

Gränsdragningsproblem mellan primärkommunal åldrvringsvrård och lřngtidssjukvrård i inom Stockholm

Bengt Selin

Landstingets lřngvrardsresurser och Stockholms ăldrvingsvrardsresurser ăr otillrřckliga. Năgon mřjllighet att bygga i kapp behoven synes ej fřreligga inom nřrmaste ăren. Betrăffande lřngtidssvrarden saknas ett led i vrardkedjan, sjukhem med hemliknande miljř och năr det găller Stockholms kommuns utbyggnad av bostadshotell i stăllet fřr ălderdomshem har detta utsatts fřr kritik. Bengt Selin, lăkare vid placeringssektionen vid Stockholms socialfřrvaltning, menar att bostadshotellens serviceresurser ej răcker fřr att klara primărkommunens ăldrvingsvrardsuppgifter. Vid planeringen och utformningen av nuvarande bostadshotell synes inte tillrřcklig hănsyn ha tagits till det verkliga hjălp- och servicebehovet hos pensionărerne i den mest angelăgna delen av křn, menar fřrfattaren i en artikel om grănsdragningsproblem mellan primărkommunal ăldrvingsvrård och lřngtidssjukvrård inom Stockholm.

Andelen ăldre i befolkningen řkar som bekant snabbt i hela riket. Sărskilt mărkbart ăr det bl a i storstăderna. Antalet innevănare 67 ăr och ăldre var 1974 i Stockholms stad 108 088, vilket utgjorde 16,1 % av totalbefolkningen. Motsvarande procentuella andel i Stockholms lăn och hela riket var 10,9 % respektive 12,7 %. 1980 berăknas den procentuella andelen 67-ăringar och ăldre vara 20 % i Stockholms stad. Det totala antalet pensionărer văntas řka till i břrjan pă 1980-talet, fřr att dărefter minska fram till 1990. Băde det relativa och absoluta antalet ăldringar i de hřgsta ăldersgrupperna (> 80 ăr) řkar dock hela tiden successivt. Enligt en prognosberăkning skulle ăr 1990 tex antalet 90-ăringar och ăldre i Stockholm uppgă — till năra 5 000!

řkade krav pă ăldreomsorgen

Denna befolkningsutveckling stăller snabbt řkande krav pă ăldre-omsorgen pă alla nivăer. Fřr att mřta kraven măste en kraftig utbyggnad av resurserna ske, sărskilt betrăffande lřngtidssjukvrård, řppen sjukvrård och hemsjukvrård, servicebostăder etc.

En klar grănsdragning mellan primărkommunal ăldrvingsvrård och landstingets sjukvrardsinsatser ăr nřdvändig fřr planering, ansvarsfřrdelning, resursanvăndning och praktiskt handlande pă făltet.

Tidigare hade fattigvrarden att dra fřrsorg om den, som pă grund av orkeslřshet och lřngvarig sjukdom ej kunde klara sig i samhăllet. Enligt riksdagsbeslut 1947 och 1953 borde ălderdomshemmen fă karaktăr av kommunala inackorderingshem fřr ăldringar och invalider, som ăr i behov av omvrårdnad och tillsyn, men som dock inte erfordrar vrård ă sjukvrardsinrăttning. Som ett resultat av dessa beslut kan man se en ăndring i 1959 ărs sjukhuslag, som innebar att sjukvrardshuvudmannen ălades legalt huvudmannaskap fřr vrarden av kroniskt sjuka.

Generella fřreskrifter fřr landsting

I nuvarande sjukvrardslag ălăgges landstingskommun att "... fřr dem som ăr bosatta inom sjukvrardsomrădet, ombesřrja săvăl řppen som sluten vrård fřr sjukdom, skada, kroppsfel och barns-

En klar grănsdragning mellan primărkommunal ăldrvingsvrård och landstingets sjukvrardsinsatser ăr nřdvändig fřr planering, ansvarsfřrdelning, resursanvăndning och praktiskt handlande pă făltet.

börd, i den mån icke annan drager försorg här- om . . ." Föreskrifterna om vårdansvaret är endast generella, det finns inga föreskrifter om indi- duellt vårdansvar.

