

4. Vårdorganisation

Långtidsvården rymmer en lång rad organisationsproblem, som måste angripas jämsides med den övriga planeringen. Ett problem är sambanden med den övriga sjukvården, med den sociala åldringsvården och med den förebyggande hälso- och socialvården. Inte minst viktigt är det att få ett smidigt fungerande patientflöde mellan olika vårdformer. För att sambanden skall bli tillgodosedda måste organisationen vara anpassad därtill.

Gränser mellan huvudmän, mellan öppen och sluten vård, mellan socialvård och sjukvård utgör konstlade barriärer inom samhällets samlade vårdapparat. Vid planeringen för framtiden bör organisationsproblemen analyseras och lösas utifrån funktionella krav utan hinder av alla konstlade barriärer.

Långtidsvårdens organisationsfrågor behandlas i en artikel av överläkare Mats Pers, Nynäshamn.

Långtidsvård – vårdorganisation



Mats Pers

Långtidsvårdens organisation företer stora lokala variationer, bl a beroende på oklar gränsdragning mellan socialvård och sjukvård. Stora krav ställs på samverkan med andra sjukvårdsgrenar inom samma upptagningsområde och med den sociala åldringsvården. När det gäller samordningen mellan olika nivåer synes ett odelat ansvar för alla vårdnivåer inom ett geografiskt område utgöra den bästa garantin för effektiva insatser.

Mats Pers är överläkare vid annexsjukhuset i Nynäshamn.

Stora lokala variationer

Vårdorganisationen varierar ofta mycket från plats till plats. En orsak är att dagens långtidsvård är en ungdomlig skapelse, som sent avknoppats från socialvården och ännu ej alltid hunnit finna sin definitiva form.

Navelsträngen till socialvården är ej heller avklippt. Hade inte "sjukvårdens" långvårdsinstitutioner fått all hjälp från socialvårdens inrättningar så skulle långtidsvården för länge sedan kollapsat (ett exempel: vid årsskiftet 1968/69 upptogs 756 av Stockholms läns 3 211 ålderdomshemspatser av rena sjukhemsfall). Trenden torde börja svänga mot ett utbyggt samarbete mellan den "egentliga" sjukvården och socialvården.

Organisationsformen måste anpassas till den lokala problematiken vilket också är en orsak till de rika variationerna.

Gränsdragningen akutvårds- och långvårdsfall är ofta subtil och beroende på respektive "sidas" platstillgång. Gränsdragningen mellan primärkommunens respektive sjukvårdshuvudmannens åtaganden kan vara än svårare. Olika regioner har ofta sina speciella definitioner. — Som "tumregel" kan man nyttja denna fråga: "skulle den här personen kunna vårdas på ett icke sjukvårdsutrustat ålderdomshem?". Om svaret blir "ja" är det primärkommunens fall, om "nej" sjukvårdshuvudmannens.

Problem på tre nivåer

Organisationsproblem möter på i princip tre olika nivåer:

1. Samverkan med andra sjukvårdsgrenar inom samma geografiska upptagningsområde:
Relationer till akutvård respektive hemsjukvård — även intagning direkt från hemmet till långvårdsavdelning eller aldrig annat än via akutklinikerna?
Relationer till mentalvården — särskilda psykiogeriatriska avdelningar?

2. Uppdelningen av olika verksamheter inom den lokala långvårdsorganisationen, inklusive vårdavdelningsorganisationen:

Den moderna organisationsmodellen, sanktionerad av dåvarande Kungl Medicinalstyrelsen, uppenbarades första gången i den sk "Läkarprognosutredningen" (SOU 1961:8). Den inkluderar "klinik", "centralt sjukhem", "perifera sjukhem", "dispensär" för långtidsvård samt en hemsjukvårdsorganisation. Modellen är bra men finns långt ifrån allestädes.

I fig 1 illustreras "horisontell" och "vertikal" organisationstyp. Den förstnämnda är under avveckling men kvardröjer framför allt i storstäder. Mycket talar för vertikala modellen och med relativt små "tårtbitar" för varje chef. — Odelat ansvar för alla vårdnivåer

