

Hemmasituationen hos långtidsvårdens köande

Av socionom *Margit Mächs* och överläkare *Mats Pers*, Geriatriska kliniken, Norrköping

I diskussionen kring möjligheterna att lösa den från år till år konserverade sjukvårdskrisen hänvisas ofta till en planerad kraftig utbyggnad av olika slags service för hemsjukvård. Så vitt vi har oss bekant finnes ej någon mer detaljerad analys av hemvårdens nuvarande möjligheter och villkor, åtminstone ej för en svensk storstadspopulation. Då frågan är högaktuell har det syntts berättigat att i korthet presentera följande studie trots dess begränsade omfång och i viss mån preliminära karaktär.

Materialet utgöres av iakttagelser, intervju-svar och bedömningar vid de första 100 hembesöken hos till Geriatriska kliniken i Norrköping, väsentligen konsekutivt, remitterade patienter, som i hemmen väntade på intagning. Besöken var ett led i den vårdbehovsprövning som startade den 1/10 1963, i stort sett enligt de principer som utvecklats vid Vasa sjukhus' Vårdcentral i Göteborg, och för vilka dr J. E. Hedin redogjort i denna tidskrift (37:9/60:338). Författaren M.P. har tidigare som läkare vid Vårdcentralen i Göteborg där gjort ca 1.500 hembesök hos ca 1.000 patienter i motsvarande situation, och förf. M.M. har flerårig erfarenhet av hembesök hos samma slags klientel.

Besöken i Norrköping har gjorts under tiden okt. 1963—medio av jan. 1964. Med något enstaka undantag har vi gjort besöken i sällskap. I vården engagerade anhöriga har vi träffat personligen.

Innan verksamheten sattes i gång hade vi planerat att söka få vissa detaljer i hemvårdssituationen systematiskt belysta hos samtliga patienter. Under arbetets gång har några synpunkter befunnits vara av mindre intresse eller alltför svåra att penetrera inom ramen för till buds stående tid. Några nya aspekter har tillkommit, men redan insamlade data har medgivit deras bearbetning.

Detaljer i hemsjukvårdssituationen hos 100 patienter som remitterats för intagning på långvårdsklinik (antal patienter=antal %):

	antal (=%)
1. Passning behövs minst 16 timmar/dygn	65
2. Pat. kan ej lämnas ensam mer än under högst 2 timmar	36
3. Pat. behöver skötsel minst 2 ggr/natt (upp till ca 10 ggr/natt)	44
4. Pat. behöver oftast, men ej varje natt, skötsel 1 el. flera ggr	15
5. Pat. är orolig och störande på nätterna	15
6. Natthjälpen lämnas helt eller till största delen av person i åldern 70 år eller högre	27
7. Urininkontinens ständig (oförmåga att hålla urinen — mycket tvätt!)	17
8. Urininkontinens mestadels men ej alltid	4
9. Pat. måste hjälpas till WC, toilettspann eller med bäcken	53
10. Bundenhet för anhöriga	63
11. Stört familje- och umgängesliv för sammanboende anhöriga	20
12. Fortsatt hemvård innebär med stor sannolikhet ett överhängande hot mot, eller har redan stört anhörigs hälsa	26
13. Fortsatt hemvård kan antagas efter längre tid komma att innebära hot mot anhörigs hälsa	12
14. Bostadsstandard 0—1 (gradering 0—3)	20
15. Mer hemhjälp — inom ramen för ordinär samaritverksamhet — i viss mån önskvärd	21
16. Dito — skulle innebära en betydande lättnad för hemvården	6
17. Lämpligare bostad i viss mån önskvärd	13
18. Lämpligare bostad skulle innebära en betydande lättnad för hemvården	3
19. Lämpligare bostad utgör förutsättning för återutskrivning till hemmet	3
20. Älderdomshem el. vårdhem utgör förutsättning för återutskrivning	7
21. Pat. har direkt vidareremitterats till älderdomshem el. vårdhem	4
22. Ängslighetsgrad 3, medicinska skäl (gradering 0—3)	23
23. Ängslighetsgrad 3, sociala skäl	14
24. Ängslighetsgrad 2, medicinska skäl	47
25. Ängslighetsgrad 2, sociala skäl	53
26. Ålder 67 år och däröver	94
27. Ålder 70 år och däröver	85
28. Ålder 80 år och däröver	35

Uppgifterna i tabellen torde i stort sett tala för sig själva. Kommentarer till några av punkterna kan dock vara befogade:

Punkterna 1—9 ger en uppfattning om hur

allmänt betungande hemvården av en långtids-sjuk ofta är. De störda nätterna är en väsentlig detalj. Man bör också minnas att skötseln av en fullvuxen ofta kräver hyggliga kroppskrafter. — Med bundenhet för anhöriga (10) avser vi t. ex. den äldre makan, som kanske endast under någon timme, när samariten är hos pat., kan gå ut och handla, men som mycket sällan eller aldrig kan gå till församlingsmötet etc. Det kan vara barnet som varje kväll går till pat. för att biträda med skötseln inför natten, eller som varje weekend när samariten är ledig måste komma, kanske resande från annan ort, för att hjälpa. — Det störda familje- och umgängeslivet (11) refererar till vitala, utåtriktade, ofta yngre med pat. sammanboende anhöriga, för vilka den ej sällan betydande isoleeringen innebär en extra börda, vilken ibland också kan gå ut över minderåriga barnbarn. Varken här eller betr. "bundenheten" har medräknats fall där sjukdomens art, t. ex. långt framskriden cancersjukdom gjort uppenbart att hemvården under alla förhållanden kunnat fortsätta endast en kortare tid.

Att fortsatt hemvård kan väntas hota anhörigs hälsa (12, 13) hör givetvis till de svårare bedömningarna. De grundas på den personliga konfrontationen med vederbörande anhöriga samt på ett antal års erfarenhet att taxera uttröttade personers kraftmarginaler. I några fall kan en redan existerande sjukskrivning för psykisk kollaps, för magsår och för hjärtsjukdom, resp. intagning på sjukhus för akut flimmar hos en cardiosclerotisk dotter, på goda grunder sättas i förbindelse med den mycket pressande vårdnadsbördan.

Bostadsstandard "0" förelåg i endast ett fall. Det var ett fallfärdigt ruckel, svåruppvärmt och med också pumpen på gården. Standard "1" innebär bl. a. avträde utomhus och avsaknad av centralvärme. — Det är att märka att låg bostadsstandard i intet fall visade sig utgöra ett väsentliga drag i en svårare vårdssituation. De 4 fall som direkt vidareremitterats för intagning på vård- eller ålderdomshem hörde däremot till dem med dåliga bostäder.

Mer hemhjälp (15, 16), inom ramen för ordinarie samaritverksamhet, bedömdes kunna innebära en betydande lättnad för hemsjukvården i 6 fall. I ytterligare 21 fall kunde den förmodas framför allt lindra anhörigas bundenhet. Ej sällan ställde sig emellertid vederbörande avvisande till tanken på någon främling i hemmet, eller hade t. ex. tidigare erfarenhet visat att den sjuke ej kunnat förlika sig med ett sådant arrangemang.

Den medicinska och sociala angelägenhetsgraderingen följer skalan 0—3. "3" innebär behov av snarast möjliga intagning, i stort sett inom en vecka. Den sociala indikationen har oftast varit omöjligheten att få fram tillräckligt med hjälpkrafter, resp. att existerande hjälpare bedömts vara på gränsen till sammanbrott. — Angelägenhetsgrad "2" innebär intagningsbehov inom ca 1 månads tid.

Det skall här inte döljas att trots de största ansträngningar att snarast bereda plats, så har ett nödtvunget dröjsmål med sjukhusvård i åtminstone ett par fall sannolikt väsentligt bidragit till uppkomsten av till döden ledande komplikationer.

Slutligen några allmänna reflexioner:

De givna siffrorna speglar endast situationen på en viss ort under ett visst tidsavsnitt. Materialet är ej stort. De mycket allvarliga drag som där kan utläsas torde dock ha en vida utbredd giltighet. Att norrköpingssituationen skulle vara unik kan av flera skäl betvivlas. Förf. M.P.:s ej helt obetydliga, men icke med siffror belagda erfarenheter från Göteborg utgör ett av skälen.

