszłym wieku. W tym artykule omówiono aspekty kliniczne oraz dodatkowe kwalifikacje, które poza umiejętnością przeprowadzenia standardowego badania psychiatrycznego, są niezbędne do takiej oceny. W tekście zostały również omówione względy bezpieczeństwa oraz kontrola ryzyka podczas takiego badania.

„Jeśli pacjent nie potrafi podać nazwiska obecnego premiera, który został wybrany jakiś czas temu, to nawet ujawnienie podczas badania w warunkach domowych pozytywnego i wspierającego środowiska domowego nie ma większego znaczenia”.¹

Badanie psychiatryczne osób w podeszłym wieku może być przeprowadzone w różnych miejscach, takich jak poradnie, oddziały szpitalne, domy opieki oraz mieszkanie lub dom pacjenta. Każde z nich ma swoje zalety i wady, a także stanowi pewne wyzwanie. W krajach wysoko rozwiniętych wstępne badanie w domu pacjenta jest ważnym elementem świadczeń psychiatrycznych udzielanych osobom w podeszłym wieku. Chociaż sposób przeprowadzenia badania ma ogromne znaczenie, to ten temat był rzadko poruszany.

W artykule omówiono aspekty kliniczne związane z wstępnym badaniem psychiatrycznym osoby w podeszłym wieku w jej domu. Wyszczególniono kwestie, które należy mieć na uwadze, aby zapewnić bezpieczną i wszechstronną ocenę wykraczającą poza standardowy wywiad psychiatryczny. Autorzy przeprowadzili przegląd piśmiennictwa z dziedziny psychiatrii wieku podeszłego, geriatry i innych oraz wykorzystali doświadczenie kliniczne własne i innych lekarzy.

Jeśli chodzi o finansowanie, uwarunkowania prawne czy refundację wizyt domowych, to między poszczególnymi pań-

stwami, a nawet ośrodkami mogą występować znaczące różnice. Wprawdzie w artykule nie omówiono tego zagadnienia, jednak sytuację w Wielkiej Brytanii opisywano już wcześniej.²⁻⁵

Wyniki kilku wcześniejszych badań,⁶⁻⁸ wskazywały na korzyści z badania w domu pacjenta polegające na ujawnieniu wcześniej niezauważonych lub niedocenionych problemów psychiatrycznych bądź innych (ramka 1), przy czym nie wszystkie badania dotyczyły psychiatrii wieku podeszłego.

W badaniu populacyjnym obejmującym 154 osoby w podeszłym wieku, ocena w domu pacjenta, przeprowadzona przez wyspecjalizowaną pielęgniarkę pozwalała na ujawnienie średnio czterech problemów, które nie zostały wykryte w badaniu klinicznym przeprowadzonym przez geriatrę i psychiatrę. Zagrożenia dotyczyły bezpieczeństwa oraz zdrowia psychicznego i wiązały się z potencjalnymi następstwami w postaci zwiększonej chorobowości i umieralności, przy czym podstawowy wywiad kliniczny nie wskazywał na trudności ujawnione w trakcie wizyty.⁹ W innym badaniu, przeprowadzonym w grupie 172 chorujących na otępienie osób w podeszłym wieku stwierdzono, że nie da się przyrównać wywiadu klinicznego dotyczącego domowego środowiska pacjenta do badania przeprowadzonego w warunkach domowych, gdyż często dopiero wizyta domowa ujawniała izolację, zagrożenia dotyczące bezpieczeństwa i problemy związane z opiekunami.¹⁰ Wprawdzie

Bradley Ng jest konsultantem psychiatrą zajmującym się osobami w podeszłym wieku w Older Persons Mental Health w Robina Hospital (Gold Coast, Queensland, Australia) i docentem na Wydziale Nauki o Zdrowiu i Medycynie (Bond University, Queensland). Pełnił funkcję ordynatora na oddziale psychogeriatry w Auckland i honorowego wykładowcy University of Auckland (Nowa Zelandia). Jego zainteresowania obejmują medyczno-prawne aspekty psychiatrii oraz monitorowanie bezpieczeństwa farmakoterapii. Martin Atkins jest konsultantem psychiatrą zajmującym się osobami w podeszłym wieku, zastępcą dyrektora Older Persons Mental Health w Robina Hospital i profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Nauki o Zdrowiu i Medycynie na Bond University. Szkolił się jako psychogeriatra w Wielkiej Brytanii i pracował jako konsultant w Salford, zanim przeniósł się do Australii, pracując w Victorii, a następnie w Queensland. Od wielu lat interesuje się rozwojem świadczeń medycznych i edukacji medycznej.

Adres do korespondencji: Dr Bradley Ng, Older Persons Mental Health, Robina Hospital, Bayberry Lane, Robina, Queensland 4226, Australia; e-mail: bkwn@hotmail.com

Konflikt interesów: brak.

w części badań skupiono się na chorych na otępienie, jednak wiele problemów dotyczy całej populacji osób w podeszłym wieku cierpiących na zaburzenia psychiczne. Nie wszystkie dane wskazują na przewagę badania domowego. W badaniu przeprowadzonym w grupie 32 osób w podeszłym wieku chorujących na depresję bez zaburzeń funkcji poznawczych, w trakcie oceny w warunkach domowych wykazano brak poprawy w zakresie stanu klinicznego i wyników leczenia, podczas gdy w warunkach klinicznych stwierdzano taką poprawę.¹¹

Osoby starsze, korzystając z opieki ambulatoryjnej, napotykają na wiele trudności. Niepełnosprawność fizyczna, trudności z poruszaniem, brak prawa jazdy lub umiejętności prowadzenia samochodu, brak rodziny, która mogłaby towarzyszyć w podróży, nieprzyjazny system transportu publicznego lub wrogi system szpitalny mogą przyczynić się do mniejszej frekwencji. Niektórzy słabsi pacjenci mogą wręcz potrzebować transportu karetką.¹² Natomiast zaburzenia poznawcze, depresja czy psychoza wiążą się z upośledzonym wglądem, trudnościami w rozumieniu i poszukiwaniu pomocy.

