

Situationen för patienter i hemsjukvård

En medicinsk och sociologisk studie av till långtidssjukvård anmälda hemvårdade patienter i Göteborg 1977

Torsten Glansholm

Carin Andersson

Gun-Britt Lindblom

Situationen för 563 patienter som varit anmälda till långvårdscentral i Göteborg har jämförts med motsvarande förhållanden för långvårdsanmälda göteborgare 1965. De största skillnaderna mellan patientgrupperna gäller sociala förhållanden. Boendemiljön har snarast revolutionerats så att nu 90 procent av patienterna bor i moderna bostäder mot 47 procent 1965. 75 procent av patienterna 1977 hade kommunal hemhjälp, 42 procent 1965. Utvecklingen mot bättre standard och bättre service har en bakside: 1965 hade patienterna i genomsnitt 1,3 nära anhörigkontakter dagligen medan motsvarande siffra 1977 är 0,9.

Utvecklingen tycks medföra att patienter med rörelsehandikapp och somatiska problem klarar sig allt bättre i sina bostäder. Det är de psykiskt funktionsnedsatta gamla, särskilt demenserna, som ställer de stora kraven på institutionsvården.

Torsten Glansholm är avdelningsläkare vid klinik 1, Vasa sjukhus. Carin Andersson och Gun-Britt Lindblom är forskningsstuderande vid sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.

På ett par decennier har Sverige skaffat sig världens mest utbyggda – och mest institutionsinriktade – sociala och medicinska åldringsvård. Vi har sängplatser på sjukhus eller sjukhem åt 5% av befolkningen över 65 år och kategoribostäder på ålderdomshem och servicehus åt ungefär lika många. Det

är få sociala omdaningar under efterkrigstiden som fått så djupgående konsekvenser för samhället. Utbyggnaden av åldringssjukvården kan inte ses som en konsekvens av medicinska framsteg i första hand. I stället är det produktivetskraven i samhället som drivit fram behovet av effektivare omhändertagande av de äldre. Den medelålders generationen har behövts bättre i sina produktiva yrken än som utbildad vårdhjälp åt åldriga anhöriga.

Den undersökning som här skall sammanfattas har velat beskriva vilka medicinska och sociala variabler som hittills kommit att bli avgörande för den långtidssjuka patientens behov av institutionsvård.

Material och metodik

Vasa sjukhus härbärgerar fyra av Göteborgs fem långvårdsmedicinska kliniker. Totalt förfogar klinikerna över 2052 vårdplatser, varav 1 440 finns på de anslutna sjukhemmen. Alla inläggningar administreras genom en gemensam långvårdscentral dit alla remisser ställes. Långvårdscentralens hembesöksverksamhet under 1965 studerades i en undersökning av Percy Nordqvist, som nu är klinikchef vid klinik I, Vasa sjukhus, och Helena Streijffert från sociologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Denna undersökning är huvudreferens till den studie som här sammanfattas. Metodiken därvidlag har varit att författarna gått igenom den sociala och medicinska situation för de patienter hos vilka personal från Långvårdscentralen gjort hembesök under 1977. Patientgruppen följdes sedan upp med

avseende på realiserad vårdform och aktuell läkar-kontakt i mars 1979.

Under 1977, som kommit att bli det valda under-sökningsåret, gjordes långvårdscentralens personal hembesök hos 563 patienter. Besöksrapporternas data har jämförts med motsvarande patientdata från 1965 års undersökning. I denna undersökning re-dovisades hemsituation och vårdbehov för de 955 långvårdsanmälda göteborgare som besöktes i hem-met under 1965. Besöken gjordes då bl. a. för att fastställa en prioriteringsordning, av de remitterade pa-tienterna, i den vid denna tid ytterst pressade vård-kön. Förhållandena är idag mycket annorlunda, men långvårdskliniken baserar alltså sina intag-ningsrutiner på patientbesök – i hemmen eller av konsulter på akutsjukhusens intagnings- och vård-avdelningar. Hembesöken tjänar nu också ett vik-tigt syfte som vägledning inför återutskrivning till hemmet av en färdigvårdad patient.