Kommunens ansvar gentemot individen

Socialhjälpslagen föreskriver däremot ett ansvar för kommunen gentemot var och en, som vistas i kommunen. När det gäller åldringar och handi- kappade är § 1, § 6, § 14 och § 18 av särskilt intresse.

Enligt § 18 ålägges kommun att anordna och driva hem för åldringar och andra personer, vilka är i behov av vård och tillsyn, som icke eljest tillgodoses. Som praktisk definition på ål- derdomshemmens sjukvårdande verksamhet ac- cepterade 1957 dåvarande departementschefen ett uttalande: "Ålderdomshemmen skall inte be- höva lämna aktiv sjukvård, men måste åtminstone kunna lämna sådan sjukvård, som kan betecknas som god hemsjukvård." Några vidare definitioner av ålderdomshemmens uppgifter har inte gjorts av statsmakterna.

Utbyggnad av resurserna

De senaste 10-tal åren har en kraftig utbyggnad av långtidssjukvårdsresurserna skett här i landet, vilket medfört att ålderdomshemmen så småning- om kunnat avlastas de tyngsta och mest vårdkrä- vande fallen.

Stockholms kommun. Ansvar för sjukvården

Stockholms kommun hade före storlandstingets tillkomst 1971 ansvaret inte bara för socialvården utan även för sjukvården. Under 50- och 60- talet blev bristen på vårdresurser för åldringar och långvarigt sjuka allt mer påträngande. De sämst ställda dvs de långvarigt sjuka och hög- gradigt funktionsnedsatta måste givetvis först och främst tas om hand. För att möta de ökande be- hoven tillskapade och drev både sjukvårdsstyrel- sen och socialnämnden institutioner för vård av långvarigt sjuka. Socialnämndens egna sjukhem sammanbyggdes till stor del med ålderdomshem, s k geriatriiska enheter. Inom dessa enheter kun- de pensionärerna flyttas allt eftersom deras vård- behov förändrades.

År 1970 förfogade socialförvaltningen över ca 2 750 långvårdsplatser, sjukvårdsförvaltningen över ca 2 300 platser, sammanlagda antalet vård- platser var dock otillräckligt. Socialvårdens priori- tering av resurser för långtidssjukvård hade med- fört att byggandet av ålderdomshem blivit efter- satt. Vid storlandstingets tillkomst 1/1 1971 över- lämnade socialnämnden sina långvårdsplatser till sjukvårdshuvudmannen. Antalet ålderdomshems- platser var vid denna tidpunkt bara ca 1 200 (ca 1,5 % av antalet innevånare 70 år och äldre).

Dessutom hade socialförvaltningen 3 322 lägen- heter i pensionärshem eller pensionärshotell, samt en väl utbyggd hemtjänstorganisation (140 hem- vårdssassistent, 7 800 hemvårdsbiträden, antal hjälpta personer ca 20 000).

Då Stockholms kommun hade huvudmanna- ansvaret för både sjukvård och socialvård fanns ingen besvärande gränsdragningsproblematik mel- lan de båda förvaltningarna. Efter storlandstingets tillkomst har emellertid gränsdragningen mellan socialvård och sjukvård blivit alltmer nödvändig. Av tidigare i olika sammanhang gjorda och publi- cerade utredningar har framgått svårigheterna att dra en i praktiken hållbar gräns mellan åldrings- vård och åldringssjukvård. Från sjukvårdens sida har man i huvudsak pläderat för att fall, som re- gelmässigt förutsätter tung sjukvård och/eller före- komsten av mera sjukvårdskunnig personal, tillhör sjukvårdssektorn.

Social service för hemvård och hemsjukvård

Till åldringar och handikappade, som behöver stödåtgärder för att klara sig hemma, lämnar pri- märkommunen social service. Exempel på sådan service är hemtjänstverksamheten, genom vilken hjälp ges att sköta bostad, mathållning, inte allt- för omfattande personlig omvårdnad, viss aktive- ring etc. Andra kommunala aktiviteter är fritids- verksamhet, tillhandahållande av moderna ända- målsenliga bostäder, vid behov handikappanpas- sade.

