

Bättre vård i hemmet för demenssjuka

Margareta Hölne

Hemvårdsstudien som här presenteras är ett samarbetsprojekt mellan Kungsholmen-Essingens socialdistrikt och S:t Görans geriatriska klinik i Stockholm. Syftet med studien var att utveckla en modell för överföring av stöd, kunskap och information till hemvårdsbiträden som arbetar hemma hos demenssjuka.

Margareta Hölne är specialistläkare i geriatrik och biträdande överläkare vid geriatriska kliniken, Löwenströmska sjukhuset.

Bakgrund

Ökningen av de allra äldsta i Sverige kommer att medföra ett ökat antal demenssjuka att sörja för. Under perioden 1993 till 2010 kommer antalet svårt demenssjuka att stiga från 80 till 100 per tusen ålderspensionärer (1). Detta beräknas leda till en automatisk kostnadsökning från 30 till 39 miljarder kronor med oförändrade omsorgsformer och har beskrivits som en tickande kostnadsbomb (2). Med snävrare ekonomiska ramar krävs en ändrad inriktning och ett effektivare resursutnyttjande för att bibehålla kvaliteten på vården och omsorgen och för att kunna bereda alla sjuka en god vård.

Antalet platser i särskilda boenden för demenssjuka har ökat snabbt, från 6.000 till 14.000 under åren 1991 till 1994, bl a genom statliga stimulansbidrag (3). Där emot har antalet platser i dagvård för dementa varit i stort sett oförändrat enligt en inventering bland Sveriges kommuner (4). Inventeringen ger en splittrad bild, somliga kommuner har minskat sina dagvårdsplatser eller helt upphört med denna vårdform, andra åter har ökat sina insatser. Överallt har man inte tillvaratagit möjligheten att genom specialiserad dagverksamhet stödja de demenssjuka i deras kvarboende, trots att tidigare erfarenheter och studier visar att dagvård kan ge sjuka och anhöriga ett gott stöd och uppskjuta behovet av institutionsvård (5,6).

En förklaring som framlagts är att man vid den snabba

utbyggnaden av särskilda boendeformer i första hand erbjudit plats till de demenssjuka som gått i dagverksamhet och på så sätt "tömt" dagvården på pensionärer. Det har sett ut som om behovet av dagvård minskat, framför allt där man saknat uppsökande verksamhet och långsiktig planering för demensvården.

Hemvårdsstudien vid S:t Görans geriatriska klinik startades i samarbete med socialdistriktet Kungsholmen-Essingen 1993. Syftet var att optimera utnyttjandet av dagvård som en stödform för demenssjuka. I bakgrunden fanns också erfarenheter av svårigheterna att överföra kunskap och information mellan sjukvården och de vårdare som skall ta över det fortsatta vårdansvaret och är närmast patienten. Det fanns även farhågor om att ÄDEL-reformen skulle leda till ett kontinuitetsbrott i demensvården inom distriktet, eftersom dagvården för dementa i och med reformen förts över till en ny huvudman.

Frågeställning

Kan man genom samarbete över huvudmannaskapsgränsen utveckla en modell för överföring av information, kunskap och stöd till den personal som skall vårda demenssjuka i hemmet?

Kan man på så sätt förbättra vården i hemmet för de demenssjuka och förlänga perioden av kvarboende i hemmet?

Kan modellen ge ökad arbetstillfredsställelse hos de anställda i hemtjänsten och leda till en mer positiv syn på dagvård och kvarboende i hemmet?

Metod

I studien följdes 22 respektive 20 patienter från ett försöks- och ett kontrollområde inom socialdistriktet, båda områdena lika med avseende på antalet 80-åringar och äldre samt socioekonomiska faktorer. Patienterna inkluderades konsekutivt allt eftersom de remitterades till den geriatriska kliniken demensutredningsavdelning för misstänkt demenssjukdom. För att inkluderas måste patienten vara ensamboende och beroende av hemservice för sin personliga ADL samt ha en demenssjukdom.

