

Patientinventering i långtidssjukvården

En undersökning i Skaraborgs län 1971

Osten Björnberg

Bengt Swahn

Lars-Olov Tjus

Birgit Werner

Inventeringens primära målsättning var att ge en uppfattning om antalet somatiskt långtidssjuka inom landstingsområdet liksom att klarlägga huruvida dessa för närvarande vårdades inom adekvat vårdform. Av intresse var också sjukdomsdiagnos hos icke adekvat vårdade långtidssjuka patienter liksom deras vårdbehov. Dessutom önskade man få en uppfattning om hur många patienter lidande av senil demens, som fordrade speciell sluten vård (senildemensavdelning) i länet.

Inventeringen har utförts under tiden mars—maj 1971. Samtliga patienter har gemensamt bedömts av samma läkare vid ett och samma tillfälle nämligen en representant för den somatiska långtidssjukvården, en för akutsjukvården och en för den psykiatriska sektorn.

Vid patientbedömningen har endast medicinska hänsyn tagits.

Definition

Att definiera begreppet somatisk långtidssjukvård är svårt. Den s k Läkarpognosutredningen (SOU 1961:8) menar med begreppet långtidssjuk — "sjuka i behov av längre tids vård vare sig sjukdomstillståndet är orsakat av till det fysiologiska åld-

Våren 1971 genomfördes en patientinventering i Skaraborgs län i syfte att utreda behovet av långtidssjukvård. Undersökningen genomfördes som en tvärsnittsundersökning av samtliga patienter på sjukvårdsinstitutioner samt en urvalsundersökning bland klientelet på ålderdomshemmen och i hemsjukvården. Av betydelse ur metodsynpunkt är att samtliga patienter bedömdes gemensamt av samma läkare, specialister inom långtidssjukvård och akutsjukvård (invärtesmedicin resp psykiatri).

Undersökningsresultatet visar ett behov av sängplatser för somatisk långtidsvård motsvarande 42 promille av befolkningen över 70 år samt beträffande sängplatser på senilavdelningar motsvarande 10 promille av befolkningen över 70 år. "Felplacerade" patienter återfanns framför allt inom den somatiska akutvården (ca 20 % av totalantalet) samt inom ålderdomshemsvården (ca 14 % av totalantalet).

När det gällde de patienter som felaktigt placerats i somatisk akutsjukvård var de vanligaste diagnoserna cerebrovasculära sjukdomar och tumörer. Motsvarande diagnoser i ålderdomsklientelet var senil demens och cerebrovasculära sjukdomar medan i hemsjukvården den vanligaste diagnosen var ledsjukdom. Detta aktualiserar frågan om hur vården av dessa patientgrupper bäst skall organiseras.

Osten Björnberg är överläkare vid långvårdsmedicinska kliniken centrallasarettet Falköping, docent Bengt Swahn överläkare vid medicinska kliniken lasarettet Mariestad, Lars-Olov Tjus överläkare vid socialpsykiatriska avdelningen Falbygdens sjukhus och fil. lic. Birgit Werner är utredningssekr. vid Skaraborgs läns landsting i Mariestad.

randet hörande processer eller av annan långvarig sjukdom. Till denna kategori av sjuka hänförs också de med senilitet sammanhängande kroniska mentala sjukdomstillstånden".

I föreliggande inventering menar vi med somatiskt långtidssjuk patient, som efter adekvat utredning och efter operativ och/eller farmakologisk adekvat behandling fortfarande (efter sjukdomens "normaltid") har ett vårdbehov som fordrar kontinuerlig och daglig sjukvård och tillsyn, som i allmänhet icke lämpligen bör eller kan

lämnas inom slutna akutsjukvård eller i hemmet (ålderdomshemmet).

Med begreppet sjukdomens "normaltid" menas den tid som vederbörande sjukdom vanligen kräver hos en medelålders i övrigt frisk individ. Om komplikation till sjukdomen inträffar förlängs normaltiden. Äldre patienter kräver ofta en längre sjukperiod än "normaltid". De blir alltså med ovanstående definition till stor del efter hand långtidssjuka.