Badanie w warunkach domowych ma wiele zalet. W ten sposób można bezpośrednio ocenić, jak dana osoba porusza się i działa w swoim środowisku, w mniejszym stopniu opierając się na relacjach pacjenta i jego bliskich, które mogą być niekompletne, stroniczne lub wprowadzające w błąd.⁸ Pacjent, jego opiekunowie i obecna podczas badania w domu rodzina częściej zachowują się swobodnie i są chętni do udzielania informacji.¹³ Wywiad może dostarczyć większej liczby informacji, a zachowanie jest bardziej naturalne niż podczas badania w warunkach klinicznych. Lepiej widoczny jest także wpływ czynników środowiskowych i psychospołecznych oraz rola innych instytucji.¹⁴

Te informacje mają kluczowe znaczenie przy ocenie, czy badany cierpi na chorobę psychiczną, czy nie. Nie wszystkie dane można uzyskać podczas badania w warunkach ambulatoryjnych. Badanie domowe może ujawnić wypalenie opiekunów lub wykorzystywanie pacjenta i dać pogląd na zasoby rodziny, jej mocne punkty oraz dynamikę.¹³ Na tej podstawie można opracować bardziej wszechstronną i holistyczną strategię, która ma pierwszym miejscem stawia problemy pacjenta, wyznacza leczenie i uwzględnia problemy niepsychiatryczne, czy to medyczne, czy społeczne, które wymagają dalszego badania i skierowania do innych instytucji niż opieka psychiatryczna. Może się okazać, że zgłaszany problem psychiatryczny nie jest najpilniejszy, gdyż na zdrowie psychiczne pacjentów w podeszłym wieku znacząco wpływają inne choroby somatyczne.^{15,16}

Podczas badania domowego frekwencja pacjentów i ich opiekunów jest wyższa niż podczas tradycyjnego badania w warunkach ambulatoryjnych.^{2,17} Pacjenci i lekarze pierwszego kontaktu są zwykle zadowoleni z oceny w warunkach domowych, zarówno jeśli chodzi o kwestie ogólnomedyczne, jak i psychiatryczne.^{6,18,19}

Wadą badania domowego jest to, że niektórzy pacjenci mogą czuć się niekomfortowo, gdy personel ochrony zdrowia odwiedza ich dom. Dlatego przy pierwszym kontakcie należy

Ramka 1

Potencjalne problemy ujawniane podczas badania domowego^{13,26}

Psychiatryczne/medyczne

- depresja
- zaburzenia poznawcze lub otępienie
- behawioralne i psychologiczne objawy otępienia
- psychoza
- nadużywanie alkoholu
- medyczne stany nagłe
- ból
- politerapia

Geriatryczne

- upadki lub inne kwestie związane z bezpieczeństwem

- nietrzymanie moczu lub stolca
- zaburzenia czucia
- niedożywienie
- napięcia/konflikt opiekuna i rodziny
- odrzucenie i złe traktowanie
- pomyłki w przyjmowaniu leków
- potrzeba stałego zajęcia lub opieki

Środowiskowe

- zaniedbane domostwo lub nędza
- niedostosowanie w zakresie usług komunalnych/ogrzewania
- mała dostępność jedzenia
- przeszkody dla ruchu

wyjaśnić cel wizyty, jak również przedstawić możliwość spotkania w warunkach ambulatoryjnych. Możliwości oraz sprzęt potrzebne do badania fizykalnego są ograniczone. Znalezienie dogodnego dla wszystkich zainteresowanych terminu wizyty może prowadzić do opóźnień, jednak w przypadku wizyty w gabinecie również trudno uniknąć zwłoki.⁶

Badanie domowe może być postrzegane jako nieefektywne ze względu na czas, który trzeba przeznaczyć na dojazd. Samo badanie może również trwać dłużej niż ocena w warunkach ambulatoryjnych ponieważ w warunkach domowych może ujawnić się więcej zagadnień. Na podstawie danych klinicznych autorzy uważają, że jest to zaleta i warto przeznaczyć na badanie dodatkowy czas. Należy również mieć na uwadze kwestię bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w domu pacjenta i jego okolicy.²⁰

Przygotowania

ZGŁOSZENIE

Wprawdzie wiele ośrodków psychiatrycznych zajmujących się osobami w podeszłym wieku akceptuje i popiera zgłoszenia z różnych źródeł, w tym od pacjentów i ich opiekunów,⁵ jednak zdaniem autorów niezbędne jest zaangażowanie oraz zgoda lekarza rodzinnego pacjenta. Lekarz pierwszego kontaktu jest główną osobą zapewniającą opieką zdrowotną, często będąc przy tym w osobistej i długotrwałej relacji z pacjentem. W niektórych sytuacjach, gdy zgłoszenie pochodzi z innego źródła, a lekarz rodzinny dobrze radzi sobie z sytuacją, zaangażowanie w problem kolejnego specjalisty wydaje się niepotrzebne lub niewłaściwe.

Lekarz rodzinny odgrywa główną rolę przy wykluczaniu majaczenia w sytuacjach, gdy w obrazie choroby występują objawy psychiczne. Ze względu na częstość i złożoność współistniejących u osób w podeszłym wieku chorób somatycznych,

konieczne jest określenie na co aktualnie choruje pacjent i jakie leki przyjmuje. Odnosi się to w szczególności do ośrodków, w których dostęp do personelu medycznego jest ograniczony lub jest go zbyt mało i zgłoszenia przyjmują osoby bez wykształcenia medycznego. Majączenie lub inne złożone stany somatyczne wskazują na pilność i złożoność sytuacji, w której niewłaściwa byłaby ocena w warunkach domowych.

Powód zgłoszenia oraz pilnej interwencji musi być możliwie jasny. Należy zebrać informacje o zaangażowaniu innych ośrodków psychiatrycznej opieki zdrowotnej czy lekarzy, instytucji rządowych i pozarządowych, w tym opieki społecznej. Konieczne są dane kontaktowe do rodziny lub opiekunów. Powinno się określić wszystkie potencjalne czynniki ryzyka, zarówno odnoszące się do samego pacjenta, jego rodziny, opiekunów, społeczności, jak i wizytującego personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ryzyko może stwarzać nie sam pacjent, ale jego małżonek, o którym wiadomo, że stosuje przemoc, lub dorosłe dziecko z wywiadem dotyczącym nadużywania substancji psychoaktywnych.