Tolv års socialpolitiska effekter

Vid hembesöken bedöms naturligtvis det medicins-ka vårdbehovet. Det görs ett enkelt somatiskt och psykiskt status och den aktuella medicinerings gås igenom. Patientens funktionsnivå, mätt i ADL-funktioner registreras noggrant. Samtidigt noteras bostadsstandard med avseende på tex handikapps-vänlighet och patienten intervjuas om sin aktuella vårdhjälp och anhörigkontakter. Det är i fråga om dessa senare sociala variabler som vi noterar de största skillnaderna mellan 1965 och 1977 års pa-tientgrupper. Således har boendemiljön snarast re-volutionerats. De trånga och helt omoderna lägen-heterna i Göteborgs gamla trähusbebyggelse har un-der 12-årsperioden rivits eller renoverats i en sådan omfattning att 90% av patienterna 1977 bor i helt moderna bostäder med centralvärme, varmvatten och bad eller dusch. Endast 47% hade motsvarande standard 1965. En sådan förändring innebär givetvis en genomsnittligt mycket gynnsammare situation

Utveckling mot förbättrad standard i hemmil-jön har också en baksida. Den svårörliga pa-tienten har blivit alltmer isolerad i sin bostad

Utbyggnaden under 12-årsperioden har med-fört att de gamlas närkontakter professionali-serats.

för en rörelsehindrad patient. En förr ganska alldag-lig situation var den där en måttligt rörelsehindrad åldring, som kanske vårdats efter en vaskulär lä-sion, efter utskrivning till hemmet var helt hjälplös i sin bostad. Detta pga toalettens belägenhet i trapp-huset (svalen) eller i värsta fall flera trappor ner och utomhus. Tillgången på tekniska hjälpmedel, inte minst gånghjälpmedel, har också högst väsentligt förbättrat chanserna för rörelsehindrade patienter att vara kvar i sina hem.

Utveckling mot förbättrad teknisk standard i hemmiljön har också en baksida. Den svårörliga patienten har blivit alltmer isolerad i sin bostad. Innanför lägenhetsdörren finns de bekvämligheter som behövs för de dagliga livsfunktionerna. Hit kommer den kommunala hemvårdarinnan (75% av patienterna 1977 hade kommunal hemhjälp – 1965 var det 42%), som sköter alla inköp och utför det mesta hushållsarbetet. Om patienten alls kommer ut så sker det med hjälp av färdtjänst. Utbyggnaden under 12-årsperioden av dessa tjänster har medfört att de gamlas närkontakter professionaliserats. I motsvarande utsträckning har patientens naturliga sociala kontakter utarmats. Vårdhjälpens från – och därmed kontakten med – barn och andra anhöriga än sammanboende make/maka har minskat betyd-ligt. I all synnerhet har det minskade sociala kon-taktnätet betingats av att den tidigare granngemen-skapen brutits upp och försvunnit i takt med att bostadssaneringsvården dragit fram över Göteborgs innerstad. 1965 hade patienterna i genomsnitt 1,3 nära anhörigkontakter daligen. Motsvarande siffror för 1977 är 0,9.

Servicehus för ängsliga och ensamma

Vi vet från undersökningar av normalpopulationen 70-åringar i Göteborg att den största andelen konsu-merade läkemedel – bland jämförelsevis friska pen-sionärer – återfinns inom gruppen rogivande och ångstdämpande psykofarmaka. Märkligt nog för-

håller det sig likadant även i vår synnerligen somatiskt sjukdomsbelastade patientgrupp. Det är knappast någon alltför djärv förmodan att detta förhållande sammanhänger med patienternas utarmade sociala kontakter med åtföljande isolering och ensamhetsångest.