Vid samtidigt förekommande somatisk och psykisk sjukdom betraktas patienten som somatiskt långtidssjuk enligt ovan om vårdbehovet övervägande betingas av somatisk sjukdom, i annat fall såsom psykiskt långtidssjuk.

Även med ovanstående definition på somatiskt långtidssjuk kan gränsdragningen mot andra grupper vara svår. Sålunda kan gränsen mot ålderdomshemsklientelet vara flytande liksom mot det psykiatriska klientelet.

När det gäller begreppet "senil demens" har man vid föreliggande inventering med hänsyn till adekvat placering delat upp klientelet i följande grupper:

- a) sådana patienter som trots medicinering har ett så störande beteende att de icke lämpligen kan vårdas på annan plats än speciell avdelning (senil-demensavdelning).
- b) sådana patienter där vårdbehovet övervägande är betingat av somatisk sjukdom och där adekvat vårdform är vårdplats för somatiskt långtidssjuk.
- c) patienter med vårdbehov som kan tillgodoses på ålderdomshem eller i hemmet.

Urval

Beträffande landstingets egna institutioner (akut- och långvårdskliniker, sjukhem, psykiatriskt sjukhus, hem för lättskötta psykiskt sjuka), privata sjukhem och konvalescenthem, vilka har landstingsbidrag, har en totalundersökning gjorts. Privata sjukhem som ej har landstingsbidrag är ej inventerade. Dessa hem är dock få med ett litet antal platser och kan icke påverka resultatet av inventeringen.

Vid ålderdomshemmen i länet har en urvalsundersökning gjorts. Vart tredje hem har lottats ut för undersökningen. Sålunda har 982 d v s 36 % av länets samtliga 2 709 ålderdomshemslatser inventerats.

Också bland hemsjukvårdspatienterna har urvalsundersökning gjorts. Patienterna inom vart sjätte distriktssköterskedistrikt har besökts, närmast för att få en uppfattning om bland dessa patienter fanns ett dolt behov av slutna långtids-sjukvård. Av denna anledning har endast 147 av länets ca 1 100 patienter med hemsjukvårdsbidrag besökts.

För varje patient har ett patientformulär och för varje institution ett institutionsformulär ifyllts.

Representativitet

Inventeringen har gjorts under en tidsperiod av tre månader. Det är möjligt att antalet icke adekvat placerade patienter kan variera mellan olika tillfällen men när det gäller långvårdsfall föreligger en större stabilitet än för andra patient- eller sjukdomsgrupper, varför vi anser representativiteten tillräcklig.

När det gäller landstingets egna institutioner är det fråga om en totalinventering.

De utvalda ålderdomshemmen har slumpvis delats i två grupper. Jämför man dessa finner man de icke adekvat placerade patienterna uppgå i båda grupperna till 13 %. Ingen signifikant skillnad finns mellan dem då det gäller fördelningen efter adekvat vårdform.

Patientformulären har ADB-behandlats genom EUI-data, Stockholm.

Resultat

Slutna somatisk långtidssjukvård

Inom den slutna somatiska långtidssjukvården vårdades vid inventeringstillfället 694 patienter, vartill kom 22 hemsjukvårdspatienter intagna för rehabilitering och 10 dagvårdspatienter eller tillhoppa 726. I denna siffra är då inräknade samtliga patienter såväl på långvårdsklinik som sjukhem anslutna till medicinkliniker och perifer

sjukhem. Av de intagna patienterna var 111 icke adekvat placerade.

Bortser man från de 30 omflyttningarna mellan exempelvis långvårdsklinik och sjukhem som skulle ha varit lämpligare kommer man fram till att 81 patienter är icke adekvat och 645 adekvat placerade för närvarande inom den slutna somatiska långtidssjukvården. (Se tabell I.)

Akutkliniker

Vid akutklinikerna vårdades vid inventeringstillfället 950 personer (BB ej inräknat). Av dessa var 186 icke adekvat placerade. 139 av dem borde istället vårdas inom den slutna somatiska långtidssjukvården. Se tabell I!

