

Behov av gruppboende för dementa

En inventering i Sundsvall

Anders Wimo

Eva Rönnbäck

Annika Östman

Brita Lundkvist

Behovet av gruppboende för dementa i Sundsvall har undersökts med två olika metoder. Behovet finns inom intervallet ca 100-200 platser, vilket motsvarar 6-12 platser per 1000 invånare 65 år och äldre, 9-18 platser per 1000 invånare 70 år och äldre eller ca 12-24 % av en demenspopulation. För landet som helhet innebär det ca 9.000-18.000 platser.

Vid tiden för undersökningen arbetade Anders Wimo som distriktsläkare och Annika Östman som distriktssköterska och avdelningsföreståndare, vid vårdcentralen Centrum i Sundsvall. Brita Lundkvist är primärvårdsföreståndare i Sundsvall och Eva Rönnbäck hemtjänstassistent i Sundsvalls kommun.

Inledning

Man beräknar att ca 5 % av befolkningen 65 år och äldre lider av tämligen allvarlig demenssjukdom, som medför påtagliga hjälpbehov (1), med en ökad prevalens i de högre åldrarna, t ex beräknas 20 % av 80 åringarna och äldre vara allvarligt dementa. Det ökade antalet dementa har medfört satsningar på alternativa vårdformer till institutionsvård. Speciellt gruppboende har uppmärksamhets och goda erfarenheter rapporterats (2-5). Eftersom gruppboende är en relativt ny boende- och vårdform är det dock ännu oklart hur många platser som behövs. Siffror mellan 10.000 till 35.000 har nämnts för en demenspopulation på ca 75-100 000 individer i Sverige.

Syftet med denna studie var att kartlägga behovet av gruppboende i Sundsvalls kommun som ett planeringsunderlag inför en expansion i Sundsvall. Vi anser dock att resultaten också har ett allmänt intresse.

Material och metod

1988, då undersökningen genomfördes (dvs innan Ädelreformen), träffades distriktssköterskorna och

hemtjänstassistenter i vårdplaneringsgrupper, framför allt genom dagliga informella kontakter. I definitionen av demens enligt DSM III (6) ingår sociala konsekvenser som en komponent. Vårdplaneringsgrupperna bedömdes som bäst lämpade för att erhålla den kunskapen.

Två metoder för att kartlägga behovet har använts. Den ena metoden (Metod 1) bygger på en enkät som våren 1988 skickades ut till vårdcentralerna (13 st) inom kommunen för vidare befordran till respektive distriktsköterskor i vårdplaneringsgrupperna. Enkäten specificerade de förhållanden som bedömdes styra behov av olika vårdnivåer för dementa (*tabell 1*).

Tabell 1. Specifikation av de olika vårdnivåerna för dementa metod 1.

1. Lättare-måttligt dementa som bor med anhörig som ej visar tecken på utmattning och klarar tillsyn och aktiviering eller ensamma dementa som fungerar väl behöver inte rapporteras.
2. Lättare-måttligt dementa som bor med anhörig som behöver vila eller ensamboende dementa som ej är vandringsbenägna, grovt störande eller alltför fysiskt vårdtunga, som behöver aktiveras rapporteras som lämpliga för DAGSJUKVÅRD för dementa.
3. Dementa som ej är alltför fysiskt vårdtunga, ej alltför aggressiva rapporteras som lämpliga för GRUPPBOENDE. Dessa dementa bor oftast ensamma eller med anhörig som inte klarar situationen längre (inte ens med dagsjukvård). Viss vandringsbenägenhet klaras i gruppboende.
4. Dementa som är mycket aggressiva, skrikiga, vandrings-/rymningsbenägna, saknar språk rapporteras som lämpliga för PSYKIATRISK SJUKHEMSVÅRD.
5. Dementa, där fysisk vårdtyngd (förflyttningssvårigheter, matas, tvättas helt etc) dominerar rapporteras som passande för VANLIG SJUKHEMSAVDELNING.

Dessutom definierades vissa exklusionskriterier för själva rapporteringen för att undvika dubbelregistrering; bl a skulle patienter som redan bodde i gruppboende eller stod på väntelista till gruppboende ej tas med i enkät-svaren.