En viktig och tidskrävande del av deras arbete bestod i att motivera patienterna att komma till dagvården en första gång

Utredningen skedde i dagvårdsform. Målsättningen var att den skulle leda fram dels till diagnos samt bedömning av funktionsnivå och optimal vårdnivå, dels till rehabilitering genom "inskolning" i dagvård i möjligaste utsträckning. Andra, dittills oupptäckta sjukdomar utreddes och behandlades liksom komplikationer till demenssjukdomen.

När utredningen avslutats genomfördes gemensam vårdplanering med socialdistriktets biståndshandläggare. Flertalet patienter skrevs ut till fortsatt dagvård vid någon av socialdistriktets dagverksamheter för demenssjuka.

Efter utskrivning följdes samtliga patienter under ett år. Deras hälsotillstånd och vårdkonsumtion samt behov av särskilda boendeformer och hemservice undersöktes genom hembesök och via registerdata.

På samma sätt följdes ytterligare 24 patienter från försöksområdet. Skillnaden var att antalet dagvårdsplatser vid denna tidpunkt minskat genom ekonomiska nedskärningar, så att patienterna inte kunde fortsätta direkt i socialdistriktets dagvård.

Interventionen i försöksområdet, dvs den samarbetsmodell som studien syftade till, utgjordes av en förstärkning av resurserna vid utredningsavdelningen. Tre hemvårdsbiträden från socialdistriktet arbetade inne på avdelningen med patienterna från försöksområdet men dessutom i deras hem. En viktig och tidskrävande del av deras arbete bestod i att motivera patienterna att komma till dagvården en första gång. I många fall krävdes upprepade hembesök för att uppnå detta. Patienter som tidigare inte hade accepterat hjälp av hemtjänsten eller bara sporadisk sådan kunde nu genom tålmodig övertalning ta emot sådan hjälp. Överföringen av kunskap och information skedde genom att hemvårdsbiträdena vid dagvården träffade sina kolleger i den öppna hemtjänsten, både individuellt i patientens hem och vid informella träffar i hemtjänstens gruppkalor. Kunskapsinnehållet bestod av ren sakinformation om demenssjukdomen och råd om vården i fortsättningen; man försökte också överföra viktiga "vårdtekniska" knep, ibland genom praktisk handledning. Man träffades exempelvis hemma hos en pensionär som varit svår

att motivera för att stiga upp på morgonen och göra sig i ordning för att åka till dagvården och arbetade sida vid sida.

Detta var den tilläggsresurs som erbjöds i försöksområdet. I övrigt försiggick utredning, behandling och vårdplanering på samma sätt i samtliga patientgrupper. Utbudet av boende och service efter avslutad utredning varierade däremot under studiens gång. För de ursprungliga patientgrupperna, 22 respektive 20 patienter från försöks- och kontrollområdet, kunde behov av plats i särskilda boendeformer i stort sett omedelbart tillgodoses. Under 1993 och 1994 pågick en stark utbyggnad av sådana boenden, främst gruppboenden och ålderdomshem. För de följande 24 patienterna i försöksområdet bedömdes behovet av särskilt boende mer restriktivt. Dessutom kunde behov av dagvård som framgått inte tillgodoses direkt efter utredningens slut.

Utöver denna patientuppföljning gjordes en undersökning rörande personalens arbetstillfredsställelse samt synen på vård av demenssjuka i hemmet och på dagvård för dementa. Alla hemvårdsbiträden i den öppna hemtjänsten i socialdistriktet fick svara på en enkät före och efter interventionen.

Resultat

De tre patientgrupperna var lika med avseende på ålder, utbildning, demenssjukdomens duration, grad och diagnosfördelning. Medianåldern var hög i alla grupperna, 83-84 år. I skattningsskalan CDR (Clinical Dementia Rating), som användes för att skatta demensgraden, hade grupperna i medeltal en poäng motsvarande mild demens vid utredningen och moderat demens vid uppföljningen ett år senare. Grupperna skilde sig ej åt vad gäller annan sjukdom och förbrukning av läkemedel, varken totalförbrukning eller konsumtion av lugnande medel. Riskfaktorer för osteoporos och höftfraktur var lika i de tre grupperna.