Denna verksamhet kan väl skiljas från sjuk- vårdshuvudmannens hemsjukvårdsinsatser genom distriktsläkare, distriktsköterskor, sjukgymnaster och hemsjukvårdare. Hos flertalet vårdbehövande

En strikt tolkning av definitionerna för hemvård och hemsjukvård skulle medföra att vårdare från båda förvaltningarna måste kopplas in.

personer i hemmet behövs både hemvårdande och hemsjukvårdande insatser. En strikt tolkning av definitionerna för hemvård och hemsjukvård skulle medföra att vårdare från båda förvaltningarna måste kopplas in. Fördelningen av arbetsuppgifterna mellan de båda vårdarna skulle bli problematisk. — Var går gränsen mellan viss och mer omfattande personlig omvårdnad? Man måste också ha klart för sig att många äldre och skräpiga vårdbehövande personer har varierande hemsjukvårdsbehov, som hastigt skiftar från ena dagen till den andra. En uppdelning av de hemvårdande och hemsjukvårdande insatserna i hemmen på två olika organisationer måste vara opraktiskt och orationellt.

En lösning på problemen skulle vara att i samarbete mellan sociala service-centraler och medicinska vårdcentraler skapades en gemensam personalpool för alla vårdinsatser i hemmen under enhetlig arbetsdelning. Därigenom skulle personalen kunna utnyttjas effektivare allt efter utbildningsnivå. Naturligtvis borde det då också finnas ett nära samarbete mellan ledningen för denna hemvårdande verksamhet och respektive långvårdsblocks intagningscentraler, så att de mest vårdkrävande fallen i första hand placeras i långtidsvården.

Försöksverksamhet i Stockholm

En försöksverksamhet skall starta inom Matteus församling, där hemtjänst står för all hemvårds-personal och där landstinget ger ersättning för det antal timmar, som anses utgöra hemsjukvård (i stort sett enligt det s k "Värmdöavtalet"). En fast uppdelning av kostnaderna för hemvården och hemsjukvården mellan förvaltningarna borde administrativt medföra en betydande förenkling och därmed vore gränsdragning i de individuella

fallen överflödiga. När det gäller arbetet på fältet kvarstår dock olägenheter med dubbel arbetsledning. Det är nödvändigt med smidigt samarbete mellan distriktssköterskor och hemvårdsassistenter. En följd av samordningen hemvård-hemsjukvård blir givetvis att de mest omfattande vårdbehoven prioriteras, vilket om personalbrist råder, kan medföra mindre utrymme för de rent sociala hemhjälpinsatserna.

Båda förvaltningarna har köer av sökande till långtidssjukvård respektive ålderdomshem eller bostadshotell. Storleken och sammansättningen av dessa köer påverkar planeringen av kvantitativ utbyggnad och utformning av dessa resurser. Som bekant har Stockholms socialnämnd på senare år avstått från att bygga traditionella ålderdomshem utan i stället satsat på s k bostadshotell, som innebär eget boende i kompletta bostäder med relativt omfattande service-möjligheter. Landstingets utbyggnad av långtidsvården har koncentrerats till anläggningar med bl a kvalificerade resurser för behandling och rehabilitering.

Vid bedömningen vilken förvaltning, som skall ta hand om en vårdsökande person, ställes gränsdragningsproblematiken verkligen på sin spets. Skall primärkommunens åldringsvårdsresurser räckta för att klara detta omhändertagande eller föreligger indikation för långtidssjukvård?

Definition av begreppet sjukvård

Vad innefattas i begreppet sjukvård?

En flora av mångtydiga och obestämda uttryck har använts i olika utredningar och andra sammanhang: "aktiv sjukvård", "aktiva medicinska insatser", "behov av ständig medicinsk omvårdnad". Ett verkligt dunkelt och diffust uttryck tillkom på 50-talet: "god hemsjukvård", vilket ålderdomshemmen skulle tillhandahålla. Många inskränker sjukvårdsbegreppet till medicinska åtgärder för diagnostik, terapi, rehabilitering och tung omvårdnad. Det talas om "behov av personlig omvårdnad kontra behov av medicinsk omvårdnad".