PODZIAŁ

Rodzaj i liczebność personelu medycznego przeprowadzającego badanie domowe zależy od kilku czynników, takich jak stan osobowy personelu, wywiad dotyczący pacjenta oraz dostępność transportu. Liczba lekarzy uczestniczących w badaniu różni się w zależności od ośrodka. Jeśli personel medyczny znał wcześniej pacjenta, bądź chory zgadza się na wizytę domową i nie występują wątpliwości co do ryzyka, na wizytę może udać się jedna osoba. Jeśli istnieje potencjalne ryzyko, doradza się obecność dwóch osób z personelu. Badanie przez dwóch lekarzy pozwala na wymianę spostrzeżeń i wstępną wielospecjalistyczną ocenę. W niektórych sytuacjach druga osoba może podczas badania fizykalnego odgrywać rolę przyzwoitki.

Z uwagi na współchorobowość i politerapię częste u osób w podeszłym wieku sformułowanie wstępnej opinii medycznej o pacjencie ma ogromne znaczenie. Obecność lekarza podczas wstępnego badania w domu pacjenta zależy często od jego dostępności. To, czy na każdej wizycie domowej powinien być obecny psychiatra zajmujący się osobami w podeszłym wieku, jest przedmiotem dyskusji.²¹ Wyniki badań wskazują, że w psychiatrii wieku podeszłego wstępna ocena może być z dobrym rezultatem dokonywana także przez personel bez wykształcenia medycznego.²²

Korzystny może okazać się przydział personelu do konkretnego zgłoszenia w zależności od kierunku, w jakim ma przebiegać wstępna ocena. Zgłoszenie wskazujące na istotne trudności społeczne może w multidyscyplinarnym zespole być kierowane do pracownika socjalnego, podczas gdy deficyty poznawcze czy pogorszenie funkcjonowania mogą wskazywać na potrzebę terapii zajęciowej. W przypadku braku lekarza zgłoszenia dotyczące złożonych kwestii medycznych, politerapii czy złego stanu zdrowia współmałżonka lub opiekuna mogą być kierowane do pielęgniarki. Wybór zależy od składu zespołu

odpowiadającego na zgłoszenia. Kwestia lekarzy będących w trakcie szkolenia z psychiatrii została omówiona poniżej.

PIERWSZY KONTAKT

Konieczny jest wcześniejszy kontakt telefoniczny z pacjentem w celu uzyskania zgody na badanie domowe lub zdobycia dodatkowych informacji oraz zapewnienia uczestnictwa w badaniu rodziny, opiekunów lub innych zaangażowanych stron, takich jak pracownicy socjalni czy pielęgniarka odwiedzająca pacjenta.²³ Na kwestie świadomej zgody wpływa ocena stanu pacjenta przez zgłaszającego. Jeśli u chorego występują znaczące zaburzenia funkcji poznawczych należy rozważyć rozmowę z rodziną lub opiekunami bez uzyskania świadomej zgody lub wizytę bez wcześniejszego uprzedzenia.

Podczas nawiązywania pierwszego kontaktu może zdarzyć się, że pacjent nie był powiadomiony o zgłoszeniu lub nie wie, kto był kierującym. To, jak wiele ujawnimy pacjentowi, zależy od składającego zgłoszenie, jego relacji z pacjentem lub chęci pacjenta do uczestnictwa w badaniu. Konieczna jest ocena kliniczna, przy której należy nadzorować personel nieposiadający wystarczającego doświadczenia. Po wstępnym kontakcie telefonicznym z pacjentem konieczne może okazać się ponowne zwrócenie się do osoby kierującej w celu wyjaśnienia pewnych kwestii.

W trakcie wstępnego kontaktu telefonicznego z pacjentem klinicysta powinien ustalić, czy są członkowie rodziny, którzy mogliby uczestniczyć w badaniu, dowiedzieć się, jak pacjent postrzega zaistniałe okoliczności, ustalić cele istotne dla pacjenta i wyjaśnić jego obawy. Często zdarza się, że pacjent postrzega jako problematyczne zupełnie inne sprawy niż osoba zgłaszająca potrzebę wizyty domowej. Należy na koniec potwierdzić datę spotkania, uzyskać potrzebne wskazówki, omówić ewentualne problemy z dotarciem na wizytę (np. zły stan dróg, dostęp do zamkniętych osiedli, ochrona budynku).

W przypadku, gdy nie można skontaktować się telefonicznie z pacjentem, należy rozważyć inne formy kontaktu, takie jak wysłanie listu czy złożenie niezapowiedzianej wizyty. Jeśli pacjent wywodzi się z obcojęzycznego środowiska, należy rozważyć obecność podczas badania lekarza mówiącego w danym języku, tłumacza lub znającego miejscowy język członka rodziny, przy czym to ostatnie nie jest rozwiązaniem pozbawionym wad.

ROZPOZNAWANIE ZAGROZEŃ I KWESTIE BEZPIECZEŃSTWA

Potencjalne źródła zagrożenia dla personelu, takie jak agresywne psy, obelżywy małżonek/małżonka, wrogo nastawieni członkowie rodziny, słaby zasięg telefonii komórkowej czy duża przestępczość w danej okolicy, powinny być ocenione przed wizytą domową. Należy przy tym wdrożyć działania służące zminimalizowaniu lub zmniejszeniu zagrożenia. Ryzyko ma wpływ na planowanie i ustalenie terminu wizyty, w tym liczebność i skład (kwalifikacje zawodowe, płeć) wizytującego

zespołu oraz na to, czy o wizycie zostanie poinformowana (lub wręcz poproszona o asystę) policja.