Formuleringen var: "inom vårdcentralens upptagnings-område finns i hemmet eller på ålderdomshem följande dementa patienter som är i behov av" (alternativ 1-5 enligt tabell 1). Eftersom behovet av gruppboende har störst intresse, redovisas detta här. För att kunna jämföra med aktuell väntelista efterfrågades födelsennummer eller namn på patienterna. I några fall var svaren ofullständiga så att t ex enbart antal lämpliga patienter angavs. Distriktssköterskornas och vårdplaneringsgruppernas möjligheter att fånga upp alla vårdbehov varierar naturligtvis beroende på lokala förhållanden och det är svårt att testa validiteten i bedömningarna. Ett indirekt indicium på att bedömningarna ändå är tillförlitliga är en annan undersökning i Sundsvall där slutenvårdsfall under ett år användes som validitetsmått på ett formulär där förutom vårdtyngd, även psykosociala bedömningar ingick (7). I denna studie fanns det en hög korrelation mellan bedömningarna och slutenvårdsutfallet.

Inom två månader hade svar från samtliga vårdcentraler i Sundsvalls kommun erhållits.

Den andra metoden (Metod 2) bygger på den direktkontakt som två av författarna (AÖ, ER) hade med vårdplaneringsgrupperna i samband med en inventering av äldreomsorgen genom vårdtyngdsmätningar i Sundsvall under våren 1988 (8). Syftet var att i de delar så var möjligt jämföra med en inventering som utfördes 1978. Alla inom hemsjukvård, klinikfärdiga inom akutsjukvården, ålderdomshem, sjukhem ingick. I det redovisade behovet ingick vidare patienter som stod på väntelista till gruppboende. Om personen enbart hade kommunal hemtjänst, ingick endast de med mer än 30 timmars hjälp per vecka. Patient inom psykiatri ingick inte i inventeringen.

För jämförelse med andra platser och för framskrivning med ändring av befolkningsstrukturen, har resultaten räknats om till tre olika mått: Det ena måttet gäller behov per 1000 invånare över 65 år, det andra måttet behov i procent av dementa i befolkningen (totalt ca 800 i Sundsvall utifrån en prevalens på 5 % hos pensionärerna). Det tredje måttet är relaterat till åldersgruppen 70 år och äldre eftersom äldreomsorgsprognoser ofta är relaterat till den åldersgruppen.

Resultat

Enkäten (Metod 1) var specificerad till att gälla situationen vecka 11-12 (14-27 mars) 1988. Inventeringen enligt Metod 2 berörde totalt 1542 personer och genomfördes 14/3 - 9/6 1988.

Resultaten enligt de bägge metoderna framgår av *tabell 2*. Metod 1 ger ett behov av ytterligare 104 platser förutom de 25 som redan fanns i gruppboende och de 61 som stod på väntelista, totalt behov 190 i Sundsvall.

Tabell 2. Behov av platser för gruppboende i Sundsvall enligt metod 1 och 2.

	Metod 1	Metod 2
Dementa i gruppboende	25	25
Dementa på väntelista	61	-
Ytterligare behov	104	71
Summa:	190	96

Metod 2 gav ett lägre behov, ytterligare 71 platser förutom de 25 befintliga platserna, det vill säga totalt 96 platser.

När resultaten uttrycks enligt de åldersrelaterade måtten (*tabell 3*) finner man att behovet ligger inom intervallet 6-12 platser per 1000 invånare 65 år och äldre eller 9-18 platser per 1000 invånare 70 år och äldre. Om behovet uttrycks i andelen av en demenspopulation beräknas 12-24 % behöva gruppboende.

Tabell 3. Behov av gruppboende enligt metod 1 och 2.

	Metod 1	Metod 2
per 1000 invånare > 65 år	12	6
per 1000 invånare > 70 år	18	9
% av antalet förväntade dementa	24	12

Diskussion

Gruppboende har sannolikt kommit för att stanna inom demensvården, inte minst på grund av de positiva livskvalitetseffekterna för patienterna och deras anhöriga. Den behovsnivå vi framräknat, ligger klart högre än det befintliga antalet platser. 1989 fanns ca 2.500 platser och i kommunernas och landstingens planer fanns planerat för ca 6.700 platser 1992 (9).

Att beräkna behovet av nya vårdformer är svårt eftersom man måste ta hänsyn till övriga resurser inom

äldreomsorgen. Om totala resurser inom äldreomsorgen är begränsade, bedöms behovet av en ny resurs sannolikt som stort och vice versa. Enkätmetoden (Metod 1) har också självfallet svagheter. En enkät medför sannolikt att behovet av en verksamhet övervärderas, eftersom alla de komplicerade faktorer som styr resursflödet inom äldreomsorgen inte kommer fram. Tumreglernas avgränsning kan också diskuteras, men en öppen bedömning vid enkät ger sannolikt ett osäkrare resultat.