Den personliga omvårdnaden, tillsynen och övervakningen, som en höggradig funktionsnedsättning motiverar, är en integrerad del av sjuk-

.....
*Ett verkligt dunkelt och diffust uttryck tillkom
på 50-talet: "god hemsjukvård", vilket ålder-
domshemmen skulle tillhandahålla.*
.....

vården och utgör på institutioner för långtidssjukvård oftast den dominerande delen av vårdarbetet.

I gränsdragningsproblematiken är det egentligen meningslöst att definiera sjukvårdsbegreppet. Behovet av omvårdnad, tillsyn och övervakning oberoende av orsak är avgörande. I "Socialstyrelsen redovisar: Utvecklingstendenser inom den sociala åldringsvården" finns en sammanfattande och praktiskt tillämpbar beskrivning av de båda huvudmännens vårdskyldighet:

"Primärkommunal vårdskyldighet:

Aldringar och handikappade med sådan fysisk eller psykisk funktionsnedsättning att de behöver hjälp med hemmets skötsel, inte alltför omfattande hjälp och handledning för att klara den dagliga livsföringen, viss tillsyn och aktiverande åtgärder m m.

Sjukvårdshuvudmannens vårdskyldighet:

Aldringar och handikappade med sjukdom eller fysisk och psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de behöver kvalificerad medicinsk vård och/eller betydande och frekvent hjälp med personlig omvårdnad och daglig livsföring eller kontinuerlig eller nästan kontinuerlig övervakning och tillsyn."

Redan nu har både sjukvården och åldringsvården svåra personalrekryteringsproblem, som kan förväntas öka i framtiden då en allt större del av tillgänglig manlig och kvinnlig arbetskraft behövs för vårdande uppgifter. Personalen måste således utnyttjas så effektivt som möjligt. När kan ett omvårdnadsbehov kombinerat med eget boende klaras med rimlig personalinsats? När är det mest rationellt och personalbesparande att ta hand om den vårdbehövande i sjukhemsmiljö? Svaret på dessa frågor anger gränsen mellan åld-

ringsvården och långtidssjukvården.

För att rätt kunna besvara frågorna fordras egentligen arbetstidsstudier och studier av arbetsmiljö i samråd med vårdande personal, vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter etc. Diskussioner och samråd mellan de båda huvudmännen är nödvändig för att komma fram till gemensamma normer för omhändertagande indikationer.

I nuläget varierar gränsdragningsnormerna något mellan de olika förvaltningsområdenas långvårdsblock och de överensstämmer inte alltid helt med de normer, som tillämpas vid socialförvaltningens placeringssektion. Det finns i köerna ett antal gränsfall, där varken ålderdomshemmens eller bostadshotellens resurser anses räcka för adekvat omhändertagande, men där långvårdsblocket ej anser indikation för långtidsvård föreligga. Även om långtidsvårdsindikationen accepteras, kan den vårdsökande på grund av den hårda konkurrensen ej få en plats på sjukhem. Dessa fall utgöres ofta av patienter med psykisk insufficiens, senila demenser. Svårigheterna kan accentueras av att det även finns praktiska gränsdragningsproblem mellan långtidssjukvård och psykiatrisk vård; tveksamhet kan uppstå vem som skall ta hand om patienten. Enda möjligheten att klara omvårdnadsbehovet kan bli ökade hemhjälpinsatser i hemmet. Kostnaderna för hel-dygnshjälp är ungefär dubbelt så stor som kostnaden för en plats på långtidsvårdssjukhus. Om omedelbart placeringsbehov föreligger p g a brist på hemtjänstpersonal eller sociala komplikationer, t ex förlust av bostaden, kan placering på ålderdomshem eller bostadshotell framtvingas, trots att den vårdsökande där ej får adekvat omhändertagande och vård. Dessa problem är svårbe-mästrade. Det vore dock orimligt om socialnämnden åter skulle bygga institutioner för dessa gränsfall, i form av sjukhem för huvudsakligen personlig omvårdnad.

När det gäller gränsdragningsgrundat på omfattningen av det personliga omvårdnads- och tillsynsbehovet har följande schematiskt uppställda normer tillämpats vid socialförvaltningens placeringssektion.