Środki bezpieczeństwa obejmują dostępność telefonów komórkowych czy innych środków komunikacji, szybki dostęp do ważnych numerów telefonu (główna siedziba ośrodka, grupa reagowania kryzysowego, pogotowie czy policja) oraz wystarczający zapas paliwa (co ma znaczenie głównie w rejonach rolniczych). Wizyty powinny być rozplanowane zgodnie z zasadami bezpieczeństwa, szczególnie jeśli chodzi o członków personelu pracujących samotnie. Powinien także być wdrożony efektywny system monitorujący, gdzie znajduje się personel oraz o jakiej porze powinien powrócić.²⁴ Wyposażenie, które należy zabrać na wizytę domową, zostało wyszczególnione w ramce 2.

Rozpoczynanie badania

WZGLĘDY BEZPIECZEŃSTWA

W trakcie każdej wizyty domowej należy mieć świadomość ryzyka i na bieżąco dokonywać jego oceny. Wizyty u chorych mieszkających w rejonie o wysokiej przestępczości powinny odbywać się w godzinach, w których ryzyko wrogich zachowań ludności miejscowej wobec personelu jest najmniejsze. Dlatego za najlepszą porę uważane są poranki. Miejscowa policja może w razie potrzeby doradzać i zapewniać wsparcie podczas wizyty. Pojazdy powinny być pozostawiane w miejscach umożliwiających w razie konieczności szybką ewakuację, doradza się nieużywanie pojazdów, które mogą wzbudzać niechciane zainteresowanie. Zainteresowanie osób poszukujących narkotyków może wzbudzać torba lekarska, dlatego też w takich obszarach lepszym wyborem może okazać się niecharakterystyczna torba lub plecak. W samochodach nie należy zostawiać rzeczy wartościowych. Powinno się także wykonywać telefony sprawozdawcze.

Właściciele proszą się o zabezpieczenie lub izolację zwierząt, które mogą być agresywne. Można to w razie konieczności zrobić telefonicznie, czekając przy bramie wejściowej. Należy ocenić ogólny rozkład posiadłości, w tym drogi ewakuacji, wyjścia awaryjne oraz przeszkody, takie jak zabezpieczone drzwi, sterty sprzętów lub odpadów. W blokach należy wziąć pod uwagę rozmieszczenie schodów i to, czy czynne są windy.

Jakiegokolwiek ślady agresji, przemocy lub intoksykacji substancjami psychoaktywnymi pacjenta lub innych osób powinny podczas wizyty domowej budzić niepokój. Należy zwrócić uwagę na obecność w otoczeniu przedmiotów stanowiących potencjalną broń. W razie konieczności lekarz powinien wykorzystać umiejętności rozładowywania napięcia w sytuacjach konfrontacyjnych. Jeśli stwierdza się ślady przemocy mogącej stwarzać zagrożenie dla personelu, samego pacjenta bądź innych osób przebywających w gospodarstwie domowym, badanie powinno być w grzeczny sposób zakończone. W takiej sytuacji dalsze postępowanie po zakończeniu badania jest za-

Ramka 2

Wyposażenie potrzebne podczas wizyty domowej^{25,26}

- dokumentacja pacjenta oraz materiały piśmienne
- sprzęt medyczny, taki jak ciśnieniomierz, stetoskop, termometr
- zlecenia na badanie krwi, badanie radiologiczne, bloczki recept
- próbki leków
- leki przeciwpsychotyczne w postaci depot oraz strzykawki (np. jeśli pacjent nie stawiał się na podaniu neuroleptyku w formie depot)
- dokumenty wynikające z Ustawy o zdrowiu psychicznym (przyp. tłum)
- materiały edukacyjne dla pacjenta oraz broszury informacyjne
- dyktafon
- wizytówki
- ubranie na zmianę, szczególnie spodnie, jeśli wybieramy się do zaniechanego domu

Ramka 3

Opis przypadku 1: paranoja

Przypadek 79-letniej mieszkającej samotnie w ubogim domostwie kobiety został zgłoszony przez lekarza rodzinnego do miejscowego ośrodka zajmującego się starszymi osobami z zaburzeniami psychicznymi z uwagi na narastającą paranoję i poczucie zagrożenia w domu. W gabinecie kobieta sprawiała wrażenie wystraszonej i płaczącej, zgłaszała obawy, że ktoś może wejść do jej mieszkania w środku nocy. Podczas wizyty domowej okazało się, że niedawno do mieszkania obok wprowadzili się hulaśliwi i agresywni sąsiedzi, którzy są podejrzani o handel narkotykami, gdyż różne samochody przyjeżdżają do nich w godzinach nocnych. Inni sąsiedzi również byli pełni obaw. U kobiety nie stwierdzono objawów psychotycznych, bądź innych objawów wskazujących na chorobę psychiczną. Pracownik socjalny podjął się krótkoterminowego doradztwa, pod wpływem którego kobieta zgłosiła tę sprawę do zarządu nieruchomości.

leżne od poziomu agresji i pilności interwencji oraz ryzyka dla pacjenta i personelu.

PRZED FRONTOWYMI DRZWIAMI

Zwykle łatwo zauważyć czystość oraz wygląd ogólny okolicy, bliskość do innych domów lub mieszkań, ślady przestępczości, oświetlenie, nasilenie odgłosów z okolicy oraz zakłócenia porządku (ramka 3). Odległość do sklepów, przystanków autobusowych, transportu publicznego czy usług medycznych można ocenić, przechodząc. Czy dom jest trudny do zlokalizowania, czy łatwo jest zauważyć jego numer?²¹³

Już przed dotarciem do drzwi wejściowych można zebrać istotne informacje. Nieodebrana poczta w skrzynce na listy może wskazywać na zaburzenia poznawcze, nastroju lub ruchu. Zawartość kosza na śmieci może obrazować ogólny poziom organizacji pacjenta, nadużywanie alkoholu lub poziom funkcjonowania. Zapuszczony budynek lub ogród mogą budzić podobne obawy lub wskazywać na trudności finansowe. Można ocenić łatwość dostępu do poszczególnych części domu (schody, rampy, poręcze lub windy) oraz ewentualne zagrożenia podczas poruszania się (nierówne, zarośnięte lub śli-

Ramka 4

Środowiskowe czynniki ryzyka upadków^{13,27,28}

- śliskie lub nierówne ścieżki, podłogi lub schody
- bardzo strome lub wąskie schody
- nieprzymocowane dywany, maty lub dywaniki
- bałagan, zwierzęta, przewody lub rozlane płyny na podłodze
- brak poręczy lub uchwytów do przytrzymania się w łazience/toalecie
- niedopasowane meble
- zbyt nisko lub wysoko zawieszony półki czy szafki
- stosowanie schodków lub drabin do wchodzenia
- połamane lub przegniłe deski podłogowe
- słabe oświetlenie

skie ścieżki oraz słabe oświetlenie). Czy jest tam samochód? W jakim jest stanie i czy był ostatnio używany?

