

Långtidsvård: behovsberäkningar



Leif Weine Nillroth

I nedanstående artikel redogör överläkare Leif Weine Nillroth, Arvika, för ett stort antal utredningar om behovet av långtidsvård. Resultaten uppvisar stora variationer. Till svårigheterna hör att det inte kan uppställas någon entydig definition på vårdbehovsbegreppet. Vidare saknas exakta mätmetoder.

När det gäller att bedöma vårdplatsbehovet inom långtidssjukvården så är bedömningen av befolkningsutvecklingen av väsentlig betydelse. Man måste dels ta hänsyn till den förändring i ålderssammansättningen, som kommer att ske och dels till andra förändringar, t. ex. avfolkningen i vissa bygder.

Behovsnormer

För att beräkna behovet av sjukvård har många olika behovsnormer framförts. *Statens sjukhusutredning* SOU 61 år 1947 uppskattade i ett av sina betänkanden antalet kroniskt sjuka till 3 à 4 o/oo av befolkningen och föreslog en utbyggnad av kronikervården till 3 o/oo, vilket då motsvarade ungefär 20.000 vårdplatser.

Inom *Stockholms läns landsting* företogs år 1956 en utredning av behovet till 37,4 o/oo av befolkningen över 67 år och man ansåg att nära hälften av de långvarigt sjuka skulle kunna vårdas i hemmet.

I *regionssjukvårdsbetänkandet* SOU 26 år 1958 angavs vårdplatsbehovet till 3 à 3,5 o/oo av befolkningen.

Under de senaste 10 åren har en hel del större undersökningar genomförts för att söka fastställa vårdbehovet inom långtidssjukvården. Vi skall nu titta litet närmare på en del av dessa undersökningar.

År 1958 och 1959 genomfördes den s. k. *Uppsala-lautredningen* av Berfenstam-Hedqvist. Denna omfattade endast vårdbehovet bland ålders- och förtidspensionärer i Uppsala län. Tre huvudvårdsgupper angavs där, nämligen ålderdomshem, långtidssjukhem och senilavdelningar. Man gjorde sedan en inventering i flera kommuner av olika social sammansättning och sökte fastställa vårdbehovet inom de ovan nämnda huvudvårdgrupperna. Man avvägsatte om patienterna passade in i någon av grupperna eller om fortsatt hemsjukvård var lämplig. Avgörande om en patient skulle kvarstanna i hemsjukvård eller ej var först och främst patientens tillstånd, om detta var sådant att det medgav sådan vård, och vidare hur hemmamiljön var, om bostaden var lämplig och de övriga förhållandena var sådana att en betryggande hemsjukvård kunde ordnas. Gränserna var naturligtvis osäkra. Man beräknade att 4 o/oo av länets totala befolkning skulle vara i behov av långtidssjukvård. En del av dessa borde dock intagas på s. k. senilavdelningar och om man frånräknade dessa kvarstod 2,8 o/oo av befolkningen. Detta behovstal kan jämföras med *SPK som vid inventeringen* år 1962 beräknade för Uppsala läns landstingsområde ett vårdbehov för långtidssjuka på 4,2 o/oo av totalbefolkningen.

Läkarprognosutredningen beräknade i sitt betänkande av år 1961 vårdplatsbehovet inom lång-

tidssjukvården till 4 o/oo av totalbefolkningen eller 55 o/oo av befolkningen i åldern 70 år eller däröver. Denna siffra bygger icke på någon särskild undersökning utan är i stort sett baserad på Berfenstam-Hedqvists utredning, som jag nyss redogjort för. I denna läkarprognosutredning har begreppet långtidssjuk fått en relativt omfattande definition och omfattar sjuka, som är i behov av en längre tids vård, vare sig sjukdomstillståndet är orsakat av till det fysiologiska åldrandet hörande processer eller av annan långvarig sjukdom och kommer sålunda i praktiken även att innefatta de med senilitet sammanhängande kroniska mentala sjukdomstillstånden, de s. k. senila demenserna, som man ansåg skulle kunna vårdas på kroppssjukhemmen istället för på mentalsjukhusen. Hur stor andel senildementa som ingår i prognosen finns dock ej angivet. Om man inkluderar dessa senildementa i prognosen beräknade man ett platsantal på nära 41.000 för år 1970 och 46.500 år 1975.

