

Långtidssjukvård och åldringsvård

I anslutning till "Sjukhus 70" hölls en kurs i långtidsvård (maj 1970). SMT har fått ta del av inledningsanförandena vid kursen. Materialet är dels tämligen omfattande, dels vid det här laget över ett år gammalt. Det är därför inte möjligt att återge det i dess helhet. SMT har i stället valt, att sätta in korta sammandrag av inledningsanförandena i något som kallas en generell planeringsmodell för långtidsvård och åldringsvård. Materialet har också kompletterats med ett par andra artiklar. För den sammanbindande texten svarar Axel Gisslén, Göteborg.

Skiss till generell planeringsmodell

Långtidssjukvård och åldringsvård hör till de kritiska sektorerna i vårdapparaten. Resursbehovet är stort och snabbt växande. Arbetet är tungt och utövar inte samma lockelse på olika personalkategorier som andra vårdområden. Så mycket mer angeläget är det, att långtidsvårdssektorn blir föremål för omsorgsfull planering.

Mycken information och analys blir ineffektivt utnyttjad därför att den inte sätts in i en metodiskt uppbyggd planering, där olika slag av information och analys samverkar till en konsistent enhet. Låt oss utgå från en enkel planeringsmodell med följande fem steg:

1. **nulägesbeskrivning**
2. **behovsanalys**
3. **mål**
4. **vårdorganisation**
5. **utbyggnadsprogram**

Inom ramen för dessa fem huvudsteg bör det vara möjligt att överblicka all relevant information och väga samman den med erforderliga ställningstaganden till ett hållfast utbyggnadsprogram. Inledningsanförandena vid kursen om långtidsvård faller väl in inom denna ram.

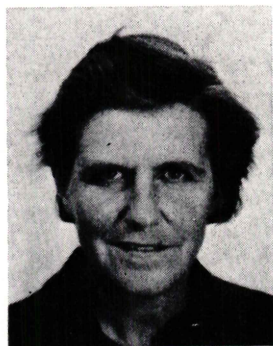
1. Nulägesbeskrivning

Nulägesbeskrivningen är en nödvändig utgångspunkt för planeringen. Den hör också till det som är lättast att åstadkomma eftersom erforderliga data är relativt lättåtkomliga. För den praktiska planeringen hos resp huvudman är det emellertid angeläget, att den kvantitativa beskrivningen kompletteras med en kvalitativ sådan. Vilken standard har platsbeståndet? Den frågan har två aspekter. Vilken vårdstandard för patienterna möjliggör vårdplatsernas kvalitet? Svaret på den frågan bör egentligen även rymma sådana dimensioner på standard som avstånd till hemort och anhöriga. Den andra aspekten på platsbeståndets standard är driftsekonomin. Möjliggör lokalerna en rationell drift, en rationell hushållning med arbetskraft etc?

Anlägger man ett riksperspektiv på nulägesbeskrivningen framstår de regionala variationerna i platstillgången som ett intressant fenomen. Hur ser den faktiska vårdsituationen ut i olika regioner när platstillgången varierar mellan 2,6 och 6,4 per 100 invånare från 70 år och uppåt? Är vårdbehovet lägre eller tillgodoses det i alternativa former i landsändar där platstätheten är lägst? Vad innebär i så fall dessa alternativ? Det är frågor för vars besvarande även nästa steg i planeringsmodellen behöver aktualiseras, nämligen behovsanalysen.

Dr Ulla Edin i socialstyrelsen redovisade vid kursen i långtidsvård nu-läget för den somatiska långtidssjukvårdens resurser. Ett sammandrag av hennes anförande får representera nulägesbeskrivningen i planeringsmodellen.