Ogólny poziom zabezpieczenia domu może wskazywać na zaburzenia poznawcze (drzwi pozostawione otwarte) lub zachowania na podłożu urojeniowym (barykady lub nadmierna liczba zamków), które mają znaczenie przy ocenie ryzyka. Obawy przed nieoczekiwanym pojawieniem się zagrożenia mogą wzbudzać dowody wtargnięcia przez inne osoby (graffiti, rozrzucone śmieci) lub obecność niepowołanych osób w domostwie. Opóźnienie w otwarciu drzwi może być spowodowane osłabieniem pacjenta, głuchotą, małą sprawnością ruchową, lękiem lub apatią.¹

ROZPOCZYNANIE WYWIADU

To, jak rozpoczniemy wywiad, zależy od okoliczności oraz od zaangażowanych w badanie osób, w szczególności ich umiejętności interpersonalnych oraz doświadczeniu w kontakcie zawieraniu porozumienia z pacjentem. Goszcząc w domu pacjenta, personel powinien w trakcie badania w sposób nieformalny każdorazowo upewniać się o pozwoleniu gospodarza na podejmowane działania. Należy w delikatny sposób poruszać z pacjentem i innymi osobami kwestie związane z naszymi obserwacjami dotyczącymi domu.

Pacjent może wskazać preferowane miejsce badania, jednak można posłużyć się pytaniami pomocniczymi (np. gdzie chciałby pan, żebyśmy usiedli?). W rzadkich wypadkach pacjenci nie zgadzają się, aby nieznanymi osobami weszły do domu i preferują rozmowy na schodach czy w ogrodzie. Respektowanie tych ograniczeń pozwoli pacjentowi poczuć się pewniej i stwarza szansę, że zaprosi on nas z własnej inicjatywy do domu w późniejszym czasie, aby tam kontynuować badanie. Jeśli istnieją wątpliwości co do ryzyka, badanie powinno być przeprowadzane blisko wyjścia lub na względnie otwartej przestrzeni.

Należy szybko dokonać oceny, czy rozmawiać z pacjentem indywidualnie, czy w obecności rodziny lub opiekunów.

Wspólne badanie przez dwóch lekarzy ma wiele zalet, takich jak możliwość rozdzielenia sił i rozmowy z pacjentem oraz rodziną/opiekunami oddzielnie lub jednocześnie, co pozwala oszczędzić czas. Jest to szczególnie cenne, jeśli strony czują

się niekomfortowo w swojej obecności. Zgoda na pozyskanie wywiadu od innych osób jest ważna i z doświadczenia autorów wynika, że pacjenci rzadko jej odmawiają. Takie informacje są kluczowe, jeśli chodzi o potwierdzenie wywiadu zebranego od pacjenta, szczególnie jeśli podejrzewa się istotne zaburzenia funkcji poznawczych.

Badanie domowe**OBSERWACJE OGÓLNE**

Ocena domu pacjenta powinna być prowadzona w elastyczny sposób oraz mieć na względzie poszanowanie jego prywatności. Jeśli wizytujący zachowuje się w empatyczny i niekonfrontacyjny sposób większość osób zgadza się na krótki spacer po domu. Taka przechadzka stwarza dodatkowo okazję do lubianych przez wielu pacjentów niemedycznych rozmów. Nadmierne entuzjastyczne czy wścibskie zachowanie może jednak zniszczyć relację z pacjentem, gdyż postępowanie zależy w dużym stopniu od zawarcia wstępnego porozumienia z chorym.

Warunki domowe mogą różnić się od siebie, od sterylnej porządku do nagromadzonego, rażącego brudu. Czy w domu znajdują się sterty gazet lub magazynów i z jakiego okresu pochodzą? Czy wszędzie znajdują się śmieci? Jaki jest powód do podjęcia dodatkowych środków ochrony? Czy na dywanie są miejsca wypalone przez papierosy? Jaki wygląda sytuacja jeśli chodzi o oświetlenie, elektryczność, ogrzewanie, wodę czy wentylację?²³ Możemy w ten sposób uzyskać dowody na niezapłacone rachunki. Ważne jest zwrócenie uwagi na potencjalne zagrożenie upadkiem (ramka 4). Niezabezpieczone kosztowności czy pieniądze lub oferowanie przez pacjenta takich czy innych dóbr materialnych może wskazywać na bycie wykorzystywanym materialnie.

Nieprzyjemne zapachy lub odór mogą wskazywać na złą higienę lub ubóstwo. Często za nieprzyjemny zapach są odpowiedzialne zwierzęta lub problemy z czynnościami fizjologicznymi. Czy dom cuchnie odchodami ptaków lub moczem? Ile jest tam kotów i czy są one nakarmione? Stan ogólny domu może wskazywać na trudności finansowe lokatora, jednak bywa to mylące, szczególnie jeśli chodzi o osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych lub urojzeniami ubóstwa.²⁵

W trakcie wizyty domowej można zorientować się, jakie są mocne strony pacjenta, jego hobby i zainteresowania. Może to stanowić początek porozumienia terapeutycznego, przy czym kolejnym krokiem może być zaangażowanie pacjenta w aktywności terapeutyczne poza domem. Istotne mogą być kwestie duchowości pacjenta i jego życia religijnego oraz to, czy mają one związek z chorobą psychiczną.²⁵

Kolejną kwestią jest to, w jaki sposób pacjent komunikuje się w nagłych wypadkach. Czy ma telefon stacjonarny lub komórkowy i czy jest w stanie go używać? Coraz większa liczba osób starszych korzysta z internetu, należy zatem mieć to na uwadze.

