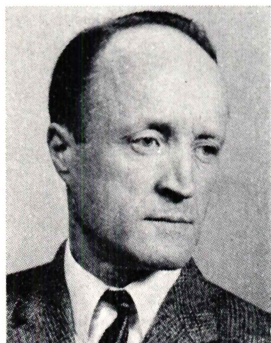


Åldringsvård eller sjukvård — var går skiljelinjen?



Mats Pers

Att det är nödvändigt med ett smidigt och förtroendefullt samarbete mellan landstingskommun och primärkommuner är uppenbart. Men inte bära gränssfall vilkas vårdansvarstillhörighet det är svårt att fastställa är aktuella i detta samarbete. Det finns också sådana åldringar som, ehuru ansvarsmässigt klart hemmahörande hos den ene huvudmannen ändock bör få sin vård hos den andre, framhåller nedan Mats Pers, överläkare vid långvårdskliniken, Nynäshamns sjukhus.

I flertalet fall är det uppenbart om en åldringsvårdbehov skall rubriceras som åldringsvård eller som sjukvård. Men det finns ett gränsområde där tillhörigheten är oklar och som omfattar grovt uppskattat ca 10 % av de åldringar som behöver samhällets direkta omvårdnad, på institutioner eller i hemvård. Det är denna grupp som vållar särskilda problem genom svårigheten att hänföra vårdansvaret till endera huvudmannen, primärkommunen eller landstinget. Och det är åldringarna i detta gränsområde som riskerar att hamna i ett ingenmansland där hjälpen dröjer och blir otillräcklig.

Frågan om den "skröplige" eller "sjuke" åldringens vårdtillhörighet växer i aktualitet, och främst av två skäl:

Det ena är åldringsgruppernas fortsatta snabba ökning. Enligt senaste siffror kan man sålunda vänta sig att antalet 67-åringar och äldre, som år 1970 var 0,94 miljoner, år 1980 kommer att uppgå till 1,16 miljoner och år 1990 till 1,27 miljoner. Alltså fram till år 1990 en ökning med 35 % jämfört med 1970 års siffror. Dessbättre väntas därefter ingen ytterligare ökning.

Baserat på ett anförande vid socialmedicinsk konferens i Lund 24 maj 1972.

Och det andra aktualitetsskälet är delvis en följd av det förra. Nämligen att samhällets utgifter för vård av olika slag alltmer närmar sig en storlek som av många påstås vara omöjlig att bära.

Vårdtillhörigheten

Problemet om vårdtillhörighet är ej nytt utan har diskuterats i många år. Bl a hade Sveriges läkarförbund "åldringsvård" som debattämne vid sitt årsmöte 1967, varvid just vårdtillhörighetsfrågan utgjorde en huvudpunkt. Från flera håll talades det varmt för att landstinget skulle överta huvudmannaskapet också för den primärkommunala åldringsvården. Erfarenheterna från landstingsfria storstäder, där båda vårdformerna, åldringsvård och sjukvård, betalades ur samma skattebox var där ett vägande argument. På goda grunder varnades å andra sidan för följderna av en sådan centralisering av åldringsvården inom geografiskt

Farhågorna för ogynnsamma konsekvenser av ett till landstingen centraliserat huvudmannaskap för åldringsvården har enligt min mening med rätta bedömts väga tyngre än de uppenbara fördelarna.

så stora områden som hela landsting.

Mina erfarenheter från Norrköping, första åren med staden som sjukvårdsmässigt fristående kommun och sedan, från 1967 som en del i östgöta-landstinget, visar att samarbetsproblemen vid skilda huvudmannaskap går att lösa. Mina erfarenheter senaste året från Stockholms län bekräftar detta.

Farhågorna för ogynnsamma konsekvenser av ett till landstingen centraliserat huvudmannaskap för åldringsvården har i den fortsatta debatten tydligen och enligt min mening med rätta bedömts väga tyngre än de uppenbara fördelarna. En följd av detta har varit att delegerade från resp Svenska kommunförbundet och Svenska landstingsförbundet diskuterat över temat "Samordnad åldringsvård—långtidsvård" och i slutet av år 1969 kommit fram med en gemensam promemoria i ämnet med riktlinjer för ett gemensamt handlande.

Speciellt i den här aktuella frågan om gränsdragningen mellan de vårdinsatser som skall betraktas som medicinska (landstingskommunala) resp sociala (primärkommunala), yttrar man sig med realistisk försiktighet, nämligen så här: *"Som det avgörande kriteriet vid valet av vårdform torde därför endast kunna uppställas det vårdbehov som den gamle har, oavsett om orsaken till detta vårdbehov är att hänföra till sjukdom eller allmän ålderssvaghet"*.

Att det inte går att skapa några formler, någon "tumregel", som entydigt hänvisar dessa gränssfall till endera huvudmannens vårdansvar, det har nog alla i denna församling tillräckliga personliga erfarenheter för att kunna förstå. Det problemet sammanhänger delvis med den likaledes olösliga frågan om var gränsen går mellan "normalt åldrande", "normal åldersskräpighet" resp "sjukligt, patologiskt åldrande".

