

Lyftning av sjuka

Erik Allander

I detta arbete redovisas en undersökning av förekomsten av det tyngsta arbetet inom sjukvården, lyftarbetet. Härvid presenteras en metodik att översiktligt uppskatta förekomsten av lyftarbete samt vidare önskvärda intensivstudier för att precisera förekomsten av sådant arbete.

En översiktlig kalkyl ger vid handen att minst 100 000, maximalt 1 miljon lyft förekommer dagligen i svensk sjukvård.

Erik Allander är professor i socialmedicin vid Karolinska institutet och överläkare vid socialmedicinska avdelningen, Huddinge sjukhus.

Bakgrund

Trots att det är mycket tungt att lyfta patienter, detta moment är det tyngsta inom sjukvården, finns inte någon undersökning över omfattningen av detta lyftarbete. Personer som har arbetat med vårdtyngdsmätning, HCK och sjukvårdsbiträdenas fackliga sammanslutningar samt några lärare på sjuksköterskeskolor kan inte erinra sig någon sådan undersökning. Vid studium av litteraturen om vårdtyngdsmätning har inte heller någon sådan kunnat identifieras. Mot den bakgrunden har våren 1974 den aktuella undersökningen gjorts.

Material

Basmaterialen har varit uppgifter insamlade genom en enkät till drygt 60 sjukhusavdelningar i Stockholmsområdet. Denna enkät besvarades av 44 avdelningar. Dessutom har uppgifter insamlats om vårdplatser från Socialstyrelsen (PB 3). Uppgifterna hämtades från den senaste tillgängliga översiktliga statistiken över sjukvårdsförvaltningens företagsekonomiska statistik 1972. (Del 1: Lasarett för huvudsakligen somatisk vård respektive soma-

tisk och psykiatrisk vård. Vårdplatser, intagningar och vård dagar.)

Från Socialstyrelsens statistiska avdelningar inhämtas uppgifter om antalet besök på sjukhusbundna akutmottagningar under 1971, vilket är senast tillgängliga år.

Handikapporganisationerna uppskattar antalet rullstolsbundna till 30 000 personer men hänvisar till att någon pålitlig statistik inte finns på detta. Uppgiften är i sin tur angiven av professor Brattgård i Göteborg.

Från Statistiska Centralbyrån har inhämtats uppgifter om antalet ålderdomshemspplatser 31 december 1972 (senast tillgängliga år).

Utanför sjukhus finns olika grupper av invaliderade som ingår i lyftintensiva grupper. Antalet invaliditetstillägg var 1971 (senast tillgängliga år) 12 068. Invaliditetstillägg utgår som ett tillägg på ålderspension, förtidspension eller sjukbidrag, under förutsättning att den försäkrade antingen är blind eller ur stånd att reda sig själv och på grund av härav vid upprepade tillfällen dagligen är i behov av en annan person. Hemsjukvårdsbidraget utgår till stöd för skötsel i hemmet av sådan långvarigt sjuk som på platsbrist inte kan tas om hand i långtidsvård. Även denna grupp är lyftintensiv. Begränsningarna i kalkylerna kommer att anges senare.

Metoder

En enkät utsändes till drygt 60 sjukhusavdelningar i Stockholm. Avdelningarna var icke slumpmässigt valda. Urvalet gjordes i stället så, att lyftintensiva sjukhusområden skulle täckas in på ett tillfredsställande sätt. Långvårdsavdelningar är därför väl representerade i materialet. Även på invärtesmedicinska avdelningar är vårdarbetet numera tungt, genom att närmare 80 % av patienterna tas in akut. Medelåldern är i allmänhet hög.

Tabell 1. Svar på enkät om lyfthjälp (Lyft per dygn).

		Blandad avd.		Kvinnlig avd.		Blandad avd.	
		Medicin	Kirurgi	Ortopedi	Gyn.	BB	Långvård
Antal avd.		5	4	4	6	4	21
Antal lyft		764	118	763	56	46	7 285
Antal vårdade		154	100	128	118	76	761
Antal vårdade som behövt lyfthjälp		48	20	77	27	4	501
Mekaniskt lyfthjälpmedel							
<i>tillgängligt</i>	ja	4	4	4	0	0	20
	nej	1	0	0	6	4	1
	obesv.	—	—	—	—	—	—
<i>använt</i>	ja	1	0	0	1	0	9
	nej	3	4	4	2	1	11
	obesv.	1	0	0	3	3	1
<i>Använt antal ggr</i>		4	0	0	2	0	76

