

Dagsjukvård på servicecentrum

Några resultat från en försöksverksamhet i Malmö

Sven-Mårten Samuelsson

Brita Wallengren

Handikappade pensionärer skulle ha stor nytta av att vistas på servicecentra och utnyttja deras olika aktiviteter. På grund av sitt handikapp är de emellertid i dagens läge i många fall utestängda från den möjligheten. I artikeln beskrives ett samarbetsprojekt mellan Allmänna sjukhusets långvårdsklinik och socialförvaltningen i Malmö. Författarna redovisar två olika sätt att lösa problemet för de handikappade. Det bästa sättet synes vara att det på varje servicecentrum finns en befattningshavare tex arbetsterapeut som "håller i" denna verksamhet. Till sin hjälp behöver denna befattningshavare ett vårdbiträde med huvuduppgift att bistå de handikappade på centret. Författarna är verksamma vid långvårdskliniken, Malmö allmänna sjukhus. Brita Wallengren är överläkare för den öppna åldringsvården i Malmö och docent Sven-Mårten Samuelsson är klinikchef.

cinskt som socialt servicebehov hos den växande skaran pensionärer. Bolin o a (1977) konstaterade nyligen att servicecentra i Malmö besöks av framför allt yngre och friska pensionärer. Man kan fråga sig om samma förhållanden råder än i dag.

Dagsjukvård utgör en väsentlig del av den öppna långtidssjukvården. Behovet av dagvårdsplatser är stort och motsvarar ej tillgången. Måste dagsjukvård bedrivas sjukhusansluten? Är det kanske bäst att reservera dagsjukvårdsplatserna på långvårdssjukhusen för ett verkligt sjukvårdskrävande klientel och tillgodose övriga fysiskt eller psykiskt handikappades behov av sjukgymnastik, arbetsterapi, allmän aktivering under mindre sjukhusmässiga former på tex servicecentra? Därigenom skulle ett ökande behov av dagsjukvårdsplatser successivt kunna tillgodoses.

MÅLSÄTTNING

Mot ovan nämnd bakgrund formulerades följande målsättning:

- att studera om dagsjukvård kunde bedrivas på ett av socialförvaltningens servicecentra med visst tillskott av personal från sjukvårdsförvaltningen
- att beskriva gruppen som fick denna dagsjukvård
- att värdera behandlingsresultatet
- att bedöma om denna typ av dagsjukvård eller

Servicecentra i Malmö besöks av framför allt yngre och friska pensionärer.

I olika utredningar tex socialutredningen (1977), pensionärsutredningen "Pensionär 75" (1977) och nu senast i regeringens proposition 1979/80: 1 om socialtjänsten har poängterats betydelsen av en stark utbyggnad av antalet servicebostäder och servicecentra. I den ovan nämnda pensionärsundersökningen (1977) framhävdes att ålderdomshemmen hade en viktig funktion. I propositionen om socialtjänst (1979/80: 1) anser man att ålderdomshemsboende på sikt skall förändras och ersättas med serviceboende.

I denna satsning på serviceboende är det viktigt att servicecentra kan tillgodose ett ökat såväl medi-

någon liknande form av verksamhet fyller ett väsentligt behov

BESKRIVNING AV FÖRSÖKSVERKSAMHETEN

Efter MBL-förhandlingar i sjukvårds- resp socialförvaltningen beviljades medel för en försöksverksamhet under ett års tid (nov 1977—okt 1978) på Malmö socialförvaltnings servicecentrum Öresundsgården. Under de första sex månaderna bedrevs dagsjukvården med extrapersonal från sjukvårdsförvaltningen i form av en undersköterska, som var föreståndare samt en halvtids arbetsterapeut och sjukgymnast. Under den andra sexmånadersperioden svarade en av de ordinarie arbetsterapeuterna vid centret för dagsjukvården. Hon hade till sin hjälp ett sjukvårdsbiträde som enda personaltillskott. En på centret befintlig sjukgymnast svarade för de sjukgymnastiska behandlingarna. Under båda perioderna samordnades och leddes verksamheten av en läkare från långvårdskliniken, Malmö allmänna sjukhus. Vidare utnyttjades befintliga kurators- och sekreterarresurser från långvårdskliniken.

RESULTAT

Under första halvåret fick 22 och under andra perioden 20 patienter dagsjukvård. Sammanlagt gavs 435 resp 519 behandlingar. Patienterna fick behandling 1, 2 eller 3 gånger per vecka. Av resursskäl kunde sammanlagt högst 6 patienter tas emot en och samma dag.