Även när åldringen har en odiskutabel sjukdom, tex kvarstående handikapp efter ett lårbenshalsbrott, collumfraktur, finns ofta problemet ändå kvar. Nämligen i fråga om hur mycket av vederbörandes vårdbehov som är att hänföra till sjukdomen och hur mycket till "åldern" som sådan.

Att det är en nödvändighet med ett smidigt och förtroendefullt samarbete mellan landstingskom-

mun och primärkommuner är uppenbart redan av det sagda. Men inte bara dessa gränssfall vilkas vårdansvarstillhörighet det är svårt att fastställa är aktuella i detta samarbete. Det är angeläget att påminna om att det finns också sådana åldringar som, ehuru ansvarsmässigt klart hemmahörande hos den ene huvudmannen ändå bör få sin vård hos den andre.

Kvalificerad hemsjukvård på ålderdomshem

Sälunda har det under de senaste åren allt ivrigare talats och planerats för tillskapandet av resurser för även relativt kvalificerad hemsjukvård i den sjukes egen bostad, med dagliga besök av undersköterskor, med besök av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkare. Samtidigt understryks det med allt större eftertryck att dagens ålderdomshem inte längre får betraktas som en asyl utan som en alternativ boendeform för åldringen, en hans reguljära bostad. Och konsekvensen måste då rimligtvis också vara den att även den kvalificerade hemsjukvårdens resurser skall få komma in till den sjuke i hans bostad på ålderdomshemmet, förstås förutsatt att denna vård bedöms vara adekvat i det aktuella läget. Men då blir det ett sjukvårdshuvudmannens vårdansvar som kommer in under ålderdomshemmets tak.

För säkerhets skull vill jag ha utsagt att min plädering för att i vissa fall sjuka åldringar skall få vårdas på ålderdomshem, inte får uppfattas som ett argument för ett överförande av vårdansvaret för de "sjuka" från landsting och på primärkommunen. Självklart är också att i den mån det på ett ålderdomshem ges sådan sjukvård som annars skulle kräva tex sjukhemsvård, så skall primärkommunen ha en fullgod ekonomisk gottgörelse, och detta oavsett om det gäller ålderdomshem med särskild sjukavdelning eller ej.

Jag vill understryka att det ofta är mycket angeläget att en åldring inte flyttas mer än absolut nödvändigt mellan olika vårdinstitutioner eller avdelningar. Ombytet av miljö och då inte minst förlusten av välkänd vårdpersonal i utbyte mot helt okänd sådan, utgör en stressfaktor som ej sällan kan utlösa bekymmersamma omtöcknings-tillstånd och depressioner. En i och för sig lovvärd

Staten bidrar med 35 % av kostnaderna för kommunernas hemsamariter i åldringsvård. Men för åldringsvården på ålderdomshemmen utgår inget bidrag. Detta är inkonsekvent och bör ändras.

ambition att "strukturera patientbeläggningen" eller att få "hög genomströmning" som indicium på en institutions vårdeffektivitet får aldrig tillåtas väga tyngre än rimliga medmänskliga hänsyn.

God långvårdsorganisation underlättar

Ett gott samarbete mellan huvudmännen i de här frågorna underlättas bl a av en god långvårdsorganisation där långvårdsläkarna också har tillsyn över upptagningsområdets ålderdomshem. Inte minst mina erfarenheter från E-län talar starkt för ändamålsenligheten av ett sådant arrangemang. Jag vet att Malmöhus läns landsting ännu saknar mycket av läkarresurser inom detta område, och jag kan endast rekommendera att luckorna fyllas snarast och generöst.

Tre kardinalfel

Innan jag slutar här, i förhoppning att få

tillfälle att återkomma i den följande debatten, vill jag kasta fram tre korta synpunkter med direkt anknytning till våra gemensamma vårdproblem. Nämligen:

För det första. — Staten bidrar med 35 % av kostnaderna för kommunernas hemsamariter i åldringsvård. Men för åldringsvården på ålderdomshemmen utgår inte bidrag. Detta är inkonsekvent och bör ändras, inte minst med tanke på avfolkningskommuners oerhörda kostnader för åldringsvård.

För det andra. — Det talas mycket om att man skall ha möjlighet till meningsfull sysselsättning även efter pensionsåldern. Och sannolikt utgör just möjligheten att med olika aktiviteter så länge som möjligt behålla andlig och fysisk vitalitet det enda som i högre grad skulle kunna minska ner åldringarnas vårdkonsumtion. Men å andra sidan driver dagens status- och rationaliseringsgalna samhälle alltfler till förtidspension i ett utslitet skick som tidigt gör dem till vårdnadstagare. Det är en trend som måste motarbetas och vändas.

För det tredje. — Platsbristen inom långtids- och åldringsvård accentueras varje sommar på ett krisartat sätt, som också ger störande efterdyningar lång tid av året. Den koncentrerade "industrisemestern" är den främsta orsaken till att så blivit fallet. Sprid semestrarna igen!

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storlagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOÅS.