

Väntelista vid Nacka lasarets långtidsvårdsavdelning och något om vårdens organisation¹⁾

Av överläkare Allan Björkman, Nacka

Vid Nacka lasarett sköts såväl akutvården som långtidsvården av de sjuka från det ganska väl avgränsade upptagningsområdet. Då lasarettet nu varit i bruk över två år och verksamheten hunnit stabilisera sig har det ansetts lämpligt att undersöka bl. a. väntetiderna vid långvårdsavdelningen, isynnerhet som organisationen av denna avviker något från det vanliga.

Långtidsvårdsavdelningen har 6 vårdavdelningar om nominellt 26 platser. Ett tvåsängsrum på varje avdelning har emellertid måst användas som undersöknings-, behandlings- och samtalsrum och långvårdsavdelningen omfattar således 144 platser. Hälften av dessa beläggs med patienter från Stockholms stad och till upptagningsområdets disposition står därför endast 72 platser. Jämte sjukhusplatserna finns inom området 16 vårdplatser på Nacka ålderdomshem Tallidsgården och 36 på Västerhaninge sjukhem, vilka beläggs med patienter från Nacka stad resp Västerhaninge genom intagningscentralens i Danderyd försorg. Sjukhusplatserna beläggs däremot direkt av överläkaren efter remiss per telefon eller skriftligen från mottagnings- och vårdavdelningar vid lasarettet, från läkare i upptagningsområdet eller annorstädes, från sjukvårdsinrättningar och från intagningscentralen i Danderyd. Samtliga anmälningar kommer till medicinska avdelningen där ett kort utskrives med namn på patienten, diagnos, vistelseort och anmälningsdatum. Ibland meddelas att patienten önskar intagning viss dag eller att det beräknas att han först senare kommer att behöva långtidsvård och kommer att höra av sig när det blir aktuellt. I sådana fall räknas väntetiden från detta datum.

Under tiden maj 1964—januari 1965 intogs på långtidsvårdsavdelningen 181 patienter från upptagningsområdet. Väntetiden för dessa framgår av tabell 1.

Tabell 1.

Väntetid för patienter å Nacka långvårdsavdelning maj 1964—jan. 1965.

Antal dagar	Antal patienter		
0	8		
1	7		
2	16		
3	13		
4	16		
5	9		
6	14		
7	15	Summa 98	Intagna inom en vecka 98=54,2 %
8	7		
9	5		
10	7		
11	1		
12	7		
13	3		
14	10	Summa 40	Intagna inom två veckor 138=76,2 %
15	3		
16	6		
17	2		
18	2		
19	4		
20	7		
21	3	Summa 27	Intagna inom tre veckor 165=91,2 %
22	1		
23	1		
24	0		
25	1		
26	0		
27	2		
28	1	Summa 6	Intagna inom fyra veckor 171=94,5 %
29—35	3		
36—42	3		
43—49	0		
50—56	3		
65 dagar	1	Summa 10	
		Summa 181	

Väntetiden varierar således mellan 0 och 65 dagar med en medelväntetid på 10,5 dagar.

Inom en vecka efter anmälan intogs mer än hälften av patienterna, inom två veckor mer än 3/4 och inom tre veckor mer än 9/10. I samtliga fall där väntetiden översteg 3 veckor förelåg särskilda skäl varför tidigare intagning ej bedömts lämplig.

¹ Föredrag vid länsläkarmötet 3/2 1965.

Två veckor efter anmälan väntade 43 av patienterna på intagning. Av dessa vårdades

i hemmet	2 pat., båda kända och under behandling vid medicinska mottagningen och utan akut vårdbehov.
på andra sjukvårdsinrättningar	0 pat.,
på kirurgkliniken	9 pat., 1 humerusfraktur 1 femurfraktur, båda rehabiliteringsfall 6 collumfrakturer, alla op. inom sex veckor före överflyttningen 1 ca prostatae c. metast., amerikansk medborgare som övertogs, då formaliteterna ordnats.
på medicinkliniken	32 pat.,
Summa 43 patienter	

Tre veckor efter anmälan väntade 16 på intagning. Av dessa vårdades

i hemmet	0 pat.
på andra sjukhus	0 pat.
på kirurgkliniken	0 pat.
på medicinkliniken	16 pat.
Summa 16 patienter	

Alla anmälda patienter var således efter tre veckor omhändertagna på antingen långvårdsavdelningen eller medicinska kliniken. Enligt meddelande från intagningscentralen och hemsjukvårdscentralen hade man ingen kännedom om att någon patient på annan inrättning väntade på överflyttning och ingen av dem som hade hemsjukvårdsbidrag önskade intagning på långvårdsavdelningen. Enligt uppgift från distriktssköterskorna inom området hade man inga oanmälda fall i hemmen. På ålderdomshemmen inom området finns en del patienter för vilka landstinget betalar vårdbidrag (se tabell 2).

Tabell 2.

Landstingsbidrag till personer intagna på ålderdomshem:

	1963	1964
		(antal pers. för vilka kommunen ämnar söka bidrag).
Tyresö	2	2
Västerhaninge	3	3
Österhaninge	23	26
Saltsjöbaden	8	14
Saltsjö-Boo	30	28
Gustavsberg	19	14
Värmdö	11	9
Djurö	10	8

Samtliga ålderdomshem har senast i december 1964 tillfrågats om man önskade få någon av dessa patienter överflyttade till långvårdsavdelningen men svarat att detta av olika skäl varit olämpligt. Sannolikt föreligger således inte något större dolt behov av långtidsvård inom upptagningsområdet.

Väntelistan vid långvårdsavdelningen den 1/2 1965 upptar 17 patienter, fördelade enl. tabell 3.

Tabell 3.

Väntelista till långtidsvårdavd. 1/2 1965.

Ort	Antal pat.	Väntetid dag	
I hemmet	2	7	Opererad hjärntumör beh. å med. mottagn.
		40	Underbensamp. med protes. Ingen brådska.
Annat sjukhus (Norrbacka)	1	8	Collumfraktur
Kirurgkliniken	3	10	Gallfistel op. 7/1.
		15	Collumfraktur op. 7/1
		15	Cancer prostatae, kateterfall
Medicinkliniken	11	30	Ålderdomshemsfall
		26	intogs för akuta åkommor.
		26	
		25	
		10	
		8	
		5	
		4	
		3	
		3	
		3	
Summa	17	17	

Verkningarna av julhelgen gör sig fortfarande gällande och väntelistan är ovanligt lång. Vid en patientinventering 16/12 1964 omfattade listan 12 fall,

- 1 i hemmet
- 2 på andra sjukhus
- 2 på kirurgkliniken och
- 7 på medicinkliniken

och denna lista är mera representativ för förhållandena under 1964. Trots att det således just nu föreligger vissa svårigheter tycker jag att läget är ganska tillfredsställande.

Upptagningsområdet och vårdplats-tillgången

Upptagningsområdet för Nacka lasarett har vid årsskiftet 1964—65 omkring 85 000 invånare vartill sommartid enligt uppgift kommer omkring 70 000 sommargäster, en del från länet men större delen från Stockholms stad. Den ökade trafiken och den stora gruppen sommargäster medför en ganska stark belastning på olycksfalls- och akutavdelningarna men påverkar ej långtidsvården och lämnas därför här åsido. Invånarnas fördelning framgår av tabell 4. Åldersfördelningen är ej känd men åtminstone enligt uppgift från tillfrågade pastorsexpeditioner är befolkningen icke särskilt ungdomlig.

Tabell 4.

Upptagningsområde för Nacka lasarett.

Kommun	Antal inv. 1/1 1964	Antal inv. 1/1 1965
Nacka	23.026	23.468
Boo	7.318	7.600
Gustavsberg	5.788	6.183
Värmdö	2.205	2.188
Djurö	1.400	1.402
Saltsjöbaden	5.594	6.183
Tyresö	11.514	13.725
Österhaninge	12.823	14.622
Västerhaninge	8.884	9.613
Summa	78.552	84.984

Antalet vårdplatser inom området framgår av tabell 5, där också det beräknade vårdplatsbehovet anges, dels enligt regionsjukvårdsbetänkandet 1958 ("riksnormer"), dels enligt Stor-Stockholms sjukvårdsförhandlingsdelegerades sjukhusplan för Stor-Stockholm 1962 ("länsnorm").

Vårdplatserna vid akutavdelningarna ligger således under länsnormen och långt under riksnormen medan långtidsvårdplatserna tillsammans endast motsvarar 1,5 promille mot länsnormens 3,5 promille. Att väntetiderna ligger inom acceptabla gränser kan således ej bero på en hög vårdplatstillgång.