Nuläget beträffande vårdplatser för den somatiska långtidssjukvården



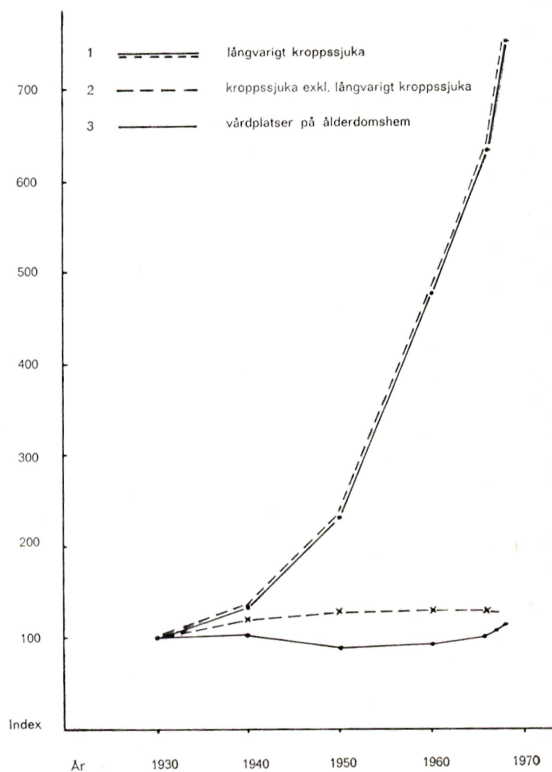
Ulla Edin

I denna artikel redovisar dr Ulla Edin vid socialstyrelsens avd för långtidsvård nuläget beträffande resurser för denna vård. Antalet vårdplatser i riket närmar sig normen 5,5 per 100 invånare i åldern 70 år och äldre. Stora regionala variationer förekommer emellertid.

Vårdplatser i hela riket

Antalet vårdplatser för somatisk långtidssjukvård drivna av landsting och primärkommuner var totalt — enligt sjukhusförteckningen 1969 samt med de ändringar av vårdplatsantal som anmälts av huvudmännen — ca 30 400 den 1.1.1970. Då påbörjad och planerad nybyggnad med byggstart senast 1970 blir färdigställd tillkommer ytterligare ca 7 660 vårdplatser varefter det totalt i riket kommer att finnas ca 38 070 vårdplatser för somatisk långtidssjukvård drivna av landsting och primärkommuner. Man torde kunna räkna med att huvuddelen av nytillskottet kommer att bli färdigt under 1971 eller 1972. Förutom vårdplatser på inrättningar drivna av landsting och primärkommuner finns det sammanlagt ca 1 790 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på enskilda vårdhem. Diagram 1 visar indexökningen av antalet vårdplatser för långtidsjukvård, från kronikervården på 1930-talet till 1970-talets kvalificerade långtidssjukvård i jämförelse med vårdplatsökningen inom övrig somatisk sjukvård och totala antalet platser på ålderdomshem. Den kraftiga indexökningen av antalet långvårdsplatser beror på den stora satsningen på vårdplatser som krävts för att bemöta det ökade vårdplatsbehovet

Diagram 1. Indexutveckling av antalet vårdplatser



Källuppgifter för 1—2: Allmän hälso- och sjukvård, 1967, och för
3: Statistiska centralbyrån för åren 1930—1967. Socialstyrelsen för år 1968.

och den ökade vårdplatsefterfrågan, som i sin tur är en följd av förändrade demografiska, sociala och medicinska faktorer.

Antalet vårdplatser 1.1.1970 motsvarade 4.3 vårdplatser per 100 invånare i åldern 70 år och äldre.*) Då den 1.1.1970 pågående och planerade utbyggnaden av vårdplatser blir klar kommer antalet vårdplatser drivna av landsting och primärkommuner att motsvara 5.3 vårdplatser per 100 invånare i åldern 70 år och äldre (räknat på befolkningen 1970).

Vårdplatstillgången kommer alltså vid den tidpunkten att motsvara i det närmaste den norm på 5.5 vårdplatser per 100 invånare i åldern 70 år och äldre som angivits i läkarprognosutredningen och som hitintills för många sjukvårdshuvudmän varit vägledande vid planeringen av den slutna somatiska långtidssjukvården. Det växande kravet på långtidssjukvård har gjort det nödvändigt med denna väldiga satsning på somatisk långtidssjukvård under de senaste åren. En bidragande orsak till att den snabba ökningen av vårdplatsantalet har kunnat ske har säkerligen varit det statliga lånestödet till sjukhemsbyggnader, som infördes för att stimulera utbyggnaden och som utgått jäml KK 29.5.1964 (SFS nr 411). De fördelaktiga lånemöjligheterna för nettotillskottet av vårdplatser finns ej för byggnadsföretag påbörjade efter 31.12.1969.