När försöksverksamheten upphörde okt 1978 pågick behandling hos 14 patienter. 10 av dessa kunde fortsätta dagcenterverksamhet på samma servicecentrum. Övriga överfördes för fortsatt dagsjukvård på ett av stadens långvårdssjukhus. Verksamheten kartlades mera i detalj under första sexmånadersperioden. Personal som var involverad i försöksverksamheten (1 läkare, 1 undersköterska, 1 arbetsterapeut, 1 sjukgymnast, kommunsjuksköterskor och hemvårdsassistenter) ombads fylla i särskilda frågeformulär.

Population. Anledning till föreslagen dagsjukvård

I försöksbetingelserna ingick att patienterna skulle

bo i områdena nära Öresundsgården. Efter hänvämdelse från hemvårdsassistenter och kommunsjuksköterskor läkarundersöktes patienterna av dagvårdsläkaren på långvårdskliniken mottagning, varefter dagsjukvård på Öresundsgården påbörjades.

36 personer läkarundersöktes inför period I. 32 av dessa bedömdes vara lämpade för dagsjukvård och 22 genomgick sådan behandling under denna period.

Ålder, kön och civilstånd redovisas i *tabell 1*. Medelåldern hos de 22 som genomgick dagsjukvård under period I var 65 år. Endast 9 av de 36 läkarundersökta patienterna var ensamboende.

Insatser från hemvårdscentralen före påbörjad dagsjukvård

17 patienter hade hemvård med i medeltal 10,4 timmar/vecka. Två av dessa (2 tetraplegiker) hade mycket hemvård, 30 resp 40 timmar/vecka. 10 personer hade hemsjukvård och 7 hemvårdsbidrag.

Tabell 1. Ålder, kön och civilstånd hos de 36 patienter som läkarundersöktes inför period I. De 14 patienter som ej påbörjade dagsjukvård är noterade inom parentes.

Civilstånd	Ålder och kön					
	30—49		50—69		70—89	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Ogift		1	2		2(2)	(1)
Gift	2	1	1(1)	2(1)	3(3)	1(2)
Franskild				1	(1)	
Änka/änkling				1	1(1)	4(2)

Tidigare kontakt med långtidssjukvård. Tidigare läarkontakt

30 av de 36 läkarundersökta patienterna hade tidigare ej haft kontakt med långtidsvård i någon form. 23 patienter hade bestämd läkare eller sjukhusmottagning att vända sig till. Dessa 23 hade under den senaste 12-månadersperioden sökt läkare i medeltal 3,2 gånger, övriga 2,7 gånger.

Diagnos

Huvuddiagnosen på de 36 läkarundersökta patienterna redovisas i *tabell 2*.

Tabell 2. Huvuddiagnos

Degenerativa neurologiska sjukdomar	15
Vaskulära sjukdomar i cerebrum eller andra organ	10
Ledsjukdomar	4
Sockersjuka	4
Diverse	3

Den största gruppen utgjordes av degenerativa neurologiska sjukdomar. Däri ingick 6 med Parkinsons sjukdom och 5 med multipel skleros. 8 hade cerebrovaskulära sjukdomar. Samtliga hade somatiska huvuddiagnoser. Hos 4 förelåg emellertid även psykiska förändringar med starkt nedsatt minnesfunktion eller uttalad desorientering. Hos 3 förelåg ledsyn eller blindhet. 2 hade mycket nedsatt hörsel.

Förflyttningssätt till och från centret. Behov av hjälp på centret

Samtliga 22 patienter hade färdtjänstbevis. Samtliga dessa behövde annan persons hjälp att beställa färdtjänst. 3 kom i specialfordon (färdtjänst) och 15 i taxi eller makes bil. 1 kom i rullstol körd av hemsamarit.

På centret behövde 14 hjälp med ytterkläder, 11 hjälp med förflyttning, 7 var rullstolsbundna och endast 2 av dessa klarade rullstolen själva. Ingen enda av de 22 kunde stå i matkö på centret. 11 behövde hjälp med förfördelning av maten och 1 behövde matas. 7 behövde hjälp vid toilettbesök. 3 var i behov av ständig tillsyn, 4 hade behov av att vila under delar av dagen, vilket kunde tillgodoses i önskad omfattning på centret. Det fanns önskemål hos 5 att få bad och hos 19 att få fotvård på centret utan att detta emellertid kunde tillgodoses.

Resultat av behandlingarna

Verksamheten fungerade tillfredsställande under båda perioderna. Samarbetet mellan den extra sjukvårdspersonalen och den på centret befintliga personalen var mycket gott. Trots mindre extrapersonal fungerade verksamheten i vissa avseenden bättre under den andra perioden så tillvida att dagsjukvårdspatienterna då bättre integrerades med övriga dagcentergäster pga att en på centret ordinarie arbetsterapeut samordnade verksamheten.

Antalet givna behandlingar hos de olika patienterna varierade mycket. I vissa fall gavs ett stort antal behandlingar.