Endast på en punkt avvek den ursprungliga gruppen i försöksområdet - den enda signifikanta skillnaden. Här hade patienterna i högre grad barn som närmaste anhöriga, vilket kan betyda en högre risk för institutionalisering (7,8).

Vid uppföljningen ett år senare framkom inte heller några signifikanta skillnader mellan grupperna i hälsotillstånd eller demenssjukdomens utveckling. Däremot ser man tydliga skillnader i gruppernas konsumtion av slutet sjukhusvård, framförallt för höftfraktur/fallskada, hemservice och hemsjukvård, samt av särskilda boendeformer.

Tabell. Konsumtion av vård och omsorg under ett år från utredning. Kostnad anges som medelvärde per patient i respektive grupp.

	Försöksområdet - ursprunglig grupp	Kontrollområdet	Försöksområdet - väntelistegruppen
Antal patienter	22	20	24
Antal dygn i särskilt boende	2065 dygn (9 pat)	2742 dygn (12 pat)	921 dygn (9 pat)
Kostnad:	85.900:-	126.500:-	43.300:-
Antal besök i dagvård	1430 besök (17 pat)	1054 besök (13 pat)	624 besök (13 pat)
Kostnad/patient inkl resor:	46.700:-	37.900:-	18.700:-
Antal hemservicetimmar	7628 timmar	7004 timmar	13.437 timmar
Kostnad:	62.400:-	63.000:-	100.800:-
Sluten sjukhusvård	154 dygn (9 pat)	349 dygn (12 pat)	634 dygn (12 pat)
Kostnad:	16.700:-	41.700:-	63.100:-
Läkarbesök öppen vård:	75 besök	82 besök	114 besök
Kostnad:	2.200:-	2.700:-	3.100:-
Hemsjukvård	483 besök	950 besök	1965 besök
Kostnad:	4.700:-	10.200:-	17.600:-
Total kostnad/patient i gruppen	218.600:-	282.000	246.600:-

I den ursprungliga gruppen i försöksområdet inräffade ett fall av fraktur, i kontrollområdet sex och i "väntelistegruppen" i försöksområdet åtta fall.

I tabell 1 anges vårdkonsumtionen för hela gruppen, dessutom kostnaden i medeltal per patient. Kostnaderna uttrycks i självkostnadspris för 1995 utan bidragsmoms och utan avräkning för patientavgifter.

Den markanta skillnaden i slutenvårdskonsumtion be-
tingas till allra största delen av vård för höftfraktur/fall-
skada. 22 av 154 vård dygn har denna orsak i den ur-
sprungliga gruppen, i väntelistegruppen hela 548 av 634
vård dygn. Merparten av vården har givits på geriatrisk
klinik.

Personalen i den öppna hemtjänsten i distriktet drab-
bades under studiens gång av stora ekonomiska ned-
skärningar. Vid interventionens slut fanns endast cirka
60% av hemvårdsbiträden kvar. Trots ett oförändrat
antal 80-åringar och äldre märks bland personalen i
försöksområdet en fortsatt positiv inställning till arbe-
tet. Färre dementa än tidigare uppfattas i den avslu-
tande enkäten som så svårt sjuka att kvarboende är
omöjligt.

Diskussion

Studien kom oavsiktligt att få två delar som resultat av
de besparingar som genomfördes. Patientgrupperna har
blivit små och skillnader dem emellan kan vara svåra
att bedöma, även om hänsyn till detta har tagits vid den
statistiska bearbetningen.