Stora regionala variationer

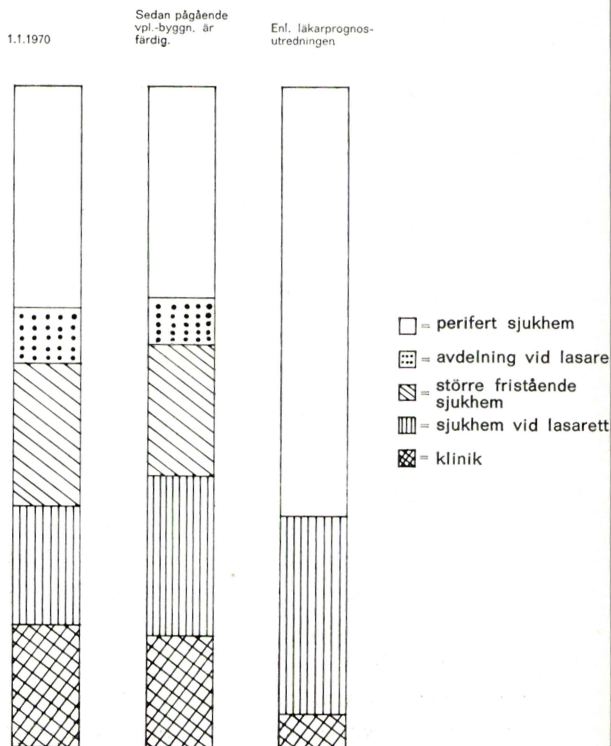
Som ovan nämnts motsvarade antalet vårdplatser för hela riket den 1.1.1970 4.3 vårdplatser per 100 invånare i åldern 70 år och äldre, men stora variationer förekom. Högst antal vårdplatser hade Stockholms stad, Södermanlands län och Stockholms län med 6.4, 5.6 respektive 5.4 vårdplatser under det att Gävleborgs, Jämtlands och Jönköpings län hade minst antal vårdplatser: 2.6, 2.9 respektive 3.0 vårdplatser per 100 invånare 70 år och äldre.

Efter det att den påbörjade och planerade ut-

byggnaden av vårdplatser med igångsättning senast under 1970 är färdig kommer antalet vårdplatser i riket som ovan nämnts att motsvara 5.3. Högst vårdplatsantal får Stockholms län och Stockholms stad (som vid den tidpunkten har sammanslagits), Södermanlands län och Göteborgs stad med 7.0, 6.9, 6.7 respektive 6.6. Minst antal vårdplatser får Jämtlands, Skaraborgs och Kristianstads län med 3.7, 3.9 respektive 4.0, alla värden räknade per 100 invånare 70 år och äldre 1970. I detta sammanhang kan dock framhållas att vårdplatser för det psykiatriska klientelet i varierande utsträckning i olika sjukvårdsområden finns även inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Diagram 2 visar vårdplatsernas fördelning på olika institutioner för långtidssjukvård dels den 1.1.1970, dels efter det att pågående och planerad nybyggnad är färdigställd. Som framgår av diagrammet var den 1.1.1970 18.6 procent av långvårdsplatserna vid kliniker, 17.9 procent var

Diagram 2. Fördelningen av vårdplatser på olika inrättningar för somatisk långvård



*) Befolkningsuppgifter enligt SCB:s befolkningsprojektion för kommunblocken tab 3 med flyttningsantagande. (SOS 1969)

vid lasarettens anslutna sjukhem, 21.6 procent vid större fristående sjukhem, 8.4 procent vid långvårdsavdelningar anslutna till medicinkliniker, lasarett för lungsjukvård eller odelade lasarett samt 33.5 procent av vårdplatserna vid perifera sjukhem, i regel anslutna till läkarstation eller vårdcentral. Av diagrammet framgår även läkarprognosutredningens beräknade fördelning av vårdplatser. Av läkarprognosutredningens beräknade behov av 40 000 vårdplatser 1970 beräknades 5 procent vara på klinik, 30 procent på centralt sjukhem och 65 procent på perifert sjukhem.