I enstaka fall skedde avbrott i behandlingarna pga akut sjukdom eller inläggning på akutklinik. Under period I hade sjukgymnasten i 9 fall alltid eller för det mesta behov av hjälppersonal vid behandlingarna. I dessa fall fick arbetsterapeuten eller ibland dagvårdsföreståndaren anlitas. Trots detta kunde sjukgymnastik ändå inte ges till en patient pga för stor vårdtyngd. Den sjukgymnastiska bedömningen grundade sig på en mycket noggrann gradering (17 variabler) av patienternas funktionsförmåga i början och slutet av behandlingsperioden. En patient med vänstersidig hemiplegi förbättrades markant. Marginella förbättringar iaktogs hos 3 och marginella försämringar hos 2 patienter. I övriga fall förblev tillståndet stationärt.

Även arbetsterapeuten gjorde en noggrann bedömning av patienterna. I 2 fall kunde förmärkas en viss förbättring vad gäller sociala aktiviteter resp initiativförmåga. I 2 fall iaktogs vissa försämringar vad gäller ADL-aktiviteter: även sjukgymnasten noterade försämringar hos dessa patienter.

Dagvårdsföreståndaren ansåg att 10 patienter hade förbättrats psykiskt. 1 patient hade efter talbehandling på centret fått bättre talförmåga. I endast enstaka fall kunde hjälpinsatserna från hemvårdscentralen temporärt minskas.

Vid slutet av behandlingsperioden intervjuades patienter och anhöriga av dagvårdsläkaren. Av svaren framgick att dagsjukvården i samtliga fall upplevts positivt av patienterna och motsvarat deras förväntningar. För flertalet anhöriga hade dagsjukvården inneburit god avlastning.

Sjukgymnasten bedömde att samtliga 22 patienter behövde fortsatt uppehållande behandling. Arbetsterapeuten ansåg att 7 patienter behövde fortsatt ADL-träning och 21 fortsatt allmän aktivering. Enligt läkarens mening behövde 19 patienter fortsatta regelbundna läkarkontakter.

Av intervjuer framgick att dagsjukvården i samtliga fall upplevts positivt av patienterna och motsvarat deras förväntningar.

Ekonomisk kalkyl

Dagvårdspatienterna i denna försöksverksamhet har varit befriade från dagvårdsavgift men har i stället fått betala för måltider, fotvård och terapimaterial enligt samma taxa som gäller för övriga besökare på centret. Försäkringskassan har i vanlig ordning lämnat ersättning till sjukvårdshuvudmannen för besöken enligt normen läkarbesök i öppen vård. Extrapersonalen avlönades under båda perioderna av sjukvårdshuvudmannen. Socialförvaltningen hade inga extra löneutgifter. Under period I belöpte sig löneutgifterna till cirka 74 000 kronor och intäkterna (från försäkringskassan) till cirka 39 000 kronor. Under period II (med mindre extrapersonal) var löneutgifterna cirka 34 000 kronor och intäkterna cirka 49 000 kronor. I dessa kalkyler har ej inräknats utgifter för dagvårdsläkarens lönekostnader. Läkaren besökte centret cirka 5 timmar/vecka och kunde klara sina arbetsuppgifter inom ordinarie arbetstid genom omdisponering av sitt övriga arbete på långvårdskliniken. Om läkarens lönekostnader skall ingå i kalkylen kan dessa beräknas till cirka 31 000 kronor för båda perioderna sammanlagt (enligt normen för arvodesanställda läkare 5 timmar/vecka).

Befintliga behandlingslokaler m m på centret kunde utnyttjas. Det enda extra lokalutrymme som krävdes var en mindre expeditionslokal för undersköterskan resp sjukvårdsbiträdet. Ett förrådsutrymme kunde omdisponeras för detta ändamål.

DISKUSSION

Utredningen har visat att det är fullt möjligt att bedriva dagsjukvård på ett servicecentrum med ovan angivna personalresurser och med utnyttjande av centrets lokalresurser. Tillskottet av extrapersonal var större och verksamheten var organiserad något annorlunda under den första sexmånadersperioden.