Effekten av interventionen ses tydligast i jämförelsen
mellan den ursprungliga gruppen i försöksområdet och
kontrollområdet. I den förra gruppen har fler patienter
kunnat skolas in i dagvård och bott kvar hemma under
hela uppföljningsåret. De ökade resurserna för
motivationsarbetet har säkert haft stor betydelse för
utfallet men också attityden till kvarboende hos de när-
maste vårdarna.

De höga marginalkostnaderna för socialdistriktet vid
flyttning till särskilt boende berättigar stora ansträng-

*De höga marginalkostnaderna för socialdistriktet
vid flyttning till särskilt boende berättigar stora
ansträngningar för att göra det möjligt för demens-
sjuka att bo kvar hemma*

Jämförelsen mellan försöksområdet före och efter de ekonomiska nedskärningarna belyser kontinuitetens betydelse i demensvården

ningar för att göra det möjligt för demenssjuka att bo kvar hemma. Så fanns i försöksområdet två patienter för vilka man egentligen redan gett upp tanken på kvarboende. Dessa två gravt sjuka och svårmotiverade patienter lyckades man emellertid skola in i dagvård - bara därigenom har de tre projektanställda hemvårdsbiträdena "betalat sig".

Jämförelsen mellan försöksområdet före och efter de ekonomiska nedskärningarna belyser kontinuitetens betydelse i demensvården. Att de sista 24 patienterna måste vänta i medeltal 25 veckor på att få komma till dagvård, innebar nya inskolningsförsök varav flera misslyckades. Av nitton patienter på väntelistan fanns endast åtta kvar i dagvård vid årets slut. Flera försämrades så pass mycket under väntetiden att de måste flytta till annat boende. Dessa kostnader och det ökade behovet av hemservice åter delvis upp de besparingar man gjorde och besparingarna försvinner helt om man räknar in sjukvårdens ökade insatser.

Vad beror då ökningen av höftfrakturer och fallskador på? I utgångsläget fanns inga skillnader mellan grupperna. En fingervisning om orsaken får man av ortopedklinikens journal från skadetillfället. "Ätit och druckit dåligt en tid", "Tacklat av senaste två veckorna", "Intorkad" anges i flera fall. I försöksområdets väntelistegrupp inträffade sju av åtta frakturer hos patienter som antingen stod på väntelistan eller avbrutit dagvården. En tolkning kunde vara att dagvård i sig mot-

verkar sådana tillfälliga försämringar hos patienterna, eller att dagvård tillsammans med kunnig hemservicepersonal är mer observant och har högre handlingsberedskap för att möta sådana svackor.

Resultatet av hemvårdsstudien kan ses som en varning för kortsiktigt sparande inom omsorgen om de demenssjuka. Kvarboende enbart är otillräckligt som vårdinsats. En ökning av antalet höftfrakturer kan leda till stora kostnader för särskilda boendeformer, och då för flera år framöver. I den här studien var höftfraktur en av de faktorer som hade starkast samband med flyttning till annat boende. Lika starkt samband noterades för hög ålder, avancerad demenssjukdom, låg ADL-förmåga och hög förbrukning av lugnande medel.

Studien belyser också riskerna med att vänta för länge med vårdinsatser. Efter bara ett halvår kan chansen att lyckas med inskolning i dagvård vara förbi.

REFERENSER

1. Demenskalkyl för landstingen, SCB 1994.
2. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Winblad B: Vården av demens - en tickande kostnadsbomb. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 1994:2.
3. Socialstyrelsen, ÅDEL-utvärderingen 95:2, Sveriges demensboenden - en nationell kartläggning.
4. LARS-projektet, Demensförbundet 1995.
5. Socialstyrelsen redovisar 1983:1, Att bo kvar hemma - en rättighet. Dagvård för åldersdementa.
6. Wimo A: Dementia care alternatives in the Sundsvall-region, Sweden. Umeå 1992.
7. Lieberman MA, Kramer JH: Factors Affecting Decisions to Institutionalize Demented Elderly. *Gerontologist* 1991; 31: 371-374.
8. Colerick EJ, George LK: Predictors of Institutionalization Among Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 493-498.