Det var angeläget att också skaffa sig en uppfattning om lyftarbetets volym på kirurgiska och ortopediska avdelningar, också på gynekolog- och barnbördsavdelningar. I enkäten som skulle besvaras av avdelningsföreståndaren men som ut-sändes till klinikchefen skulle för det första besvaras hur många lyftningar under ett dygn som gjordes, på viss avdelning av specificerad karaktär, dessutom hur många patienter som vårdas på avdelningen. Man skulle också ange hur många av patienterna, under det givna dygnet, som behövde lyfthjälp. Detta för att kunna uppskatta hjälpbehovet både som antal lyftade patienter och som antalet lyftningar. För att också se om befintliga lyfthjälpmedel var i användning eller ej ställdes också en fråga därom.

Undersökningens grundmaterial har sedan bearbetats vidare för att få fram mått på lyftintensiteten samt vissa spridningsmått. Resultatet av dessa bearbetningar finns i tabell 2.

Av tabell 1 framgår klart att tillgängliga meka-

niska lyfthjälpmedel inte används. Det finns tillgängligt på inte mindre än 32 avdelningar, dvs 72,7 % av samtliga, men har kommit till användning bara på 11. Även på de tungt belastade långvårdsavdelningarna är det bara 9 av 21 lyftar som har kommit till användning. Det finns uppenbarligen ett stort oanvänt kapital som av olika orsaker inte kommer till nytta för att minska lyftarbetet.

I tabell 2 framgår klart det stora antalet lyft som görs på medicin- och långvårdsavdelningar som alltså i detta avseende liknar varandra. Detta motsvarar resultatet i diagnoskategorier som har visats från andra undersökningar. Ortopedavdelningar är också klart lyftintensiva; drygt 60 % av ortoped- och långvårdsavdelningarnas patienter behöver lyfthjälp mot 31,2 % av medicinavdelningens patienter. Gynekolog- och BB-avdelningarna är som väntat relativt litet arbetskrävande och gynekologavdelningarna något mera krävande än BB-avdelningarna.

Tabell 2. Lyftarbetets fördelning.

Medelantal lyftningar per dygn/pat. som behöver lyftas	15,92	5,90	9,91	2,07	11,50	14,54
Medelantal lyftningar per totalantal vårdade pat.	4,96	1,18	5,96	0,47	0,61	9,57
Genomsnittligt procentuell andel av vårdade pat. som behöver lyft (medelfel anges)	31,2 ±3,7	20,0 ±4,0	60,2 ±4,3	22,9 ±3,9	5,3 ±2,6	65,8 ±1,7

Tabell 3. Procentuell fördelning av sluten-vårds-platser i Sverige 1972.

Fördelning på specialiteter	%
Medicin	17,29
Kirurgi	18,82
Gynekologi	4,04
BB	5,14
Långvård	18,88
Summa av dessa	64,17
Övriga	35,83
Summa	100,00

Från Socialstyrelsens driftsekonomiska statistik i tabell 3 finns den procentuella fördelningen av sluten-vårds-platser dvs sjukhusplatser i Sverige. Vi ser här att de undersökta specialiteterna som finns representerade i enkäten täcker 2/3 av samtliga vårdplatser i landet. Enkäten är på detta sätt representativ.

I tabell 4 finner vi en uppskattning av antal dagliga lyft i de specialiteter som har ingått i enkäten. Siffrorna är presenterade dels som medeltal, dels som det högsta och lägsta rapporterade värdet per specialitet. Exakta siffror har angivits men detta innebär ju inte alls att talen är exakta utan endast att avrundningarna inte har gjorts.

I tabell 4 ingår inte den ortopediska specialiteten då dess platsantal i helheten är relativt begränsad. Den togs med i enkäten för att pejla lyftvolymen i en lyftintensiv mindre specialitet.

Bland övriga specialiteter som inte ingår i en-

Tabell 4. Antalet dagliga lyft i svensk sjukvård med hänsyn till sluten vård och specialitet.