Privata institutioner

På de privata sjuk- och konvalescenthemmen med anslag från landstinget vårdades 86 patienter. 15 var icke adekvat placerade. Flertalet av dessa borde vårdas på ålderdomshem. Se tabell I!

Psykiatriska vårdenheter

Inom psykiatrisk vård vårdades 904 patienter, varav på Falbygdens sjukhus 120 på senil-demensavdelning, 224 på annan långvårdsavdelning och 260 inom akutvårdsavdelning. 300 fanns på sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Av samtliga 904 patienter var 53 icke adekvat placerade. Bortses från 15 omflyttningar mellan olika psykiatriska vårdenheter är endast 38 patienter icke adekvat placerade inom den slutna psykiatriska vården. Se tabell I.

Ålderdomshem

På de undersökta ålderdomshemmen bodde 938

personer. Av dessa befanns 136 vara icke adekvat placerade i den betydelsen att de istället skulle behövt vård inom sjukvårdsorganisationen. Efter som endast 36 % av antalet intagna på ålderdomshem undersökts har det senare talet använts i platsberäkningarna. Med denna beräkningsgrund är antalet icke adekvat placerade patienter på ålderdomshem 378. Se tabell I!

Hemsjukvård

I Skaraborgs län har cirka 1 100 personer hemsjukvårdsbidrag. Av 147 undersökta hemsjukvårdspatienter befanns endast 26 % ur medicinsk synpunkt vara i behov av vård inom somatisk långtidssjukvård och 6 % inom psykiatrisk långtidssjukvård. Detta betyder dock inte att dessa patienter har behov av sjukhemsplatser omgående. I de flesta fall önskar de kvarstanna i sina hem så länge vårdsituationen är adekvat.

Vid en sociologisk undersökning, som utfördes på varannan hemsjukvårdspatient i Skaraborgs län våren 1966 besvarades frågan: "Om det blev en plats ledig på sjukhem under den närmaste tiden skulle den sjuke då vilja komma dit?" jakande i endast ca 4 %. Vid beräkning av platsbehov i sjukhem synes ovannämnda siffra utgöra ett relevant tal.

På en väntelista i april 1971 över patienter med hemsjukvårdsbidrag i länet som önskade en tids intagning för rehabilitering och/eller avlastning av vårdarna stod 216 patienter. Det verkliga behovet har bedömts vara högre och motsvara ungefär hälften av hemsjukvårdspatienterna. Räknar man med att var och en vårdas under en månad per år skulle detta betyda ett behov av ca 40 vårdplatser.

Tabell I A. Inventerade patienter samt antalet icke adekvat placerade inom resp. vårdform.

Nuvarande vård	Totalt	Somatisk långtids- sjukvård	Akutkliniker	Privata institutioner	Psykiatrisk vård	Ålder- doms- hem*)
Antal inventerade patienter	3 604	726	950	86	904	938
Icke adekvat placerade inom vårdformen	471	81	186	15	38	136

*) Obs. att dessa tal endast utgör 36 % av det verkliga antalet.

Tabell I B. Icke adekvat placerade patienter fördelade på rekommenderad samt nuvarande vårdform.

	Nuvarande vårdform					
	Totalt	Somatisk långvård	Somatisk akutvård	Privata inst.	Psykiatrisk vård	Ålderdomshem (uppräkn. siffror)
Rekommenderad vårdform:						
Somatisk långvård	341	—	139	2	3	197
Somatisk akutvård	17	6	—	0	0	11
Psykiatrisk vårdenhet	184	25	17	3	—	139
Åldringsvård (Ålderdomshem)	119	49	29	10	31	—
Övriga vårdformer*)	37	1	1	0	4	31
Summa felpplacerade patienter resp vårdform	698	81	186	15	38	378

*) Omsorgsvården, hemmet m m.

Platsbehov

Platsbehovet inom den slutna somatiska långtids-sjukvården framgår av tabell II.

Tabell II. Vårdplatsbehov inom den slutna somatiska långtidssjukvården.