Fig. 1. Långtidsvård — två olika organisationstyper

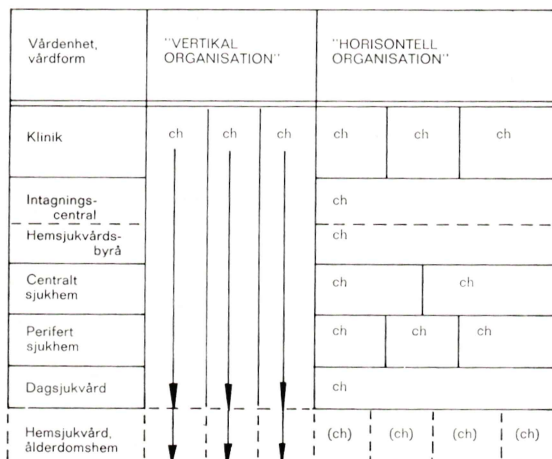
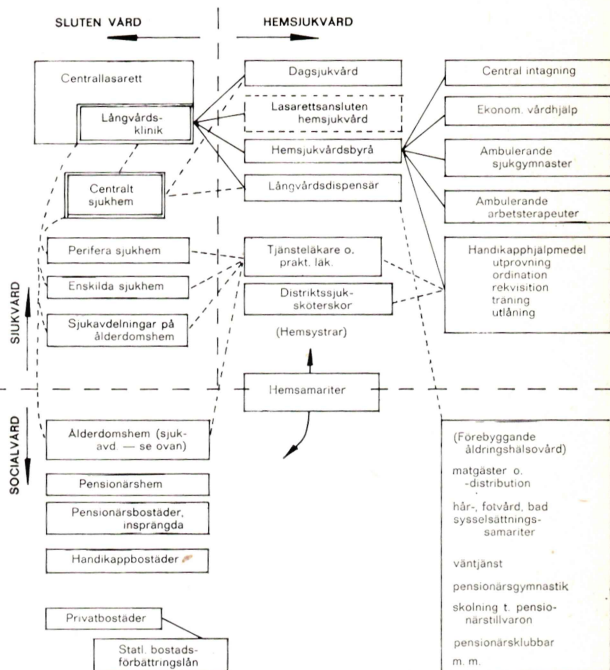


Fig. 2. Långvårdsmedicinsk sjukvård och primärkommunal äldreomsorg.



inom ett geografiskt område utgör den bästa garantin för effektiva insatser.

Den dagsmoderna organisationen med sk "storavdelningar" inom långtidsvården kan med rimliga dimensioner och dito personalstyrka ha fördelar, men uppenbara nackdelar finns också. Bl a föreligger stor risk att alla skötersketjänster utom chefssköterskans kommer att bli passagetjänster med sina låga lö-negradsplaceringar och avskaffandet av många stimulerande och meriterande samarbetsupp-gifter. Detta är mycket beklagligt då särskilt långvården behöver sköterskor som stannar länge och sätter sin prägel på arbetslag och vårdmiljö. — Hur skall huvudmän m fl kunna övertygas om de allvarliga riskerna med under-dimensionerade vårdavdelningsbesättningar??

3. Organisatorisk samverkan mellan landstingskommunal långtidsvård och primärkommunal äldreomsorg (fig 2):

Fig 2 illustrerar de många vårdformer som skall samverka på detta område. Det delade

huvudmannaskapet komplicerar ytterligare samverkan mellan olika enheter.

Många viktiga verksamheter

Det finns skäl att särskilt uppmärksamma den *uppsökande verksamheten*. Den är numera en lagstadgad uppgift för socialvården. Det är ändamålsenligt att den därvid samverkar med landstingskommunens distriktssköterskor.

Lika fundamental är den *förebyggande åldringshälsovården*. En effektiv sådan torde vara det enda som i mer väsentlig grad kan minska utbyggnadsbehovet av den slutna långtidsvården.

Den *öppna långtidsvården* är oerhört viktig. Och detta trots att det ej torde vara realistiskt att tro sig i denna vårdform på ett "ekonomiskt" sätt

kunna övertaga någon större kvot av de patientkategorier som idag hör hemma i den slutna vården. Det är ofta ej humant mot anhöriga, eller de sjuka själva, att lägga för tunga vårdfall i hemsjukvård. Det är heller inte samhällsekonomiskt om det sker till priset av till egen ohälsa nedslitna vårdare, en situation som ej sällan möter långvårdsläkaren hos en huvudman med otillräckligt antal långvårdsplatser.

Ytterst syftar även själva organisationsarbetet kring långtidsvården mot den målsättning som uttrycks med de kända orden, "to add life to years, not just years to life", "att skänka liv åt åren, inte bara lägga år till livet", vilket bl a innebär att teknisk utveckling här mindre än inom många andra vårdsektorer kan ersätta vårdaren-medmänniskan.

5. Utbyggnadsprogram

Planeringen för långtidsvården bör mynna ut i ett långsiktigt utbyggnadsprogram. Det måste baseras på en kvantitativ och kvalitativ målsättning, som ger klara riktpunkter för utbyggnaden. Utbyggnadsprogrammet bör främst utgöra en plan för resursanskaffningen över tiden beträffande såväl anläggningar och utrustning som personal. Mot bakgrund av de stora utbyggnadsbehoven och den krympande andelen per-

soner i förvärvsarbetande ålder måste personalplaneringen tillmätas större vikt än tidigare. Det gäller inte bara rekrytering, utan även utbildning behöver planeras. Slutligen bör programmet innehålla en plan för utvecklingsinsatser beträffande förebyggande åtgärder, uppsökande verksamhet, behandlingsmetodik etc.