Vid sjukhuset fanns under 1964 per vårdplats 0,95 personal anställd medan Södertälje lasarett hade drygt 1,3 och Danderyds sjukhus 1,55. Förhållandena vid dessa sjukhus är ej direkt jämförbara men siffrorna tyder på att Nacka lasarett åtminstone inte haft onormalt stor personal. Vid kirurgkliniken intogs 1964 2 502 patienter, vid medicinkliniken 1 915 patienter och på långvårdsavdelningen 477 patienter.

Väntelistorna till akutavdelningarna har kunnat hållas små och på kirurgkliniken har opererats många från väntelistan på Danderyds sjukhus. Vid medicinska kliniken lovas 2—3 intagningar varje dag utom lör- och söndagar medan övriga lediga platser behållas för akutfall. När en remiss kommer ringer mottagningssköterskan

Tabell 5.

Vårdplatser inom Nacka lasarettens upptagningsområde.

	Befintliga platser		Platsbehov per 1 000 inv. enligt	
	Antal	Antal platser per 1 000 inv.	riksnorm	Länsnorm
Kirurgi	87	1,02	1,65—1,79	1,20 (allm. kir. och ortopedi)
Medicin	87	1,02	1,85—2,05	1,30 (allm. medicin)
Intensivvårdplatser	10			
Somatisk långtidsvård vid lasarett	72	0,85		1,00
vid andra inrättningar (Nacka äldershem och Västerhaninge)	54	0,64		2,00 (annex- (sjukhus))
Övriga sjukhem	0	0		0,5

patienten och erbjuder intagning viss dag och om förslaget inte passar diskuteras övriga möjligheter; eventuellt intages patienten med förtur som jourfall. Väntetiden har under 1964 icke överstigit 2 veckor och 1/2 1965 finns 18 patienter anmälda, tio har lovats intagning inom en vecka, fem inom andra veckan och återstående har av olika skäl fått senare intagningsdag.

Förhållandena vid akutavdelningarna tycks av dessa siffror att döma ha varit tämligen normala jämfört med andra landstingssjukhus och någon större stagnation av långvårdspatienter på akutavdelningarna torde ej ha förekommit.

Organisationen av långtidsvården vid Nacka lasarett

Då jag tillträdde överläkaretjänsten 1962 hade man redan beslutat att medicinska kliniken och långtidsvårdsavdelningen skulle ha gemensam överläkare och att under denne akutvården skulle skötas av en biträdande överläkare och 3 underläkare medan långtidsvårdsavdelningen skulle ha en biträdande överläkare och 2 underläkare. I samråd med dåvarande medicinalrådet v. Zweigbergk beslöt man att pröva en ny organisation där samtliga dessa läkare skulle delta i såväl akutvård som långtidsvård. Varje biträdande överläkare med två underläkare sköter nu en akutavdelning med 29 och två långtidsvårdsavdelningar med vardera 24 platser, tillsammans således 77 platser, medan återstående akutavdelning och från början en, sedan 1/10 1964 två, långtidsavdelningar sköts av återstående två läkare. Varje grupp har en kurator, en gymnast och en arbetsterapeut och alla deltar i såväl öppen som sluten vård. Principen är att varje patient om möjligt skall skötas av samma läkare, kurator, gymnast och arbetsterapeut vare sig han behandlas polikliniskt eller är intagen på akut- eller långtidsavdelning.

Denna organisation medför åtskilliga fördelar. Många formaliteter försvinner och patient och vårdare lär känna varandra. Kurator befrias praktiskt taget helt från bekymret att skaffa långtidsvårdsplatser och kan ägna sig åt väsentligare uppgifter. Patienten går gärna med på

överflyttning till en långvårdsavdelning och överflyttningen medför intet trauma då långvårdsavdelningen betraktas som en vanlig medicinavdelning och icke som en kronikeranstalt. Han uppmuntras att försöka reda sig i hemmet och går gärna med på försöksutskrivning då både han själv och de anhöriga litar på att han, om eller när det visar sig behövt, omedelbart kommer att intagas på samma avdelning, eventuellt efter en kortare tid på akutavdelningen. Den lediga platsen kan alltså genast beläggas. Förvånansvärt ofta kan och vågar patienten vistas i hemmet under sådana förhållanden.