En adekvat placerade patienter inom slutna somatisk långtidssjukvård	645
Patienter i behov av sådan vård, nu vårdade inom akutkliniker	139
privata sjukhem	2
psykiatrisk vård	3
ålderdomshem ($71 \times \frac{100}{36}$)	197
hemsjukvård (4 % av patienterna)	40
Vårdplatsbehov för hemsjukvårdspatienter med rehabiliteringsbehov	40
Summa	1 066

Platsberäkningen 1 066 sängplatser motsvarar 4,2 ‰ av totalbefolkningen eller 42 ‰ av befolkningen över 70 år.

Vid inventeringens avslutande fanns vårdplatser

motsvarande 30 ‰ av befolkningen över 70 år. Antalet har sedermera ökat till 31 ‰.

I absoluta tal betyder det att platsantalet ökat från 760 till 780 men att det i nuläget fortfarande finns en brist på 286 platser.

När det gäller fördelning av långvårdsklientelet mellan långvårdsklinik och sjukhem har inventeringen gett vid handen att 84 av långvårdsplatserna eller ca 8 % bör vara klinikplatser.

Inadekvat vårdform

I tabell I har sammanställts antalet patienter vårdade i en inadekvat vårdform vid inventeringstillfället liksom önskvärda förändringar när det gäller vårdformen.

Största antalet "felpplacerade" patienter uttryckt i absoluta tal förefinnes vid ålderdomshemmen och de somatiska akutklinikerna. Detta belyses ytterligare av tabell III varav bl a framgår att 20 % av de somatiska akutavdelningarnas klientel vid inventeringstillfället var "felpplacerade". Motsvarande siffra för åldringsvården var 14 %.

Tabell III. Nuvarande typ av institutionell vård. Procentuell fördelning.

	Somatisk akutvård N = 950 (%)	Somatisk långtids- vård N = 694 (%)	Psykiatrisk vård N = 904 (%)	Åldrings- vård N = 2 709 (%)
Icke adekvat vårdform	20	12	4	14
Adekvat vårdform	80	88	94	86

Senilt dementa patienter

I inventeringen har också ingått att klarlägga hur många patienter som behöver vård vid särskilda senilavdelningar (motsvarande kategori a) i definitionen ovan). Vårdbehovet på denna patientgrupp har vid inventeringen bedömts motsvara 258 sängplatser vilket motsvarar 10 ‰ av befolkningen över 70 år (se tabell IV).

Tabell IV. Patienter med senil demens i behov av vård på senilavdelning.

Fn adekvat placerade patienter på senilavdelningen (Falbygden)	120
Patienter i behov av sådan vård, nu intagna på akutkliniker	11
långvårdskliniker och sjukhem	13
privata sjukhem	3
ålderdomshem ($40 \times \frac{100}{36}$)	111
Summa	258

Anmäld till annan vårdform

Av icke adekvat placerade patienter på akut somatisk avdelning var ca 85 % anmälda till annan vårdform under det att bland personer på ålderdomshem, som behövde vård å landstingets institutioner, endast 1/3 anmälts.

Diagnos

Eftersom endast de patienter, som ej varit placerade i adekvat vårdform, tagits upp i redovisningen, ger patientinventeringen ingen överblick över vilka patientdiagnoser som är representerade

inom de olika vårdformerna. En total redovisning av diagnoserna har därför ej ansetts motiverad. Däremot är det av intresse att veta de diagnostiska huvudgrupperna hos de patienter, som icke varit adekvat placerade. I nedanstående sammanställning visas översiktligt och i frekvensordning vilka diagnoser som är de vanligaste inom de vårdformer vilka har de flesta "felplacerade" patienterna samt huvuddiagnoserna hos hemsjukvårdspatienterna. De dominerande sjukdomsgrupperna inom den somatiska akutsjukvården är cerebrovasculära sjukdomar och tumörer, inom ålderdomshemklientelet senil demens och cerebrovasculära sjukdomar. Inom gruppen hemsjukvårdspatienter är den vanligast förekommande diagnosen ledsjukdom (rheumatoid arthrit och arthrosis deformans).