År 1962 inventerade socialpolitiska kommittén SPK de långvarigt kroppssjuka här i landet. Man ville inte ange något speciellt promilletal men man beräknade det totala platsbehovet för långtidssjuka år 1970 till 37.700 och för år 1975 till 42.800, d. v. s. man kom fram till en något lägre siffra än läkarprognosutredningen hade angivit. För jämförelsens skull har siffrorna för de olika landstingen satts i relation till antalet personer fyllda 70 år. Platsantalet och antalet långtidssjuka visar stora variationer för olika delar av riket. Ur det begränsade material, som här redovisats, är det mycket svårt att dra några bestämda slutsatser om dessa stora regionala skillnader. En orsak som skulle kunna vara av utslagsgivande betydelse är att tillgången på vårdplatser har påverkat efterfrågan eller med andra ord landsting, som satsat kraftigt på en utbyggnad av långtidssjukvården, har också framkallat en ökad efterfrågan. Jag kommer emellertid till detta senare.

ÖHS-kommittén framlade år 1962 ett betänkande om sjukhus och öppen vård. Liksom läkarprognosutredningen bygger också detta betänkande på Uppsalaundersökningen och man anger att behovet av platser för somatisk långtidssjuk-

vård skulle motsvara 55 o/oo i åldern 70 år och däröver. Kommittén har, med utgångspunkt från Uppsalaundersökningen, vidare räknat med ett behov av 50 platser på ålderdomshem per 1.000 innevånare i samma ålder. Sammanlagda platsbehovet för ålderdomshem och långtidssjukvård skulle sålunda enligt ÖHS-kommittén vara 105 o/oo av befolkningen i åldern 70 år och däröver. Om dessa behovssiffror skall hålla förutsätter det emellertid en ordentligt utvecklad hemsjukvård, tillgång till pensionärslägenheter och service för pensionärerna.

År 1965 genomfördes en patientinventering i Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Dena inventering omfattade förutom de patienter, som vårdades på lasarett och sjukhem, även på ålderdomshem intagna, som bedömdes vara i behov av sjukhemsvård. Vidare ingick i undersökningen patienter som var uppsatta på väntelistor till sjukhem samt sådana som hade hemsjukvårdsbidrag, även dagsjukvårdspatienter ingick samt sådana patienter bosatta i Stockholms stad och län, som var intagna på vissa andra sjukvårdsinrättningar i landet i övrigt, t. ex. Riksförsäkringsverkets sjukhus, reumatikersjukhusen o. s. v.

Resultatet av denna inventering efter en rad korrigeringar blev att man kom upp till en behovsnorm på hela 72,5 o/oo. I denna siffra ingår 2,7 o/oo psykiatriskt klientel.

Den sålunda beräknade vårdplatsnormen, 72,5 o/oo, ligger alltså avsevärt högre än den behovsnorm på 55 o/oo, som angivits i andra refererade utredningar. Det framhölls även i denna utredning att dessa angivna behovssiffror förutsätter, liksom i övriga specialutredningar, tillgång på en god och i olika avseenden väl utbyggd åldringsvårdsservice. Sjukvården och den primärkommunala åldringsvården är ju i hög grad beroende av varandra.