.....

I nuläget varierar gränsdragningsnormerna något mellan de olika förvaltningsområdenas långvårdsblock och de överensstämmer inte alltid med socialförvaltningens normer.

.....

Till sjukvårdshuvudmannens område bör höra:

1. Patienter som är sängliggande eller som har så stora rörelsesvärigheter att de endast kan förflyttas med hjälp av annan person.
2. Patienter som regelbundet behöver omfattande hjälp med en eller flera ADL-funktioner, t ex toilettbesök, av- och påklädning, hygien, matning etc samt hjälp p g a inkontinens.
3. Patienter med psykiska förändringar, senildemenser, som
 - a) trots handledning och påstötning ej klarar sina ADL-funktioner.
 - b) är desorienterade till rum och ej hittar inom lokalerna, är nattoroliga, har tendens att avvika, är så oberäknliga och omotiverade i sitt agerande att de fordrar tillsyn och övervakning stor del av dygnet.
 - c) är påtagligt avvikande i sitt beteende, störande för medgäster och grannar.
4. Patienter i behov av nattvak, under förutsättning detta ej kan ersättas av passiv tillsyn (tillgång till larm-knapp) eller ett fåtal aktiva tillsynstillfällen på natten.

Med primärkommunens vårdresurser

kan omhändertagas åldringar och handikappade, som i stort sett själva klarar sin personliga skötsel. Rörelsehindrade personer kan behöva viss hjälp med klädsel och hygien, men bör kunna förflytta sig själva med hjälpmedel, t ex överflyttning säng—rullstol, samt självständigt klara toilettbesök. Urinkateter och urininkontinens, som kan skötas med blöjor, är inget hinder. Ej heller är det något hinder för lätta senildemenser med närminnesrubbingar och tidsdesorientering, som behöver lite handledning och påminnelse för att sköta sin ADL, som är lugna och stillsamma och kan lämnas ensamma långa stunder och således ej kräver ständig passning och övervakning.

Otillräckliga vårdresurser

Landstingets långvårdsresurser och Stockholms åldringsvårdsresurser är otillräckliga och någon möjlighet att bygga ikapp behoven synes ej föreligga inom närmaste åren. Beträffande långtidsvården saknas ett led i vårdkedjan, sjukhem med hemliknande miljö där vårdinnehållet domineras av personlig omvårdnad, övervakning och tillsyn, men där behovet av medicinska insatser är ringa. Ett särskilt problem är hur omhändertagandet och vården skall ordnas för senildemenser, där indikation för omhändertagande enligt L S P V saknas. Det finns, trots allt tal om integrering, olägenheter att blanda dessa med psykiskt klara långtidssjuka. Trots att de i hemmen kan bli tungskötta och mycket personalkrävande, synes långvårdsblockens placeringscentraler ha svårt att kunna prioritera dem i konkurrensen till platser på långvårdsjukhusen.

Stockholms utbyggnad av bostadshotell i stället för ålderdomshem har utsatts för kritik. Räcker då bostadshotellens service-resurser för att klara primärkommunens åldringsvårdsuppgifter? Enligt förfs åsikt är svaret nej! Inte med nuvarande servicenivå och personaltäthet.

Vid planeringen och utformningen av nuvarande bostadshotell synes inte tillräcklig hänsyn ha tagits till det verkliga hjälp- och servicebehovet hos pensionärerna i den mest angelägna delen av kön. Som en kompromiss tillkom de sk komprimerade enheterna inom bostadshotellen, där servicenivån motsvarar ålderdomshemmen med helinackordering. De komprimerade bostäderna är relativt få och det är otänkbart att hyresgästerna vid ökande hjälpbehov skall flytta från vanliga bostadshotell-bostäder till komprimerade lägenheter. Det enda riktiga är naturligtvis att denna sk "komprimerade service" bygges ut över hela bostadshotellet. Skillnaden jämfört med traditionellt ålderdomshem är då att pensionären är mer fri och oberoende och allt efter sitt behov och önskemål kan utnyttja mer eller mindre service, t ex från helinackordering till enstaka måltider i restauranten.