Somatisk akutvård

Cerebrovasculära sjukdomar

Tumörer

Collum femoris fraktur

Övriga sjukdomar i cirkulationsorganen

Senil demens

Ålderdomshem

Senil demens

Cerebrovasculära sjukdomar

Ledsjukdomar

Hemsjukvårdspatienter

Ledsjukdomar

Organiska nervsjukdomar

Cerebrovasculära sjukdomar

Slutord

Vid föreliggande inventering av långvårdsklientelet inom Skaraborgs län har varje patient undersökts av ett läkarteam företrädande specialiteter som har beröring med långvårdsklientelet. Diagnos, frågan om adekvat eller inadekvat placering av patienter m m har bestämts efter diskussion mellan läkarna i undersökningsteamet och efter hörande av vederbörande läkare (samt på ålderdomshemmen ofta föreståndarinnan), som omhänderhaft den omedelbara vården av patienten. Man har härigenom ansett sig öka sannolikheten för en riktig bedömning av det enskilda fallet.

En totalundersökning har gjorts av patienter vårdade på landstingets egna institutioner. En urvalsundersökning har gjorts av personer vårdade på ålderdomshem och när det gäller hemsjukvårdspatienter.

Inventeringen utmynnar bl a i en beräkning av vårdplatsbehovet till 52 ‰ av befolkningen över 70 år (varav 42 ‰ i behov av sluten somatisk långtidssjukvård och 10 ‰ i behov av vård å särskild senildemensavdelning). Av tidigare utredningar för beräkning av vårdplatsbehov för långvårdsklientel kan nämnas läkarprognosutredningen (SOU 1961:8) som kommit fram till ett normtal på 55 ‰ av befolkningen över 70 år. I siffran är då inkluderade patienter med senil demens. Älvsborgsutredningen 1966 kommer fram till ett normtal på 47 ‰ av befolkningen över 70 år. I siffran är inräknad vårdplatser för en del patienter med senil demens.

Inventeringen kommer fram till att av samtliga platser för somatisk långtidssjukvård ca 8 % bör vara av klinikkaraktär.

Vidare visas att inom den somatiska akutvården ca 20 % av patienterna är "felplacerade". Motsvarande siffror för ålderdomshemsvården är 14 % och för den psykiatriska vården endast 4 %. I absoluta tal ligger det övervägande antalet icke adekvat placerade patienter på ålderdomshem. Emellertid finnes inom landstingets vårdinstitutioner ett relativt stort antal personer där adekvat vårdform är kommunal åldringsvård (ålderdomshem). Det kan synas uppenbart härav att ett "byte" av inadekvat placerade patienter mellan ålderdomshem och landstingets sjukvårdande institutioner borde kunna reducera dessa tal. Problematiken är dock ej så enkel som den kan synas. Av olika orsaker, på vilka vi ej här skall gå in, kan finnas svårigheter att förmå en sjuk ålderdomshemsvårdad person att acceptera plats vid t ex sjukhemsavdelning och vice versa. Anmärkningsvärt i detta sammanhang är också att endast 1/3 av inadekvat placerade patienter på ålderdomshemmen är anmälda till annan vårdform.

När det gäller huvuddiagnos å inadekvat vårdade patienter är det uppenbart att ett relativt begränsat antal sjukdomar är helt dominerande. Denna information ger nya frågeställningar exempelvis av typen om man inom långtidssjukvården skall tillskapa speciella avdelningar för rehabilitering av cerebrala vasculära insulter eller om speciella onkologiska avdelningar bör finnas där även tumörfall i finalt skede kan omhändertagas, eller vilka resurser som är ändamålsenliga för en hemsjukvård som skall omhänderta patienter huvudsakligen lidande av ledsjukdomar och neurologiska åkommor.

3. Mål

Det platsantal för hela riket på 5,5 per 100 invånare från 70 år och uppåt, som vi närmar oss, överensstämmer ganska väl med huvudtendensen i behovsinventeringarna. Behovsnormen 55 promille av ovan nämnda population åberopas från flera undersökningar. Beräkningarna är emellertid osäkra, och doktor Nillroth påpekar, att de sannolikt ligger i underkant. Platssiffrorna visar emellertid, att det redan i förhållande till denna siffra finns stora underskott i många regioner.