Metod- och felkällor

Som synes har man utgått från olika behovsnormer, när det gäller att beräkna vårdbehovet. Att endast beräkna platsbehovet på grundval av totalbefolkningen är helt missvisande, då befolkningens åldersammansättning därvid inte kommer att

påverka resultatet. Att t. ex. beräkna vårdbehovet enligt normen 4 o/oo av totalbefolkningen ger ett helt felaktigt resultat, som jag vill belysa med några siffror. För Karlstads del angavs platsbehovet år 1975 till 435 platser enligt 4 o/oo-regeln. Beräknar man vårdbehovet istället efter 44 o/oo av befolkningen över 70 år kommer man fram till ungefär samma siffra, nämligen 445. Dessa två siffror stämmer ju tämligen väl överens med varandra i detta fall men för Arvika, som ligger i en avfolkningsbygd, blir siffrorna helt missvisande, nämligen 235 resp. 390, alltså i sistnämnda fallet hela 65 % för låg siffra, eftersom befolkningens åldersfördelning ju icke inverkade på det förra resultatet. De långtidssjuka utgöres ju till övervägande delen av äldre personer, då särskilt i 70 års åldern och därutöver. Den säkraste metoden för att fastställa vårdbehovet är därför, att man anknyter beräkningen till antalet innevånare över en viss ålder, t. ex. 70 år, som man ju gjort i de flesta av de utredningar, som jag har nämnt. Material för sådana utredningar har man tillgängligt i de patientinventeringar, som med jämna mellanrum har utförts, samt i Statistiska Centralbyråns beräkningar av den sannolika befolkningsutvecklingen i landets kommuner under perioden 1970 till 1985, som nyligen gjorts och som jag ju tidigare hänvisat till.

Någon entydig definition av vårdbehovsbegreppet kan icke uppställas och inte heller någon exakt metod att mäta det. Man får nöja sig med att utgå från vissa registrerade fakta eller erfarenhetsmässigt gjorda bedömningar rörande behovets omfattning inom de olika vårdnivåerna. Genom att använda sig av patientinventeringar och befolkningsstudier kan man dock erhålla ett underlag för bedömning av vårdbehovet, som kan anses som tillfredsställande. I de flesta utredningar har man kommit fram till behovsnormen 44 o/oo av befolkningen i åldern 70 år och däröver, men då har man icke inkluderat grupper av lättskötta, mentalt sjuka, som skulle kunna överföras från mentalsjukhus till kroppssjukhus. Om man tar med dessa så kommer man upp till en behovsnorm på 55 o/oo i de flesta undersökningar. I den sista Stockholmsundersökningen var

dock siffran betydligt högre, nämligen 71,5 o/oo. Även i denna siffra ingick en viss andel senillementa, nämligen 2,7 o/oo. Att behovsnormen blev så hög vid denna utredning torde bero på, att den bygger på en mycket noggrann inventering, där man även räknat med patienter i behov av dagsjukvård samt långtidssjuka, som primärt bedöms att även i fortsättningen lämpligen kunna vårdas vid ålderdomshem. Detta förhållande har kanske höjt upp siffrorna en aning men över huvud taget är jag personligen övertygad om att de flesta prognoser har räknats för lågt och att det *verkliga vårdbehovet inte är 55 o/oo utan säkerligen 65 o/oo*. Över huvud taget vill jag nämna att man kanske många gånger tar litet för enkelt på problematiken när det gäller att räkna ut ett vårdbehov. Att inventera patientbehovet är synnerligen svårt. Jag vill nämna några exempel på felkällor och faktorer, som man bör ta hänsyn till.

Det har visat sig att ju mer man satsar på långtidssjukvård, ju mer platser man bygger, desto större blir efterfrågan. Det finns således ett stort latent behov av långtidssjukvård. Bristen på vårdplatser har alltså hållit tillbaka efterfrågan. Man kan alltså här tala om behovens relativitet. Ett annat förhållande, som säkert utgör en förklaring till att behovsberäkningarnas resultat kan variera ganska mycket från en ort till en annan, är den tänjbara gränsdragningen mellan långvårdsplatser och ålderdomshemsplatser. I nödsituationer innebär ålderdomshemsplatserna en platsreserv. Denna utnyttjas utan tvekan i mycket hög grad på många håll i landet och kommer så att ske under lång tid framöver. Sålunda beräknade man t. ex. för 4 år sedan antalet patienter på Norrköpings ålderdomshem, som var i behov av sjukhemsvård, till omkring 160. En ny inventering idag skulle säkerligen ge en betydligt högre siffra.