POKÓJ DZIENNY

Pokój dzienny często stanowi punkt wyjściowy dla rozmów ogólnych i zawierania porozumienia z pacjentem. Rodzinne fotografie są dobrą okazją do przełamania lodów, pokazują osobiste zainteresowania pacjenta, dają pogląd na relacje rodzinne i pozwalają zobrazować sprawność funkcji poznawczych. Czy pacjent pamięta nazwiska i wiek poszczególnych członków rodziny, wie gdzie oni mieszkają? Inicjowanie rozmowy dotyczącej widocznych zainteresowań lub hobby pozwala na ocenę zmian dotyczących tych zainteresowań, entuzjazmu oraz funkcji poznawczych.

Telewizja także może dostarczać tematów do rozmowy o zainteresowaniach, przypominania sobie aktualnych wyników rozgrywek sportowych czy tego, co się działo w ostatnim odcinku popularnego serialu. Wymaga to naturalnie pewnej orientacji w tych kwestiach przez oceniającego lekarza – dział sportowy w gazetach lub reklamy telewizyjne są tutaj nieocenione. Mniejsze niż zwykle zainteresowanie programami telewizyjnymi może być związane z pogorszeniem funkcjonowania poznawczego lub chorobą afektywną.

KUCHNIA

Mimo powziętego na wstępie wrażenia czystości i higieny, uważne obejrzenie kuchni może ujawnić wiele kwestii (ramka 5). Niewystarczająca ilość lub nieadekwatne produkty spożywcze w lodówce lub szafkach kuchennych są powodem do obaw i nasuwają pytanie o zwyczaje żywieniowe, zakupowe i umiejętności gotowania. Czy istnieją dowody na źle przygotowywane posiłki lub dziwactwa żywieniowe? Jeśli posiłki są dostarczane z zewnątrz, szybki rzut oka do lodówki ujawni, czy są zjadane i jaka jest ich data ważności. Kuchnia może także ujawnić, że pacjent spożywa nadmierne ilości alkoholu i dowody mogą mówić tutaj więcej niż wywiad od pacjenta. Wobec mnogości puszek i butelek trudno jest pacjentowi minimalizować ilość wypijanego alkoholu.

Obecność oraz stan urządzeń kuchennych może wskazywać na ogólny poziom higieny i zdolności do funkcjonowania. Czy jest tam wykrywacz dymu? Czy są spalone garnki lub patelnie? Czy widoczne są problemy z hydrauliką? Czy w szafkach kuchennych są karaluchy?²³ Członkowie wizytującego zespołu często spotykają się z propozycjami wypicia filiżanki herbaty i zaproszenie powinno się przyjmować, gdyż pozwala to na szybką i istotną ocenę osłabienia funkcji poznawczych i zdolności funkcjonowania.¹ To, czy mleko jest świeże, czy nie, można łatwo zauważyć. Zawsze można przy tym znaleźć wymówkę, aby nie wypić herbaty, w sytuacji, gdy poziom higieny budzi wątpliwości.

ŁAZIENKA I SYPIALNIA

Dzięki zajrzeniu do toalety, wanny czy prysznicza można zdobyć informacje na temat ryzyka upadków (ramka 4), trudności z dostępem czy problemów związanych z higieną. Niedrożne toalety czy rury kanalizacyjne w szybkim tempie prowadzą do brudu. Trudności w utrzymaniu sprawnej hydrauliki mogą wy-

Ramka 5

Opis przypadku 2: otępienie

Przypadek 85-letniego mężczyzny od 15 lat będącego wdowcem został zgłoszony przez lekarza rodzinnego do ośrodka zajmującego się osobami w podeszłym wieku z zaburzeniami psychicznymi z powodu narastających w krótkim czasie problemów z pamięcią. Jego dzieci były zaniepokojone stanem domu oraz groźbą tego, że ojciec może być wykorzystywany. Gdy jedna z córek pojawiła się niezapowiedziana z wizytą znalazła w kuchni ojca obcą osobę z torbami z zakupami, która przedstawiła się jako partnerka ojca, przy czym ojciec nigdy nie wspominał o nowym związku.

Wizyta domowa ujawniła brud, niedojedzone posiłki, brudną kuchnię z licznymi karaluchami i zapuszczony ogród. Badanie stanu psychicznego wykazało masywne deficyty w zakresie pamięci krótkoterminowej i funkcji wykonawczych. Pod koniec badania pojawiły się również obawy dotyczące jego bezpieczeństwa, gdy pacjent z powodu wtargnięcia wpadł w złość i odjechał na swoim skuterze inwalidzkim. Wizytujący zobaczył jak mężczyzna przejeżdża przez ruchliwą główną ulicę niepomny samochodów, które musiały gwałtownie hamować, aby go nie potrącić.

nikać z pogorszenia funkcji poznawczych. Podobnie wygląda sprawa, jeśli chodzi o pranie, skutkując stopniowym gromadzeniem się brudnych ubrań.

Poza szybkim rzutem oka nie należy wchodzić do sypialni, mając na uwadze prywatność pacjenta. W rzadkich przypadkach przeprowadzamy wywiad z pacjentem leżącym w łóżku. Powodem może być osłabienie fizyczne, wycofanie społeczne w przypadku depresji czy braku orientacji co do czasu, lub apatia w przypadku otępienia. Cuchnące otoczenie czy niewyprana pościel mogą wskazywać na problemy z higieną. Trudności w poruszaniu mogą powodować wybór alternatywnych miejsc do spania. W rzadkich przypadkach może okazać się, że pacjent nie śpi w łóżku, ale na kanapie, krześle lub rzadziej w dziwnych miejscach, takich jak szafa. Wywiad pozwala na ustalenie motywacji takiego postępowania.