De bägge metoderna gav olika resultat, med ett lägre behov enligt Metod 2. Delvis kan detta förklaras av att man i den inventering som Metod 2 baseras på, exkluderat vissa patientkategorier. Direktkontakten mellan intervjuarna och vårdplaneringsgrupperna gav samtidigt större möjligheter till en mer heltäckande bild än enkätmetoden. Vårdbehov av dementa styrs inte enbart av faktorer kopplade till själva demenssjukdomen utan omgivningsfaktorer. Inte minst anhörigas uthållighet spelar mycket stor roll (10). Dessa faktorer roll är svårare att fånga vid en enkät. Överväganden hos anhöriga, personal och patienter som inte är direkt kopplade till demensgrad, vårdtyngd och beteendestörningar är också svåra att kvantifiera och dessa faktorer belyses bättre med kvalitativa metoder. För närvarande (1993) finns en väntelista på drygt 100 platser till gruppboende, som tillsammans med det idag befintliga platsantalet (91 platser) ger en nivå som ligger närmare metod 1 än metod 2. Väntelistan som behovsmått är behäftad med svagheter, men kunskapen om gruppboenden är så pass etablerad inom äldreomsorgen i Sundsvall att den ändå enligt vår bedömning ger en uppfattning om behovet.

De procentsiffror som relateras till andelen av det förväntade antalet dementa i Sundsvall måste tolkas med försiktighet. Prevalenstalet innehåller i sig en spridning och osäkerhet. En klarare bild kräver resurskrävande diagnostiska inventeringar av hela populationer eller delpopulationer (t ex en vårdcentrala upptagningsområde) med eventuella uppföljande demensutredningar. Även med dessa reservationer kan andelen av en demenspopulation som beräknas behöva gruppboende (ca 12-24 %) tyckas låg, och det finns studier som visar ännu lägre behov.

Behovet av gruppboende f n är så stort att endast de med mycket stort behov kan erbjudas plats. Detta kan påverka bedömningskriterierna och resultera i en undervärdering av behovet av gruppboende. I en situation med

en väl utbyggd demensvård kan även lättare dementa erbjudas gruppboende vilket kan medföra en annan "tröskel" än den som framkommer i denna studie.

Ytterligare förklaring finns i andra änden av vårdkedjan. Gruppboende löser en del av demensproblematiken, men även med en kraftig uppbyggnad av gruppboenden kommer många dementa att behöva slutet vård på grund av demensens fortskridande med ökad vårdtyngd. Insikten om detta i vårdplaneringsgrupperna kan vara en förklaring till att man angivit ett relativt "låg" behov av gruppboende. Det råder dock delade meningar om hur kraftigt försämrade patienter i gruppboenden skall handläggas - om dessa pensionärer skall flyttas eller extra personal sättas in i gruppboendet (5). I en rapport från Blekinge FoU-enhet (11) har man i en utredning som gjordes hösten 88 presenterat alternativa behovsnivåer, som motsvarar mellan ca 6.000-12.000 platser för riket.

En rimlig tumregel för behovet av gruppboende för dementa ger ett platsantal som omfattar ca 20 % av en demenspopulation eller ca 1 % av landets ålderspensionärer.

REFERENSER

1. Mortimer JA, Schuman LM (eds): *The epidemiology of Dementia*. Oxford University Press, Oxford 1987.
2. Asplund K, Adolfsson R, Lundgren K et al: Gruppboende för åldersdementa-erfarenheter efter 2 år. *Läkartidningen* 1988;85:734-7.
3. Wimo A, Wallin JO, Lundgren K et al: Dagvård och Gruppboende för åldersdementa -- en kostnadsanalys. *Läkartidningen* 1988;85:729-33.
4. Annerstedt L: Gruppboendets roll i vårdkedjan. *Sjukvårdsförvaltningen Malmö*, Sweden 1987.
5. Johansson L: Gruppboende - mänsikovärdig demensvård. *Sprirapport 263*. Stockholm 1989.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed, Washington DC, 1980.
7. Wimo A, Mattson B, Gustafsson L: Predictive validity of factors influencing the institutionalization of elderly people with psychogeriatric disorders. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:185-91.
8. Lundkvist B, Strömberg G, Rönnbäck E, Östman A, Granholm O: Patient/Boende inventering Sundsvalls Kommun 1978-88. *Rapport primärvårdskansliet, Sundsvalls sjukhus*.
9. Socialstyrelsen och Boverket: Gruppboende och gruppboendestäder för äldre. *SoS-rapport 1991:5*, Socialstyrelsen, Stockholm, 1991.
10. Hirschfeld M: Homecare versus institutionalization: family caregiving and senile brain disease. *Int J Nurs Stud* 1983;20:23-32.
11. Blekinge FoU-enhet. Behov av gruppboendestäder för åldersdementa. *Blekinge FoU-enhet. Rapport 1988:10*. Tåkasjövägen 36, 293 00 Olofström.