Att fastställa en kvantitativ målsättning för den fortsatta resursutbyggnaden är ett viktigt politiskt inslag i planeringsprocessen. Nulägebeskrivning och behovsanalys ger grundläggande information för precisering av mål. Men mål kan inte sättas oberoende av restriktioner. Därför måste också personella och andra restriktioner analyseras och de ekonomiska anspråken för denna sektor vägas mot andra önskemål.

Att sätta mål för långtidsvården är emellertid inte heller så enkelt som att väga behov mot kostnader. Långtidsvården ingår i en differentierad vårdapparat där flera vårdformer i större eller mindre utsträckning kan substituera varandra. Att finna den rätta avvägningen är därför ett komplicerat optimeringsproblem. Därtill kommer, att behoven kan påverkas genom förebyggande åtgärder av olika slag. De förebyggande insatserna trängs lätt åt sidan av de akuta problemen, som ger sig till känna med större dramatik. Både ur humanitär synpunkt och för den långsiktiga kostnadsutvecklingen är emellertid de förebyggande insatserna av utomordentligt stor betydelse.

I målsättningen bör ingå ett klart ställningstagande till omfattning och art av förebyggande insatser. Det kan gälla förbättring av bostäder och yttre boendemiljö. Det kan gälla åtgärder som främjar sysselsättning, aktivitet och gemenskap. Det kan också gälla allmän hälsoupplýsning, kostrådgivning och åtgärder för tidig diagnostik av sjukdomar.

I den konkreta resursplaneringen är det tre huvudkomponenter att arbeta med. Det är verksamhetens volym, vårdstandard/vårdkvalitet och totala kostnader.

Det är tre inbördes beroende faktorer. Varieras en faktor ger det ändrade förutsättningar för de två andra. Den första faktorn, verksamhetens volym, måste först bedömas med utgångspunkt från behoven. I regel är redovisade behov redan hårt prioriterade varför man kan utgå från en totalvolym, som är given av vårdbehovet. Hur skall de olika vårdformer, som ingår i vårdapparaten, dimensioneras och differentieras för att svara mot behovssituationen? Det enklaste svaret på den frågan är att vårdapparaten skall dimensioneras och differentieras så, att varje vårdform så exakt som möjligt svarar mot behoven. Avvägningen av vårdstandard/vårdkvalitet är betydligt svårare. Men antag en viss nivå. Därmed blir också den tredje komponenten, kostnaden, given. Men tyvärr visar det sig ofta, att restriktionerna på kostnadssidan inte tillåter en sådan resursplanering. Därmed blir det betydligt mer komplicerat att svara på frågan om resursapparaten dimensionering och differentiering. En nedpressning av kostnaderna framtvingar en omprövning av volym eller kvalitet eller bådadera. Skall volymen bibehållas återstår det att variera vårdstandard/vårdkvaliteten för att ekvationen skall gå ihop. Det kan ske på två olika sätt, dels genom att man varierar vårdstandard genom att man inbördes avväger de olika vårdformerna så, att billigare vårdformer får ersätta dyrare sådana. Ett tredje alternativ är att kombinera båda metoderna. Det finns ett samband mellan vårdstandard i varje enskild vårdform och möjligheterna att göra besparingar genom den inbördes avvägningen. En högre vårdstandard i en relativt sett billigare vårdform ökar möjligheterna att låta denna vårdform ersätta dyrare vårdformer. Pressas vårdstandard däremot minskas flexibiliteten.

Ovanstående mycket kortfattade beskrivning avser att belysa nödvändigheten av en ingående målanalys. Den belyser också komplexiteten i en sådan analys.

I anslutning till detta steg i planeringsmodellen presenteras fyra olika artiklar. De tangerar såväl behovsanalys som organisationsfrågor. Sin tyngdpunkt har de emellertid på frågor om långtidsvårdens omfattning och innehåll.