WYCIECZKA PO OGRODZIE

Jeśli pacjent posiada ogród, jego stan może wskazywać na sposób funkcjonowania chorego i jego zainteresowania w czasie wolnym. Ogród można obejrzeć, wchodząc do domu lub podczas osobnego spaceru. Jeśli pacjent jest dumny ze swojego ogrodu, wspólny spacer może wzmocnić więź terapeutyczną. To, jak utrzymany jest ogród, może wiele mówić o zdrowiu fizycznym i ograniczeniach gospodarza. W przypadku fizycznie sprawnych pacjentów zainteresowanych ogrodnictwem zaniedbany ogród może świadczyć o pogorszeniu funkcjonowania poznawczego, awolucji lub braku energii wynikających z depresji bądź unikaniu ogrodu wynikającym z urojeniowych przekonań dotyczących sąsiadów. W przypadku pacjenta chorującego na nawracającą depresję, lubiącego zajmować się ogrodem, zaniedbanie jego pielęgnacji może wcześniej sugerować pogorszenie stanu psychicznego. Jeśli lekarz regularnie odwiedza daną okolicę, takie pogorszenie można zauważyć nawet przed otrzymaniem zgłoszenia o potrzebie wizyty domowej.

LECZENIE

Wizyta domowa umożliwia uzyskanie pełniejszej listy leków i wywiadu. Pacjenci często zapominają o przyniesieniu wszystkich lub niektórych przyjmowanych leków na wizytę, mimo że są o to proszeni. Często leki nie znajdują się pod ręką i pacjent musi je przynieść. Towarzyszenie i pomoc pacjentowi w tej czynności daje wizytującemu dodatkowo dostęp do innych części domu.

Bywa, że lista leków wypisywanych przez lekarza rodzinnego nie pokrywa się z listą leków aktualnie przyjmowanych przez pacjenta. Wystawienie recepty nie oznacza, że lek jest przyjmowany. Wprawdzie pacjent może z powodu dolegliwości bólowych nie mieć przepisanych opioidów, jednak może korzystać z leków małżonka. Czasem pudełko na leki może być pełne kompletnie różnych środków.²³ Leki bez recepty, witaminy, preparaty ziołowe i suplementy diety są często pomijane przez pacjentów i opiekunów przy sporządzaniu listy przyjmowanych leków. Zadanie prostego pytania, z jakiego powodu pacjent przyjmuje każdy z tych preparatów, dostarcza danych na temat stanu jego zdrowia.

Preparaty mogą być różnie pakowane, np. w pudełko, butelki, opakowania z podziałem na dawki czy blistry. Czy pacjent chorujący na zapalenie stawów jest w stanie otworzyć buteleczkę z lekiem lub przeczytać drobny druk? W jaki sposób pacjent dawkuje sobie leki i czy ktoś ma nad tym nadzór? Dozowanie i daty ważności można sprawdzić, można także zweryfikować stosowanie się do zaleceń sprawdzając liczbę pozostałych pacjentowi tabletek.

W niektórych krajach ten sam lek może mieć wiele nazw handlowych, przez co pacjenci mogą niezamierzenie dublować zalecane dawki. Rzut oka na przyjmowane przez pacjenta regularnie leki (opakowania i butelki) może ujawnić ten poważny problem.²⁴ Mnogość recept czy nadmiar leków może być wynikiem zamierzonego leczenia się u wielu specjalistów,²⁵ dostarczania przez członków rodziny leków zza granicy lub kupowania leków przez internet. Autorzy opisują przypadek kobiety chorej na schizofrenię, jednocześnie przyjmującej rysperydon, olanzapinę i klozapinę, które jej rodzina przez minione dwa lata kupowała za granicą bez recepty.

Wielu pacjentów zapomina wspomnieć o lekach nasennych lub nie włącza ich do listy przyjmowanych leków. Jednym z wyjaśnień może być to, że leki nasenne często są przechowywane w sypialni, podczas gdy inne leki w kuchni lub łazience. Warto jest zadać osobne pytanie o stosowanie leków nasennych oraz o możliwość przechowywania innych leków w pozostałych częściach domu.¹³ Podczas wizyty domowej należy zachęcić pacjenta i jego rodzinę do pozbycia się leków niepotrzebnych, tych których pacjent już nie przyjmuje oraz przeterminowanych.

POMOC W DOMU I WSPARCIE RODZINY

Należy każdorazowo ocenić wsparcie ze strony domowników, jego częstotliwość oraz rodzaj, podobnie jak relacje z opiekunami. Pacjenci często demonstrują w praktyce swoje niez-

dowolenie. Jeśli zaś chodzi o wykorzystywanie starszych osób przez nieformalnych opiekunów, szczególnie w kontekście otępienia, takie podejrzenie może nasuwać się, gdy widzimy dowody, że zaniedbują oni swoje obowiązki.

Wstępne wrażenie obejmuje interakcje pacjenta i członków rodziny. Czy niektórzy członkowie rodziny są bardziej współczujący i wyrozumiali niż pozostali? Jaki jest przekaz pozawerbalny? Kto dzierży władzę? Czy pacjent reaguje wrogością na kogoś z członków rodziny? Czy osoba wyznaczona na opiekuna nie jest przypadkiem słabsza i w gorszym stanie zdrowotnym niż sam pacjent? Jak rodzina zachowuje się w domu i jak prezentuje się środowisko rodzinne w porównaniu do formalnego spotkania w gabinecie. Mogą także pojawić się takie kwestie jak ustalenie pełnomocnika prawnego.

Relacje pacjenta z sąsiadami mogą być bardzo dobre lub napięte. Jeśli pacjent opisuje wsparcie otrzymywane ze strony danych sąsiadów, należy rozważyć uzyskanie od nich zgody i zebranie od nich wywiadu. Wrodzy lub rozzłoszczeni sąsiedzi czasem udzielają informacji nieproszeni, jak tylko zidentyfikują daną osobę jako personel opieki zdrowotnej.