Det är huvudsakligen somatiskt långtidssjuka patienter i den organiserade hemsjukvården.

Hemsjukvårdens organisation och kvantitativa och kvalitativa resurser är varierande inom olika sjukvårdsområden.

2. Behovsanalys

Vårdbehovet består av flera komponenter. En viktig komponent, **nuvarande vårdkonsumtion**, bör framgå av nulägesbeskrivningen. En annan komponent är **registrerad** men ännu ej tillgodosedd **efterfrågan**, d v s köer. En tredje komponent är **dolt behov**. Ingen behovsanalys är tillfredsställande förrän även det dolda behovet har uppskattats. Det förutsätter att patientinventeringar och sammanställningar över väntelistor etc kompletteras med stickprovsundersökningar av hela den aktuella populationen. Den uppsökande verksamhet, som har börjat byggas ut, kan bli ett värdefullt instrument för framtida behovsanalys.

Ett viktigt krav på behovsanalysen är att den ger tillräckligt nyanserad information om vårdbehovet. Finns en sådan differentiering i totalbehovet att en motsvarande differentiering av vårdresurserna är önskvärd? Ett svar på den frågan är nödvändigt för att kunna tillämpa LEON-principen i resursplaneringen (lägsta effektiva omhändertagandenivå).

Behovsanalysen måste också utmytna i en prognos. Dagens resursplanering skall tillgodose vårdbehovet om åtskilliga år. Befolkningsprognoserna ger särskilt för de högre åldersgruppernas del tämligen säker information om befolkningstal åtminstone för en tioårsperiod framåt. Har behovsanalysen utvisat en viss

I RUPRO 69 — rullande prognosundersökning 1969 — har sammanställts uppgifter från huvudmännen bl a rörande utvecklingen av kostnaden för hemsjukvård samt antalet bidragstagare i hemsjukvård åren 1968—1975.

Med utgångspunkt från uppgifterna i RUPRO 69 beräknas år 1970 antalet patienter med hemsjukvårdsbidrag i riket till 5.3 per 100 invånare 70 år och äldre samt kostnaderna för hemsjukvårdsbidragen per 100 invånare 70 år och äldre till 188 kronor. Utvecklingstendensen av hemsjukvården enligt RUPRO 69 visar ökning av denna vårdform fram till 1975.

behovsfrekvens i nuläget kan den frekvensen multipliceras med antalet personer i de åldersgrupper, som kan sägas utgöra målgrupp för långtidsvården. Den prognostekniken kan emellertid behöva nyanseras — och kompliceras. En sak är att behovsfrekvensen varierar för låt oss säga varje femårsintervall i ålderspyramiden. En annan sak är att behovsfrekvensen sannolikt förändras över tiden. Därvidlag kan historiska data ge viss vägledning. Under lång tid har skett en förskjutning av vårdansvaret från enskilda till samhället. Det sammanhänger med djupgående förändringar i hushållsstruktur och frekvens av förvärvsarbete bland kvinnorna. I en fördjupad analys är det önskvärt att söka kartlägga och kvantifiera de faktorer i samhället, som påverkar behovsfrekvensen.

En sådan fördjupning av analysen är angelägen också för att få underlag för förebyggande åtgärder. Men då måste den kvantitativa behovsanalysen vidgas till en kartläggning av viktiga sidor av hela livssituationen. Till dessa viktiga sidor hör bostad, aktivitet, kontaktmönster, kostvanor etc.

Överläkare Leif Weine Nilroth redogjorde vid kursen i långtidsvård för en rad behovsberäkningar, som utförts på skilda håll. Från Skaraborgs läns landsting redovisas en nyligen utförd undersökning.