En annan faktor, som man måste räkna med, är den likaledes radikala förändringen av de långtidssjukas attityd till långvårdssjukhuset. För inte så länge sedan uppfattades den s.k. kronikeranstalten som en slutstation. Idag är det relativt sällan som man hos de sjuka möter en sådan inställning. De flesta är medvetna om att man på lång-

tidssjukhusen får möjlighet till bot och bättring. Rädslan för de s. k. kronikerhemmen medförde ofta förr att de anhöriga sökte vårda sina sjuka hemma så länge det gick. Idag är de anhöriga ofta måna om att de sjuka skall få komma in på sjukhusen, samtidigt som många människor idag också känner mindre ansvar för sina anhöriga och istället anser att det bör vara det allmännas angelägenhet att ta hand om de sjuka och gamla. Dessa faktorer har naturligtvis också ökat efterfrågan avsevärt. En annan faktor, som också i hög grad ökat efterfrågan på vårdplatser, är förändringen av samhällsstrukturen de sista årtiondena, som medfört att villkoren för långtidsvård i hemmen i hög grad har försämrats och försämrats för varje år som går. Detta beror på många faktorer, inte minst på att ungdomarna flyttar hemifrån, från landsbygden, till det mera lönande industriarbetet i tätorterna och de åldrande föräldrarna lämnas ensamma hemma och har ingen som kan sköta om dem. Trångboddheten i städerna medför också sämre möjligheter för långtidsvård i hemmen. Dessutom förutsätter samhällsproduktionen idag, att även kvinnor i arbetsföra åldrar skall ut i arbetslivet och kan sålunda inte vara hemma och sköta om sjuka anhöriga. Detta är en oerhört viktig faktor, som belastar sjukhem och ålderdomshem i mycket hög grad och som kommer att öka belastningen i framtiden, i all synnerhet i dessa tider som man ju så våldsamt propagerar för att få ut kvinnorna på arbetsmarknaden. Samtidigt måste man ju dock medge att möjligheterna till hemsjukvård ur många andra synpunkter har förbättrats avsevärt de sista åren i form av hemsjukvårdsbidrag, mer välutbildade hemsamariter och social service m. m. Det ökade antalet trafikolyckor de senaste åren tillför också långvården ett stort antal patienter och då ofta i relativt unga åldrar. Jag vill också här nämna den mycket starkt ökande sjukvårdsfrekvensen med stigande ålder. För män är således sjukvårdsbehovet för en 55-åring dubbelt så stort som för en 40-åring och för en 65-åring är det tre gånger så stort och för en 75-åring är det fyra gånger så stort. För kvinnor är denna siffra en aning lägre. Som sagt, någon entydig definition

av vårdbehovsbegreppet kan man således inte uppställa och inte heller har vi någon metod att mäta det exakt. Jag tror emellertid att den bästa metoden är i direkta fältundersökningar. Då kan man få något sånär pålitliga siffror på behovsnivån. Sådana fältundersökningar kan direkt kopplas samman med de inventeringar som de sociala myndigheterna numer genomför på olika håll i landet för att fastställa behovet av åldringsvård och annan kommunal service. Jag ser därför fram med intresse på dessa inventeringar, som nu göres och som snart skall startas på många håll.

Av det ovan sagda förstår man att den kraftiga utbyggnaden av långtidsvården som skett ändå inte på långt när har räckt till. År 1940 hade man endast 5.300 långvårdsplatser och idag har man uppemot 40.000 platser och ändå är det inte tillräckligt. År 1980 beräknar man att få över 50.000 platser, alltså en tiodubbling mot 1940, men samtidigt har ju antalet pensionärer ökat från 1/2 milj. till 1 1/4 milj. Jag är övertygad om att i de flesta prognoser man gör, så är det en stor risk att siffrorna blir för låga. Risken att man får fram för stora siffror torde vara minimal.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Parrings

Försäljningsavd.:

Tel. 67 36 50 — 67 76 75 — 67 76 81

Karlvägen 89 — Stockholm O