	Uppskattning av antal lyft		
	Låg	Medel	Hög
Medicin	0	50 304	101 420
Kirurgi	6 390	13 026	22 486
Gynekologi	473	1 102	1 972
BB	0	1 839	5 023
Långvård	36 226	105 930	202 222

käten är medicinsk barnklinik, öron-, näs- och halsklinik, ögonklinik, specialiteter med en låg lyftintensitet, så också barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Allmän sjukavdelning vid odelat lasarett och radiologisk klinik är sannolikt något mera lyftintensiva men bidrar endast med 1,9 % av samtliga tillgängliga platser. Dess inverkan på en översiktskalkyl blir alltså liten. Psykiatrisk klinik är klart litet lyftintensiv. Däremot är de f d mentalsjukhusen av blandad karaktär, avdelningar där just ingen lyfthjälp krävs till de psykogeriatriska avdelningarna, som närmast är att jämställa med långvårdsavdelningar. Totalt sett torde psykiatriska kliniker och då f d mentalsjukhus av flera skäl antas vara rätt litet lyftintensiva.

Uppskattning av lyftarbetet i Sverige på en dag

Tabell 5 avser att sammanfatta en framställning om hur många lyft som görs på patienter i Sverige under en dag. Tre olika nivåer har angetts: låg, medeltalet eller hög nivå, för de fem specialiteterna medicin, kirurgi, gynekologi, BB och långvård.

För övriga vårdplatser har i kalkylen tabell 5 antalet vanliga lyft antagits vara det lägsta värdet för antal lyft som en medicinsk klinik, som en kirurgisk klinik och som en gynekologisk klinik har. Denna uppskattning kan alltså vara något för låg om de f d mentalsjukhusen har en påtagligt hög lyftintensitet. Det utgör totalt 8 % av samtliga lasaretsplatser. Mindre men mycket vårdintensiva grupper som omhändertagandet av utvecklingsstörda som är för sig lyftintensiva torde knappast påverka en översiktlig kalkyl som denna. I alternativ 1 för invaliditetstillägg och hemsjukvårdsbidrag har jag antagit att samtliga med invaliditetstillägg har hemsjukvårdsbidrag. Detta är sannolikt inte säkert, men leder i varje fall till att man inte överskattar gruppens storlek. När det gäller hemsjukvårdsbidragen, som alltså 1972 gällde 34 724 personer så motsvarar detta ju under året utdelade bidrag. Dessa har ju inte funnits under hela året varför man i den termen får en överskattning, trots att hemsjukvårdsbidragen ändå måste betraktas som en långvarig bidragsform, säkert över halvåret. Överskattningen är alltså inte särskilt markant. Det alternativ som

Tabell 5. Kalkyl över antalet lyft av sjuka i Sverige under en dag. Procentuell fördelning av lyftarbetet på vårdområden

Vårdområde	Låg	%	Medel	%	%	Hög	%	%
	—	—		I	II		I	II
Medicin	0	—	50 304	9,3	8,6	101 420	10,0	9,2
Kirurgi	6 390	5,9	13 026	2,4	2,2	22 486	2,2	2,0
Gynekologi	473	0,4	1 102	0,2	0,2	1 972	0,2	0,2
BB	0	—	1 839	0,3	0,3	5 023	0,5	0,5
Långvård	36 226	33,4	105 930	19,6	18,1	202 222	20,0	18,3
Övriga	0	—	12 162	2,2	2,1	17 018	1,7	1,5
Medeltal lyft på en dag på akutmottagning på sjukhus	3 025	2,8	6 165	1,1	1,1	10 643	1,1	1,0
Ålderdomshemsplatser	62 400	57,5	178 800	33,0	30,5	303 939	30,0	27,6
Personer med invaliditetstillägg och hemsjukvårdsbidrag alt I	0	—	172 231	31,8	..	347 231	34,3	..
Personer med invaliditetstillägg och hemsjukvårdsbidrag alt II	0	—	217 124	..	37,0	437 750	..	39,7
Summa	108 514		alt I 541 569 alt II 586 462			alt I 1 011 954 alt II 1 102 473		

här har beräknats för låg, medel och hög i tabellen, har framtagits så att det framförallt gäller medicinska fall som sköts i hemmet. Värdena för den medicinska kliniken borde alltså kunna användas här. För *låg* har upptagits det lägsta för medicinsk klinik, för *medel*, medelvärde för den medicinska kliniken och det högsta värdet har tagits från det högsta värdet för en medicinsk klinik i enkäten.

Alternativ 2 innebär att hemsjukvårdsbidrag och invaliditetstillägg endast sammanfaller till 25 %, i övrigt är beräkningen på alternativ 2 gjort som för alternativ 1.