Viktigt vid bedömningen är att minnas att de aktuella observationerna hänför sig till "lägsåsong". Redan under denna är hjälpmöjligheterna klart otillräckliga. Det är ett nästan dagligt bekymmer hur man skall kunna bereda plats för de mest kritiska fallen. De som är mindre katastrofbetonade måste ofta vänta på intagning så länge att en under tiden fortskridande försämring leder till en väsentlig förlängning av den nödiga vårdtiden på sjukhuset. Därmed sjunker dess vårdkapacitet ytterligare, med ännu längre köer, osv. — Man är därmed inne i vir-

velrörelsen mot sjukvårdskatastrofens cykloncentrum.

Många skröpliga patienter, som med en kortare tids sjukhusvård skulle kunna förväntas återvinna vitalitet och livsglädje, kan i dagens läge över huvud taget ej beredas plats. Denna erfarenhet gör att kolleger ofta avstår från en "meningslös" remiss.

Under sommaren är situationen erfarenhetsmässigt betydligt svårare. På många håll medför bristen på semesterpersonal att även långvårdsavdelningar måste stänga (Norrköping har hittills klarat sig). Akutklinikernas ofta synnerligen omfattande sommarstängningar ("vårdringsperioder" är en sinnesfridsfrämjande huvudstadsbenämning) medför dessutom indirekt en ytterligare ökning av kraven på långvårdsklinikernas kapacitet.

Under den redan av nämnda skäl svårt ansträngda semestertiden tillkommer så det mycket allvarliga faktum att också tillgången på samariter då är starkt reducerad, även de är på semester.

Offervilja hos de anhöriga är regel. Ej sällan är den kombinerad med tillräckligt goda kropps- och själskrafter för att under långa tider, ofta många år, orka genomföra en mycket kvalificerad och krävande hemsjukvård. Vid semestertiden har dessa familjer kanske sin enda, teoretiska chans till några veckors avkopplad samvaro. Ofta får de i stället stanna hemma, ty nu är möjligheterna att ens för en kort tid få plats för den sjuke mindre än någonsin. — Under semestertid skulle långtidsvården i själva verket behöva kunna ställa flera sjukhusplatser till förfogande än annars.

Nödtvånget av en allt hårdare gallring av de patienter som skall tas in på sjukhus, leder till ett allt tyngre arbete för personalen, och det i en grad som sätter rekryteringen på spel.

Många av långvårdsklinikernas patienter hör egentligen hemma långt in på gränsmarkerna till mentalvården. Den svenska mentalvårdens notoriska plats- och personalbrist förtjänar därför att också i detta sammanhang apostroferas.

I vårt material utgör åldrarna 70 år och där-

över 85 %. Denna ålderskategori har beräknats öka i vårt land med 72 % under 20-årsperioden 1960—80 (SOU 1963:47, tab. 12).

Resultatet av vår studie talar ej emot behovet av en väsentlig utbyggnad av samaritverksamheten och annan hemsjukvårdsservice. Den ovan nämnda siffran för de höga åldersgruppernas snabba tillväxt utgör redan den skäl nog för energiska åtgärder på det frontavsnittet.

Däremot är det för oss uppenbart att denna åtgärd ensam är skrämmande otillräcklig och snabbast möjligt måste kompletteras med många andra. Att lösa sommarsjukvårdens personalbristproblem är för långvårdssektorn det allra angelägnaste.

ARBETSTERAPI- och HOBBYMATERIAL

Porlinsmosaik i olika utförande.
Pärlor av trä, glas, kristall och metall.
Indiska Ädelstenar till halsband och armband.
Brasiliansk Onyx till hängsmycken, halsband, örhängen och nyckelringar.
Silvertråd och silverplåt i olika former och dimensioner.
Rundböjtänger för trådarbeten.
Halsbandslås i olika utförande 1—5 rader.
Sadelgjord såväl mönstrad som enfärgad i 22 färger.
Väskhandtag i pärlbambu och rotting.
Pappstommar och Silkebast för bastflätning.
Skin och **läder** för alla ändamål.
Arbetssatser i rikhaltig sortering.

Begär prislista och prover.
Vi sända gärna påseendesändningar
på öppet köp.

Firma SUNE ENGLUND Örebro

Klostergatan 18
Box 266
Tel. 019/12 09 14 - 12 10 95