Personalen på en långvårdsavdelning har ett tungt men tacksamt arbete och vid den ständiga kontakten med patienterna märker den hur nödvändig dess insats är. Undantaget från denna regel är ofta läkaren som inför patienternas i allmänhet dåliga prognos och svårigheten att nå påtagliga resultat lätt får en känsla av maktlöshet. Detta bidrar till att unga läkare ogärna ägnar sig åt denna vårdform och att de som ändå gör det lätt förlorar sin aktivitet och entusiasm. Åtminstone för närvarande anser dessutom medicinerna att långtidsvården har lågt meritvärde. Med det system som tillämpats i Nacka räknar alla läkarna meriter inom invärtesmedicin och deltar i allt arbete, på mottagningen, på intensivavdelningen och på medicin- och långvårdsavdelningarna. Man stimuleras till och vågar omgående ta in sådana fall på akutavdelningen som man vet kommer att behöva långtidsvård och man är angelägen att få in dem på ett så tidigt stadium som möjligt för att kunna nå bättre resultat och eventuellt kortare vårdtid. Samtliga läkare som tjänstgjort vid avdelningen har uppskattat detta och blivit intresserade av rehabilitering och övriga långvårdsproblem och vården är nu, inom sina gränser, lika aktiv på långvårdssidan som på akutavdelningarna. En del långvårdsfall har även behandlats på intensivvårdsavdelningen med gott resultat. Vi har alla intrycket att många formaliteter försvunnit, sjukvården aktiverats, platserna utnyttjas bättre och att en större grupp läkare fått intresse för långtidsvården.

Man kan invända att detta system är en återgång till det läge som fanns innan långtidsvårdsavdelningar inrättades och då kroniskt sjuka patienter låg kvar på akutavdelningarna och hindrade andra att få nödig vård. Enligt vårt system bibehåller man emellertid långtidsvårdens fördelar, man får en avdelning där rytmen anpassas efter de speciella behoven och där personalen har lämplig utbildning och intresse för sin uppgift. De rent medicinska problemen avviker icke så mycket från dem man möter på en medicinavdelning och rehabiliteringen stannar i allmänhet vid träning för det dagliga livets behov och utprovning av lämpliga hjälpmedel: så långt borde varje medicinläkares intresse och kompetens kunna sträcka sig. Mera invecklade rehabiliteringsproblem liksom intrikata socialmedicinska frågor fordrar givetvis ett mera specialiserat handläggande, men konsultbehov föreligger ju även med övriga specialister, ortopedier, ögonläkare, neurologer m. fl. och icke minst kirurger.

Vid Nacka lasarett ligger långvårdsavdelningen inom samma byggnad som kirurg- och medicinalavdelningarna och på varje våningsplan har en akut- och en långvårdsavdelning gemensamt fördelningskök och gemensam matsal liksom gemensamma rökrum och dagrum, vilket bidrar till att utsudda gränserna mellan akut- och långvård för såväl patienter som personal.

För närvarande är beläggningen på långvårdsavdelningen tung och arbetskrävande. Stockholms stads patienter utgöres enligt överenskomelse till hälften av svårt sjuka och till hälften av rehabiliteringsbara fall medan mellangrupper saknas. Detta medför att stockholmspatienterna under 1964 hade en mortalitet på 51 % medan motsvarande siffra för länspatienter var 29 % och beräknat på alla avdelningens utskrivna 37 %. Patienternas funktionsförmåga framgår av nedanstående tabell, som hänför sig till en inventering den 14/12 1964.

Nackdelarna med nuvarande förhållanden vid långvårdsavdelningen är dels att den är för stor i förhållande till medicinalavdelningen (144 mot 87 platser) och dels att det finns så små möjligheter att överföra en del av patienterna till en

A. I. Helt sängliggande	34	
II. Sitter i stol (patient som endast kan ta enstaka steg till stolen räknas hit)	51	
III. Kan stå och gå endast med mänskligt stöd (gångövningar med hjälp av gymnast och avd. pers.)	15	
IV. Står och går med eller utan hjälp eller bock	40	Summa 140
B. I. Endast sondmatning eller parenteral näringstillförsel	3	
II. Matas	86	
III. Kan äta själv	51	Summa 140
C. I. Helt sängliggande	34	
II. Måste hjälpas vid uppstigningen och sänggående	75	
III. Stiger upp själv, klär sig själv och lägger sig själv	31	Summa 140

mera hemliknande miljö på sjukhem. I framtiden skall emellertid patienterna från Stockholms stad vårdas på andra sjukhus. Långvårdsavdelningen kommer därefter att ha 80—90 patienter och då blir det en bättre balans mellan akutvård och långvård vid lasarettet. Man planerar också att bygga ett annexsjukhus på 180 sängar i Boo, nära lasarettet, och dessutom inrätta en del sjukhem och då bör för överskådlig tid vårdplatstillgången kunna betraktas som riklig.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Parrings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75