I uppskattningen av lyftarbetet på akutmottagningar ingår flera svårigheter. Klientelet är mycket heterogent, alltifrån ytterligt enkla bagatell-åkommer till personer som dör efter någon minut efter inkomsten. Det är alltså svårt att uppskatta volymen lyfthjälp inom denna sektor utan att göra speciella studier. För att inte ge annan sektor alltför stor tyngd har som bas för beräkningarna använts de värden för kirurgisk klinik som framkommit i enkäten. Det högsta medelvärde samt det lägsta för sådana kliniker har använts.

För ålderdomshemssidan är beräkningarna även

där svåra att göra. Det är ostridigt att flera ålderdomshem har karaktären av långvårdssjukhus även om det principiellt inte skulle vara så. Å andra sidan är det formella kravet att den intagne skall kunna klara sig själv. Från detta krav får man emellertid bortse i de allra flesta fall. Osäkerheten inom den här sektorn måste alltså anses vara betydande. Jag skulle tro att de siffror som här har kommit fram är något för höga. Bastalet, som här har valts, är de siffror för genomsnittligt antal lyft som i enkäten funnits för ortopedklinik samt det högsta och det lägsta för sådan klinik för respektive alternativ i tabell 5.

I tabell 5 har inte inkluderats några kalkyler på det lyftarbete som rullstolsbundna individer innebär. Grunduppgiften måste anses som osäker, dessutom finns säkert en hel del rullstolsbundna personer på långvårdssjukhus och invaliditetstillägg eller hemsjukvårdsbidrag.

Sammanfattningsvis visar tabell 5 att långvårdssjukhusen står för 18,1—33,4 % av samtliga lyft. På den medicinska kliniken finner vi en spridning på 0—10 %. Den påfallande stora del som lyftarbete utanför sjukvården innefattar kräver säkert en specialstudie, för att närmare be-

stämman dess storlek. Emellertid ger denna översiktliga kalkyl, med dess bristfälligheter som ovan presenterats, vid handen att minimum ca 100 000 lyft äger rum varje dag och maximum ca 1 miljon lyft och i medeltal en dryg halv miljon. Ovan angivna svaga punkter i kalkylen bör om så är nödvändigt närmare underbyggas med data från nya separata studier.

En omständighet som ju begränsar mera vittgående slutsatser av kalkylen är innebörden i ordet "lyftning". I enkäten definierades lyftning så att "man för behandling eller vård av en patient måste lyfta patienten eller rulla över patienten på sidan. Det gäller alltså patienter som inte själva kan klara av dessa moment". Även om en mera

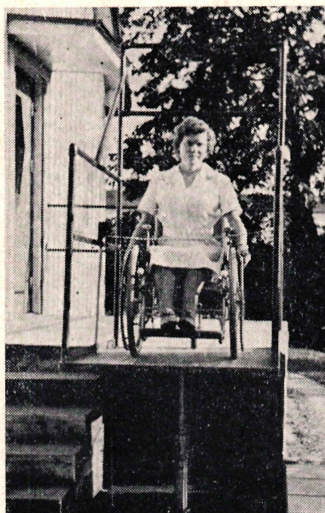
formellt strikt definition av lyftning eller lyftningstyper skulle kunna användas bedömer jag det som olämpligt i ett inledande skede. Det är angeläget att i stället överlämna till vårdpersonalens eget omdöme att bestämma vad lyftning är. Man kan utgå ifrån att både avdelningsföreståndare och biträden har rätt väl klart för sig vad lyftning innebär. Man måste å andra sidan dela upp lyft i en- och tvåmanslyft, om hela patienten skall lyftas eller om det bara gäller överkroppen, om det gäller att lyfta en patient från halvliggande till halvsittande etc. Svaret på sådana frågor löses bäst vid intensivstudier på enskilda avdelningar. Där är långvårdsavdelningen ett naturligt arbetsområde.

LYFTPLATTAN LIFT

Här har vi nu fått en Billig och Bra lyftplatta som passar till de allra flesta yttertrappor utan att störa omgivningen. Den är lättmanövrerad, utan för många rörliga delar.

Allt Du behöver göra är att trycka på en strömbrytare, så kommer plattan upp. Eftersom trappträcket följer med, kan Du köra under träcket ut på lyftplattan — trycka på strömbrytaren och åka ner — samtidigt som Du är nere är trappträcket på plats.

Närmare uppgifter om pris och ansökningshandlingar lämnas gärna av



CARL LJUNGBERG Önnestad

Bygatan 97, 291 69 Kristianstad
Tel. 044/704 83 - 704 59

Svenskt Patentnummer 329 493
Norskt Patentnummer 131 870