PO WIZYCIE

Uzyskanie potwierdzenia wywiadu przez takie osoby jak lekarz rodzinny, inni specjaliści medyczni, członkowie rodziny, którzy nie byli obecni podczas wizyty, oraz osoby prowadzące gospodarstwo domowe, pomoże uzupełnić brakujące dane. Często członkowie rodziny patrzą na daną kwestię z innej perspektywy i kładą nacisk na inne rzeczy, co może zmienić wrażenie odniesione po rozmowie z samym pacjentem, szczególnie jeśli występują u niego zaburzenia funkcji poznawczych. Członkowie rodziny często są także bardziej wylewni, jeśli rozmowa nie toczy się w obecności pacjenta.

Szkolenie z zakresu psychiatrii a wizyty domowe

Psychiatria wieku podeszłego daje psychiatrom w trakcie specjalizacji możliwość zdobywania doświadczenia podczas wizyt domowych oraz pracy w wielospecjalistycznym zespole, co jednak nie spotyka się z poparciem niektórych instytucji. Wczesniejsze doświadczenia szkolących się psychiatrów, styczeń z rzadkimi, jednak istotnymi w przypadku psychiatrii wielu podeszłego problemami (takimi jak obskurne mieszkanie) oraz możliwość uczenia się od osoby składającej wizytę domową decyduje o ich zaangażowaniu. Kojarzenie niedoświadczonych osób z doświadczonymi członkami zespołu stanowi wyzwanie i ważne są tutaj odpowiedni nadzór nad samym procesem i stroną kliniczną.

Podsumowanie

W artykule pokrótce przedstawiono wyzwania kliniczne oraz metody przeprowadzania badania domowego w psychiatrii wieku podeszłego. Badanie to pozwala w pełny i holistyczny

sposób ocenić stan pacjenta, stwarza także możliwość przeprowadzenia w ramach opieki psychiatrycznej dostosowanych do potrzeb konkretnej osoby interwencji oraz uruchomienia właściwych środków. Wiąże się to z pewnymi kosztami, takimi jak czas i środki potrzebne do przeprowadzenia badania, w rzadkich przypadkach również z ryzykiem dla osoby wizytującego. Zdaniem członków wielu zespołów leczenia psychiatrycznego, zajmujących się osobami w podeszłym wieku, istotniejsza od kosztów jest możliwość lepszego niż w podczas wizyty w gabinecie zbadania pacjenta. Ostateczna decyzja dotycząca tego, czy dany ośrodek będzie przeprowadzał badania w warunkach domowych, powinna zależeć od zasobów i doświadczenia zespołu klinicznego.

From *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 400-407. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Fottrell E (1989) A personal view of psychogeriatric domiciliary visits. *Geriatrics* 2: 22-5.
- Benbow SM (1990) The community clinic - its advantages and disadvantages. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 119-21.
- Shah A (1994) Cost comparison of psychogeriatric consultations: outpatient versus home-based consultations. *International Psychogeriatrics* 6: 179-84.
- Shah A (1997) Cost comparison of out-patient and home-based geriatric psychiatry consultations in one service. *Aging and Mental Health* 1: 372-6.
- Richardson B, Orrell M (2002) Home assessments in old age psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 8: 59-65.
- Arcand M, Williamson J (1981) An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. *BMJ* 283: 718-20.
- Currie CT, Moore JT, Friedman SW, et al (1981) Assessment of elderly patients at home: a report of fifty cases. *Journal of the American Geriatrics Society* 29: 398-401.
- Levy MT (1985) Psychiatric assessment of elderly patients in the home: a survey of 176 cases. *Journal of the American Geriatrics Society* 33: 9-12.
- Ramsdell JW, Swart JA, Jackson JE, et al (1989) The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 17-24.
- Ramsdell JW, Jackson JE, Guy HJ, et al (2004) Comparison of clinicbased home assessment to a home visit in demented elderly patients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 18: 145-53.
- Cole MG, Rochon DT, Engelsmann F, et al (1995) The impact of home assessment on depression in the elderly: a clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 19-23.
- Burton JR (1985) The house call: an important service for the frail elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 33: 291-3.
- Scanameo A, Fillit H (1995) A practical guide to seeing the patient at home. *Geriatrics* 50: 33-7.
- Koenig HG (1986) The physician and home care of the elderly patient. *Gerontology and Geriatrics Education* 7: 15-24.
- Grauer H, Kravitz H, Davis E, et al (1991) Homebound aged: the dilemma of psychiatric intervention. *Canadian Journal of Psychiatry* 36: 497-501.
- Simon A (1984) Some observations of a geropsychiatrist on the value of house calls. *Gerontologist* 24: 458-64.
- Anderson DN, Aquilina C (2002) Domiciliary clinics I: effects of nonattendance. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 941-4.
- Jones SJ, Turner RJ, Grant JE (1987) Assessing patients in their homes. *Psychiatric Bulletin* 11: 117-9.
- Hardy-Thompson C, Orrell MW, Bergmann K (1992) Evaluating a psychogeriatric domiciliary visit service: views of general practitioners. *BMJ* 304: 421-2.
- Campion EW (1997) Can house calls survive? *New England Journal of Medicine* 337: 1840-1.
- Orrell M, Katona C (1998) Do consultant home visits have a future in old age psychiatry? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13: 355-7.
- Draper B (2000) The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 687-703.
- Zebly JW (1986) Geriatric follow-up: what only a home visit can tell you. *Geriatrics* 41: 100-4.
- Byrne G, Neville C (2010) *Community Mental Health for Older People*. Churchill Livingstone.
- Unwin BK, Jerant AF (1999) The home visit. *American Family Physician* 60: 1481-8.
- Levine SA, Barry PP (2003) Home care. In *Geriatric Medicine: An Evidence-Based Approach* (4th edn) (eds CK Cassel, RM Leipzig, HJ Cohen, et al): 121-31. Springer.
- Lowery K, Buri H, Ballard C (2000) What is the prevalence of environmental hazards in the homes of dementia sufferers and are they associated with falls. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 883-6.
- Lord SR, Sherrington C, Menz HB, et al (2007) *Falls in Older People* (2nd edn). Cambridge University Press.