Verksamheten fungerade emellertid fullt tillfredsställande och i vissa avseenden bättre under den andra försöksperioden. Det har från flera håll i landet yttrats att denna typ av verksamhet skulle vara omöjlig att genomföra där p g a olika huvudmannaskap för sjuk- resp socialvård. I Malmö har sjukvården och socialvården gemensam huvudman och

Det har på flera håll i landet yttrats att denna typ av verksamhet skulle vara omöjlig att genomföra på grund av olika huvudmannaskap för sjuk- respektive socialvård.

samarbetet mellan de båda förvaltningarnas personal i detta projekt har varit det allra bästa. Verksamheten analyserades mera i detalj under den första sexmånadersperioden. Patienterna rekryterades från framför allt hemvården och hemsjukvården. Relativt få av patienterna hade innan försöksperioden haft kontakt med långtidsvård. En del var jämförelsevis unga och den övervägande sjukdomsgruppen utgjordes av "degenerativa" neurologiska sjukdomstillstånd. Gruppen bestod av lika många män och kvinnor och hade alltså inte en övervikt av äldre kvinnor såsom förhållandet är inom långtidsvården. Förhållandet att relativt många bodde tillsammans med anhörig och var föremål för relativt stora hjälpinsatser från hemvård/hemsjukvård innebär troligen att boende i det egna hemmet trots stort handikapp hade kunnat fortgå så att kontakt med långvård ännu ej behövt tagas. Många hade hög vårdtyngd och flera var rullstolsbundna. Samtliga var i stort behov av dagsjukvård. Behandlingarna innebar bibehållande av ADL-förmåga, psykisk aktivering och avlastning av anhöriga. De sjukgymnastiska behandlingarna kunde i många fall genomföras endast med hjälp av extrapersonalen. Samtliga var i behov av hjälp från dagvårdspersonalen för att klara sig på centret.

Några av patienterna hade tidigare själva kunnat besöka Öresundsgården men hade under senare år till följd av ökat handikapp måst avstå från dessa besök.

Inledningsvis refererades till en undersökning från Malmö 1977 (Bolin o a). I denna konstaterades att de som besökte servicecentra ("servicecenterpopulationen") var yngre och hade bättre hälsotillstånd än "Malmöpopulationen" (ett urval av 575 individer 67 år och äldre). "Servicecenterpopulationen" hade vidare en mindre stark dominans av kvinnor, 55 %, än "Malmöpopulationen", 64 %. Så många som 67 % av "Malmöpopulationen" hade

aldrig besökt något servicecentrum. Som skäl till att sådana besök ej ägt rum angavs tex i cirka 8 % av fallen sjukdom och i cirka 7 % dåliga kommunikationer eller för långa avstånd.

Föreliggande undersökning har visat att likartade förhållanden råder än i dag. I Malmö finns grupper av handikappade pensionärer som fn inte har någon möjlighet att ta sig till eller vistas på servicecentra eftersom det saknas vissa personalresurser på dessa centra.

Vår undersökning har visat att man kan välja olika modeller för att uppfylla målsättningen att alla pensionärer oavsett om de är handikappade eller ej skall ha möjlighet att vistas på ett servicecentrum och utnyttja dess behandlingsresurser. Av de båda modellerna är den som praktiserades under den senaste sexmånadersperioden att föredra. Besök av handikappade på ett servicecentrum skall emellertid inte i första hand betraktas som sjukvårdsbesök utan som ordinära pensionärsbesök. Då de flesta patienterna utöver kontakten med dagvårdsläkaren hade annan kontinuerlig läkarkontakt var de sjukvårdande insatserna av dagvårdsläkaren av relativt liten omfattning och torde ej vara en förutsättning för de handikappades vistelse på centret. Besöken måste ske under ordnade former. En befintlig befattningshavare tex en arbetsterapeut bör samordna verksamheten, tex se till att patienterna kommer på bestämda tider, beställa färdtjänst och i förekommande fall samordna med personalen på hemvårdscentralen, som måste ha pensionärerna klara när färdtjänst anländer.

Till sin hjälp behöver denna befattningshavare ett vårdbiträde med huvuduppgift att bistå de handikappade på centret. Det är då naturligt att denna tjänst tillgodoses genom socialförvaltningen. Med denna insats skulle det även vara möjligt att slussa ut vissa patienter från långvårdssjukhusens dagvårdsavdelningar för fortsatta besök på servicecentra. Detta har hittills endast undantagsvis varit möjligt. Undersökningen har även visat att det är viktigt att få kontakt med de handikappade pensionärerna tex genom hemvårdens uppsökande verksamhet, varigenom besök på servicecentra kan initieras.

I planeringen av nuvarande och kommande servicecentra i Malmö ingår målsättningen att samtliga äldre skall ha ett servicecentrum på gångavstånd från bostaden. Samtliga dessa centra bör få resurser att ta emot inte blott friska utan även på olika sätt handikappade pensionärer.

LITTERATUR

- Bolin, A; Skånstad, S; Svanström, L: Servicecentra – för vem? Några resultat från en studie i Malmö. *Socialmed tidskrift* 54; 85–91, 1977
- Om socialtjänsten. Regeringens proposition 1979/80: 1 Pensionär 75, en kartläggning med framtidsaspekter. SOU 1977: 98
- Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. SOU 1977: 40.