Vid tvåårsuppföljningen i mars 1979 sågs en påfallande överrepresentation på servicehus av patienter med ångest-depressiva symptom. De moderna servicehusen tycks i själva verket främst ha kommit att bli ett boendeanternativ för de gamla som pga rädsla och isolering inte orkar med ett eget boende. Institutionsboendet blir ett försök att bryta en ond cirkel av ångslan – isolering – paranoisk beredskap – ökad isolering. Man kan bara spekulera kring i vilken utsträckning ångesten ökat som en följd av propagandistiska övertoner i dagens samhällsdebatt. Det är inte bara åldringar som fallit offer för den mytiska föreställningen om ett laglöst samhälle, där drogmissbrukande ungdomsligor regelmässigt och urskillningslöst attackerar försvarslösa människor på gator och torg. Hur än orsakssambanden ser ut infinner sig lätt frågan om det verkligen är samvaron med andra ångsliga åldringar som dessa människor mest efterfrågar?

Ur långtidssjukvårdens synvinkel ter sig inte servicehusen som enbart lyckosamma institutioner. Medicinskt-tekniskt förmår servicehusen nämligen inte erbjuda bättre vårdhjälp än vad patienten med andra arrangemang kan få i sin bostad. Tvärtom visade det sig i uppföljningsstudien att de patienter som flyttat till servicehus redan vid tidpunkten för hembesöket – dvs före ett ev rehabiliterande vårdtillfälle – klarade sig genomsnittligt *bättre* än de patienter som alltjämt vårdades i hemmet. I det enskilda fallet har ändå servicehusen hittills varit en positiv faktor att räkna med i planeringen för utskrivning av en klinikvårdad patient. I en nära framtid skall emellertid den utbildade vårdpersonalen

.....

De moderna servicehusen tycks i själva verket främst ha kommit att bli ett boendeanternativ för de gamla som pga rädsla och isolering inte orkar med ett eget boende

.....

Genom att den tidigare katastrofala kösituationen försvunnit kan hembesöken planeras in i ett lugnare skede

.....

försvinna från socialförvaltningens institutioner, vilket innebär att möjligheterna att få långvårdspatienter placerade i en hemlik och personlig miljö ytterligare beskärs.

Biologiska variabler avgör vårdbehovet

Selektionen av patienter till sjukhus och sjukhem är i det längre perspektivet naturligtvis underordnad sjukvårdspolitiska beslut. Den mest vårdbehövande patienten kommer att vårdas där den mest kvalificerade vårdhjälpen finns att tillgå. Hur bostadspolitiken kan påverka sjukvårdsefterfrågan har redan exemplifierats. Effekterna av detta kan vi utläsa vid jämförelse av sjukdomspanoramat i de båda patientgrupperna från 1965 och 1977. Långvårdsefterfrågan har således klart minskat för de patienter vars sjukdom manifesterats främst i ett rörelsehandikapp. Särskilt gäller detta hemiparetiker. Övriga stora diagnosgrupper är relativt lika representerade i de båda undersökningarna, men det har skett en naturlig förskjutning mot mer kronicerade sjukdomstillstånd. Patienterna har 1977 fått en bättre akutsjukvård, bättre socialkurativ hjälp och inte minst en adekvatare medicinering innan långvårdsanmälan alls blivit aktuell. Genom att den tidigare katastrofala kösituationen försvunnit kan hembesöken planeras in i ett lugnare skede och patienternas aktuella allmäntillstånd är 1977 överlag bättre. Vad som hittills sagts skall inte tolkas så att socialmedicinska faktorer kommit att bli utslagsgivande för den enskilde patientens behov av permanent somatisk långtidsvård. Bland våra – i uppföljningsstudien sjukhus- och sjuhemsvårdade – patienter är det tvärtom medicinska och biologiska variabler som entydigt varit avgörande för vårdbehovet. Så har tex inte den socioekonomiska bakgrunden, mätt i socialgruppsstillhörighet, alls kommit att påverka valet av vårdform.

Avgörande för vårdbehovet är patientens funk-

tionsnivå, d v s de fysiska och psykiska förutsättningarna att klara de dagliga livsfunktionerna. Det är ju patientens rörlighet, förmåga att klara påklädning, personlig hygien etc i *hemmiljön* som är det intressanta. Därför är iakttagelserna vid hembesöket värdefullare information än vad som kan fås fram vid klinisk undersökning i sjukhusmiljö.

