

Lasarettansluten hemsjukvård

Hans Zetterqvist

Vid Valla sjukhus bedrivs sk lasarettansluten hemsjukvård. Vårdformen introducerades i Linköping år 1962 efter amerikanskt mönster. Erfarenheterna, som här redovisas av doktor Hans Zetterqvist, av denna vårdform är liksom i USA mycket goda. Hans bestämda uppfattning är att de patienter som omhändertages på detta sätt dels själva har mindre önskan att återintagas, dels mer sällan förs till sjukhus genom anhörigas försorg än andra patienter. Denna sjukhusanslutna hemsjukvård är inte accepterad som en del av dagens sjukvårdsprogram, men det är författarens uppfattning att den i sig har ett mycket stort egenvärde och att den dessutom är nödvändig som ett komplement till de slutna vårdformerna och till andra hemsjukvårdsformer.

Hans Zetterqvist är överläkare vid Långvårdsmedicinska kliniken I, Valla sjukhus, Linköping.

Från Hemsjukvårdsbyrån vid Valla sjukhus administreras förutom den traditionella ekonomiska bidragsgivningen för vård av långvarigt sjuka i hemmen även sk lasarettansluten hemsjukvård. Denna är baserad på för detta ändamål särskilt anställd sjukvårdspersonal samt primärkommunalt anställda hemsamariter och fungerar för patienter som fordrar mer medicinsk service än den vanliga hemsjukvården kan erbjuda.

Vårdformen introducerades i Linköping år 1962 efter mönster från Monte Fiore Hospital i New York av dåvarande överläkaren vid långvårdskliniken, Per Arnander, som för övrigt fortfarande, i nov 1976, är tf chef för Hemsjukvårdsbyrån och leder bla den lasarettanslutna hemsjukvården. De faktauppgifter som här presenteras emanerar från Ar-

nanders egna uppgifter, sammanställningar och årsrapporter.

Från en försöksverksamhet med ett antal patienter som vid årsskiftet 1962–1963 uppgick till 12 st kunde en utveckling ske fram till år 1969, då verksamheten nådde sin nuvarande omfattning med 60–80 samtidigt anslutna patienter. I takt med denna ökning av patientantalet och en tilltagande vårdtyngd hos klientelet har personalstaten utökats till att nu omfatta följande anställda. Under överläkaren vid Hemsjukvårdsbyrån som administrativ chef verkställes den praktiska ledningen av en leg sjuksköterska som föreståndare. I teamet ingår vidare en sjuksköterska, 5 undersköterskor, 2 sjukvårdsbiträden, 0.5 sjukgymnast och 1 kontorist. Hemsamaritverksamheten administreras till årsskiftet 1976–1977 från Hemsjukvårdsbyrån men därefter övertages denna ledning av primärkommunens Socialförvaltning. Som läkare tjänstgör i första hand chefen för Hemsjukvårdsbyrån, men samtliga läkare vid de långvårdsmedicinska klinikerna deltar i detta arbete, de för längre tid anställda – överläkare, bitr överläkare och avdelningsläkare – som direkta läkare för patienterna, övriga – läkare under fortsatt vidareutbildning eller allmäntjänstgörande läkare samt korttidsvikarier – i egenskap av jourhavande.

Intagning av patienter

De patienter som lasarettanslutes har till 60–70 % vårdats på långvårdsklinikerna. Undantagsvis före-

.....

Vårdformen introducerades i Linköping år 1962 efter mönster från Monte Fiore Hospital i New York.

.....

Anförande vid Medicinska Riksstämman 1976

Det har befunnits lämpligt att patienternas bostad ligger på ett avstånd från sjukhuset som ej överstiger 10 km.

kommer att patienter anslutes från dagpatientavdelning, den öppna mottagningen eller direkt från hemmet.

Förfrågan om möjlighet till lasarettanslutning ställes till föreståndaren, som med hänsynstagande till patientens vårdbehov, hem-, anhörigsituation, personaltillgång m m bedömer förutsättningarna och möjligheterna ansluta en patient. Väsentlig förutsättning är kontakt med och noggrann information till patient och anhöriga om vad vård på detta sätt innebär. Det är för att uppfylla denna förutsättning så långt möjligt är som det befunnits önskvärt att patienten vårdats på Valla sjukhus innan lasarettansluten hemsjukvård påbörjas. Två funktioner är särskilt viktiga: den första att patient och vårdare dygnet runt kan få kontakt med sjukhuset – under kontorstid med Hemsjuksvårdsbyrån och övriga tider med jourhavande läkare – den andra att patienten har förtur till återintagning och att denna kan verkställas under hela dygnet. Hembesök av läkare och/eller sjuksköterska kan givetvis också företagas dygnet runt. Vid den intagningskonferens på långvårdsklinikerna som sker dagligen kl 10.15, då bland annat rapport om tillgängliga vårdplatser och dessas fördelning på enbädds-, tvåbäddsrum etc lämnas, meddelar också föreståndaren vilka av de lasarettanslutna patienterna som kan vara aktuella för intagning under de närmaste dygnen och under dagen inkommande information vidarebefordras till jourhavande läkare.

Med hänsyn till önskvärdheten dels snabbt kunna nå patienten vid behov, dels reducera restiderna för personalen har det befunnits lämpligt att vederbörandes bostad ligger på ett avstånd från sjukhuset som ej överstiger 10 km. Detta ger en geografisk avgränsning av verksamheten till att omfatta huvudtätorten i den nuvarande storkommunen med cirka 90.000 invånare.