Av somatiska faktorer har särskilt urinkontinensen visat sig ha stor prognostisk betydelse. De urininkontinenta patienterna återfinns vid tvåårsuppföljningen i stor utsträckning på sjukhus (51 % av de överlevande mot förväntade 27 %). Sämst ställda var patienterna med KAD. Av 45 kateterpatienter i undersökningsgruppen var 21 avlidna under observationstiden. Detta betyder en mortalitet på 47 % att jämföra med 27 % i hela materialet. Ändå hade kateterpatienterna inte gravare diagnoser än genomsnittligt i patientgruppen.

Tabell 1 visar patienternas belägenhet vid 2-årsuppföljningen. Den höga mortaliteten är naturlig

Tabell 1. Patienternas situation i mars 1979

Sjukhusvårdade	48	8,5 %
på Vasa sjukhus	36	
på Sahlgrenska/Östra sjukhuset	3	
på Lillhagens sjukhus	7	
på annat sjukhus	2	
Sjukhemsvårdade	104	18,5 %
Bor på servicehus	59	10,5 %
Bor kvar i hemmet	176	31,5 %
med hemsjukvård (från Vasa)	7	
med dagsjukvård	25	
med aktuell kontakt från Långvårdscentralen	14	
med kontakt från social-psykiatriska kliniken	13	
med läkarkontakt vid ger pol	40	
dito vid sjukhusanknuten poliklinik	27	
dito vid annan poliklinik	15	
med annan läkarkontakt utan aktuell läkarkontakt	19	
utan aktuell läkarkontakt	15	
Döda	152	27,0 %
Ej identifierade	24	4,0 %
	563	100,0 %

Det blir vanligare att de svårast – och terminalt – sjuka patienterna väljer att stanna i sina hem

med hänsyn till patienternas stora sjuklighet och höga ålder (medelåldern i undersökningsgruppen var 77,8 år). Ändå kan noteras att nära en tredjedel av patienterna alltså vårdas i hemmet. Av dessa 176 patienter hade 65 under observationstiden varit vårdade på långvårdsklinik men återutskrivits till bostaden.

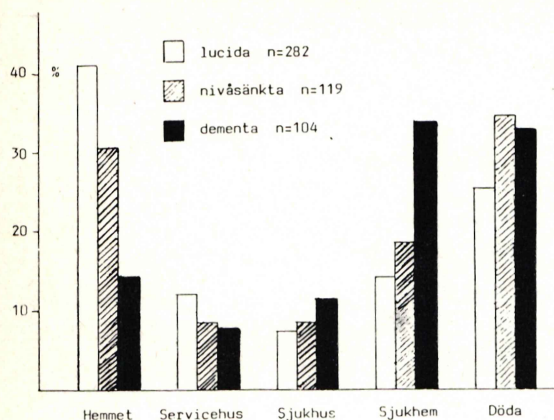
Kan hemsjukvård ersätta institutionsvård?

Av 563 patienter i studien var det 7 stycken (tabell 1) som i mars 1979 fått sin huvudsakliga vårdhjälp genom den sjukhusanknutna hemsjukvården. Bara lite drygt 1 % således. En procent kan låta lite, men räknat i sängplatser på Vasa sjukhus och anknutna sjukhem motsvarar det mer än två tredjedels vårdavdelning. Ändå befann sig hemsjukvårdsverksamheten under 1979 bara i början av sin utbyggnad och under undersökningsåret 1977 hade den inte startat alls. Först nu (hösten 1981) är verksamheten utökad med nattpatruller och det är först i och med detta som hemsjukvården, mer än undantagsvis, kan börja bli ett alternativ till sjukhemsvård.

Vi har tidigare framhållit hur utvecklingen från 60-talet präglats av att patienter med rörelsehandikapp kunnat klara sig allt bättre i sina bostäder. Det är också främst dessa patienters situation som kan förbättras ytterligare med en fortsatt utbyggnad av hemsjukvården. Likaså blir det vanligare att de svårast – och terminalt – sjuka patienter väljer att stanna i sina hem.