Nämnda förutsättningar ger patient och anhöriga möjlighet till en kontinuitet i vården med åtföljande

trygghet som är av största betydelse för vårdreformens funktion.

Vård dagar och kostnader

Ur Arnanders årsrapport för 1975 hämtas följande fakta:

Tabell 1. Utveckling under åren 1971–1975

	Nyinskrivna patienter	Kvarstående 31.12
1971	27	74
1972	32	75
1973	31	69
1974	52	78
1975	34	71

Tabell 2. Vård dagar och kostnader 1975

	Vård-dagar	Årskostnad	Vård dagskost-nad
1971	28 600	1 001 000	35 00
1972	24 900	949 000	38 07
1973	23 500	1 268 500	53 95
1974	25 000	1 509 100	60 40
1975	25 500	1 992 548	78 13

Av kostnaderna belöper sig 87 % på lönekostnader medan övriga utgifter hänföres till månadsbidrag till anhöriga 2,7 %, vård på enskilt sjukhem 4 %, sjukvårdsartiklar 3 %, reseersättning m m.

Tabell 3. Personalinsatser år 1975

Personal	Antal besök	Antal timmar
Läkare	400	800
Sjuksköterskor	1 500	3 500
Undersköterskor och sjv.biträden	8 900	9 900
Hemsamariter	—	51 000

Blandade vårdformer förekommer. Sålunda har 21 patienter under året varit dagpatienter på Valla sjukhus.

Återintagning av patient betingad av försämring

Erfarenheterna av denna vårdform är här liksom i USA, där den bedrivs på många ställen, mycket goda.

.....
I den lasarettanslutna hemsjukvården får patienten regelbundna besök av vårdpersonal som väl känner till vederbörande.
.....

av tillståndet, annan sjukdom eller för avlastning av anhöriga förekom 120 gånger under året.

Diagnoser

Beträffande patienternas sjukdomar är som alltid i geriatrika sammanhang klassificering besvärlig på grund av sjukdomsbildens komplexitet. I 1975 års material omfattar ledsjukdomar 24 %, hjärt- kärlsjukdomar inklusive följdillstånd av blodpropp eller blödning i hjärnan 18 %, övriga nervsjukdomar inklusive traumatiskt betingade skador 18 %, elakartade tumörer 13 % och övriga sjukdomar, inklusive drygt 4 % psykiska sjukdomar, 27 %.

I åldershänseende ligger medelåldern på 72 år. 40 % av patienterna är under 70 år och 30 % över 80 år. I könshänseende är fördelningen den att 65 % är kvinnor och 35 % män.

Erfarenheten av sjukhusansluten hemsjukvård

Erfarenheten av denna vårdform är här liksom i USA, där den bedrivs på många ställen, (Steinberg 1968, Rossman 1976) mycket god. Samma uppfattning redovisar Ingrid Widman från Örebro där lasarettansluten hemsjukvård fungerar sedan 1973. Vid långvårdskliniken i Motala bedriver Barbro Beck-Friis sedan några månader en likartad men något annorlunda organiserad verksamhet.

Erfarenheten har klart visat att av olika anledningar gravt handikappade människor, somliga i ett mera stabilt skede, andra med en progredierande sjukdom, mycket väl kan omhändertagas i en sådan här verksamhet. En viktig synpunkt är att de mönster som många patienter anamnestiskt företer med upprepade sjukhusvistelser kan brytas. Hemsjukvården kan för dessa individer medföra ett mycket mera stabilt tillstånd utan upprepade återintagning-

ar på akutklinik eller långvårdsklinik i samband med av olika anledningar uppträdande försämringar av tillståndet. Hit hör bland annat de svårt hjärtinkompenserade patienterna. Om hemvård icke är organiserad hamnar dessa vid försämring ofta på en akutmottagning där de vanligen träffar en doktor, som inte känner till dem och de får undergå diverse undersökningar, som måhända hade varit onödiga om undersökaren haft bättre kännedom om patientens tidigare tillstånd. Eventuellt blir de inlagda, korttidsbehandlade och sedan återsända till hemmet efter en eller annan vecka, varefter processen upprepas. I den lasarettanslutna hemsjukvården får patienten regelbundna besök av vårdpersonal av olika kategorier som väl känner till vederbörande. Härigenom kan försämring upptäckas på tidigt stadium och motåtgärder insättas innan tillståndet blivit sådant att sjukhusintagning blir nödvändig. Det bör också noteras att de patienter som sköts i denna lasarettanslutna hemsjukvård kan vårdas hemma även vid viss försämring av grundsjukdomen eller vid tillkomsterna av andra sjukdomstillstånd som till exempel infektioner av olika typ, sviktande hjärtfunktion, över- eller undermedicinering m.m.

Den bestämda uppfattningen är att de patienter som omhändertages på detta sätt dels själva har en mindre önskan att återintagas, dels mer sällan föres till sjukhus genom anhörigas försorg än andra patienter som inte åtnjuter den trygghet som denna vårdreform kan bjuda.

Den på detta sätt bedrivna sjukhusanslutna hemsjukvården är inte accepterad som en del av dagens sjukvårdsprogram, men det är vår bestämda uppfattning att den i sig har ett mycket stort egenvärde och att den dessutom är nödvändig som ett komplement till de slutna vårdformerna och till andra hemsjukvårdsformer.

REFERENSER

1. Steinberg, F. U., Home care kap 27 i E. V. Cowdry: The care of the geriatric patient
2. Rossman, I. Alternatives to institutional care.