Lika stimulerande som det är att delta i arbetet med att ge allt svårare sjuka patienter möjlighet att i det längsta stanna i sin hemmiljö, lika ofrånkomligt är konstaterandet att frukterna av denna utveckling faller – och kommer att fortsätta falla – utom räckhåll för de alltför psykiskt funktionsnedsatta gamla. Det finns inte heller någon enda parameter som så entydigt slår igenom i val av vårdform som just graden av psykisk funktionsnedsättning. (*figur 1*) Jämfört med 1965 synes andelen patienter med nå-

Figur 1. Patientgruppens fördelning (i % gruppvis) i olika vårdform med avseende på psykisk funktionsnivå.



gon grad av demenssymptom ha ökat. Här är det nödvändigt med reservationer för subjektivitet i bedömningarna och sifferjämförelser blir vanskliga. Ändå skall nämnas att de patienter som bedömts som klart dementa – med klara minnesstörningar och någon grad av desorientering – utgjorde 20% av 1977 års patientgrupp och 12% år 1965. Detta trots att den socialpsykiatriska verksamheten vid Lillhagens sjukhus som har att svara för vårdkon av primärdementa patienter till psykiatrisk långvård – tillkommit mellan undersökningsåren. Av figuren framgår att endast 14% av de klart dementa patienterna bodde kvar i sina hem två år efter hembesöket. I hela materialet finns ingen enda undergrupp patienter som i så låg andel klarat sig hemma utan att för den skull uppvisa någon (signifikant) överdödlighet. Över 2/3 av de överlevande dementa patienterna kräver slutenvård på sjukhus eller sjukhem. I själva verket har det blivit så att sjukhemmen till stor del beläggs med just senildementa patienter utan alltför svår somatisk sjukdomsbelastning. De tyngsta somatiska vårdfallen blir däremot för att inte överbelasta de alltför glest läkar- och

Det är medicinska och biologiska variabler som entydigt varit avgörande för vårdbehovet. De patienter som bedöms klart dementa utgjorde 20% av 1977 års patientgrupp och 12% år 1965.

vårdpersonalbemannade sjukhemmen – kvar på långvårdskliniken.

Vi kan just nu glädjas åt den annars sällsynta situationen att politiskt-ekonomiska och mänskliga hänsyn sammanfaller i en vilja att så långt möjligt vårda långtidssjuka och terminalsjuka patienter utanför institution. Här ger den sjukhusanknutna hemsjukvården en utmärkt möjlighet att frigöra platser på långvårdskliniken, där aktiv rehabilitering, medicinsk utredning och behandling i stället borde bedrivas. Sjukhemsplatserna behövs för de tyngsta vårdfallen och för de patienter som inte vill vara hemma – och det är ännu så länge många. Däremot vore det kanske en bättre investering, i stället för att bygga ständigt fler sjukhem, att utöka bemanningen på avdelningarna och ge personalen ett drägligare arbetsschema. I gengäld skulle avdelningarna orka ta emot fler av de verkligt tunga vårdfallen. Med en sådan organisationsmodell för den somatiska långvården skulle "bara" återstå att sörja för de primärdementa patienterna. För de djupast dementa behövs psykiatriska vårdavdelningar men det kvarstår en stor andel av dagens sjukhemspatienter, som har stort behov av tillsyn men inte av sjukvård av den tekniskt höga standard som sjukhemmen är rustade att erbjuda. För dessa patienter behövs en trygg, stabil, småskalig och hemliknande miljö med komplett hushållsservice och social stimulans. Påminner det inte om de institutioner som redan finns i flera upplagor, men som idag används som kategoribostäder åt i huvudsak friska pensionärer.

REFERENSER:

- Landahl, S. & Steen, B: Läkemedelskonsumtion hos 70-åringar i Göteborg. Läkartidningen 72: 5158-5160, 1975
 Melin, E: Människa i långvård, Liber Tryck, Stockholm 1978
 Mellström, D: Life Style, Ageing and Health among the Elderly, Akademisk avhandling, Göteborg 1981.
 Nordqvist, P. & Streiffert, H: Situationen för de till långtidssjukvård remitterande patienterna i Göteborg år 1965. Utredning för Göteborgs sjukvårdsstyrelse 1967.
 Nordqvist, P: Äldrandet, Astra Läkemedel AB, 1970.