

Långtidssjukvårdens vårdinnehåll

Långtidssjukvård är en lämplig sjukvårdsform för de patienter, som fortfarande är i behov av sjukhusmässig vård utan att för den skull behöva ett akutsjukhus' mer kostnadskrävande resurser för diagnos och terapi. Så definierar överläkare Lars Linder, Uppsala, långtidssjukvården. Vårdinnehållet penetreras närmare utifrån fyra kriterier på vårdstandarden: den materiella vårdmiljön, den medicinska standarden, rehabiliteringskapaciteten och sjukhusmiljöns förmåga att aktivera och motivera.



Lars Linder

Långtidssjukvårdens avgränsning

Långtidssjukvården är en relativt ung disciplin inom svensk sjukvård. Under de sista 20 åren har ungefär en fyrdubbling av antalet vårdplatser skett, men viktigare än så är kanske ändå att själva målsättningen ändrats, och att vården fått ett annat innehåll. Långvårdsmedicinens föregångare, den gamla s.k. kronikervården, var väl på sitt sätt en god vårdform, men kan ändå på sätt och vis sägas ha varit i första hand en form av förvarande sjukvård. Man gav visserligen de sjuka en god omvårdnad, en säng, mat, medicin och en god skötsel men hade egentligen inga ambitioner att förändra eller försöka påverka sjukdomstillståndet. Den moderna långtidssjukvården rymmer i sig betydligt vidare ambitioner, där målsättningen delvis är en annan. *Varje av sjukdom och ålder handikappad människa bör få en rimlig chans att bli så bra som de egna förutsättningarna medger.* Detta innebär att man inom långvården för varje ny intagen måste förutsättningslöst pröva, vilka dessa förutsättningar är. Först när man provat alla möjligheter kan det kanske vara motiverat att acceptera den gamla termen "obotligt sjuk".

Till skillnad från många andra områden inom sjukvården saknar långvårdsmedicinens bestämd

avgränsning gentemot andra sjukvårdsområden. Patientklientelet kommer från de mest skilda håll, och personalen på långvårdens avdelningar bör vara lika förtrogen med kirurgiska omlägningsfall och psykiska störningar som med sviktande hjärtan och akuta diabetesincidenter. Den allt mer ökande specialiseringen inom akutsjukvården med allt större möjligheter till effektiv diagnos och behandling inom vederbörande specialområde har även en negativ aspekt så till vida, att man riskerar att förlora helhetssynen på patienten. Inte sällan blir det speciellt för de äldre patienterna först inom långvården man efter en noggrann kartläggning bygger upp den helhetssyn på patienten, som innebär möjlighet till största möjliga förbättring. Inte utan skäl kan långvårdsläkaren sägas ha blivit en den slutna vårdens allmänpraktiker. Som sådan måste han äga relativt god kunskap om de olika specialiteternas möjligheter för att vid behov kunna koppla in specialist för kompletterande diagnos och behandling men samtidigt behålla helhetssynen på patienten.

Patientklientelet inom långvårdsmedicin är ej heller klart definierat vad beträffar åldersavgränsningen. Många tror att långtidssjukvård är det samma som geriatrisk sjukvård, vilket dock ingalunda är fallet, även om helt naturligt det geria-

triska klientelet i hög grad dominerar beläggningen. Här förekommer dock mycket stora variationer allt efter de lokala förutsättningarna. Vid en genomgång av patientklientelet avseende förhållandena den 1 maj 1969 vid Kungsgårdets sjukhus i Uppsala utgjorde antalet patienter över 70 år 75 % av beläggningen, men inte sällan är andelen äldre än högre. Av speciellt intresse är emellertid de yngre patienterna främst emedan man här finner i hög grad vårdkrävande och svårt invaliderade människor. Någon bestämd avgränsning nedåt i åldersgrupperna kan knappast anges, även om det tillhör ovanligheterna att barn tages om hand.

Den enklaste definitionen av långtidssjukvård torde vara att ange den som en lämplig sjukvårdsform för de patienter, som fortfarande är i behov av sjukhusmässig vård utan att för den skull behöva ett akutsjukhus mer kostnadskrävande resurser för diagnos och terapi.

Givetvis varierar förhållandena starkt utifrån lokala och geografiska förutsättningar. Patientklientelet sammansättning uppvisar betydande olikheter såväl ifråga om sjukdomsdiagnoser som ålderssammansättning, om man jämför förhållandena på kliniker och större långvårdssjukhus med smärre sjukhem av perifer typ. För långvårdsarbetet i gemen torde dock, oavsett var vården bedrivs, fyra huvudpunkter kunna sägas vara väsentliga, för att en god och effektiv standard skall kunna upprätthållas.

Vårdmiljön

En grundförutsättning för en god långtidssjukvård är givetvis en tillfredsställande vårdmiljö. Patientklientelet är vanligen i hög grad vårdkrävande med behov av omfattande hjälp för elementära kroppsfunktioner såsom klädsel, toalett och förflyttning m.m. Det finns således all anledning att vårdutrymmen såsom sjuksalar, toaletter och sköljrum samt övriga serviceutrymmen är planerade och utformade på sådant sätt att dessa vårdfunktioner underlättas. Patienterna kvarstannar vidare vanligen en längre tid inom långtidssjukvården, vilket ökar kravet på tillgodoseende av trevnadssynpunkter. Här kan nämnas till-

gången till trivsamma dagutrymmen, lokaler för terapi och hobbyarbete, rökrum samt möjligheter att själv förflytta sig utomhus eller ut på balkonger och altaner. Man har även anledning att i möjligaste mån söka undvika den sterila sjukhuskaraktären och ersätta denna med en mer hemliknande miljö med t.ex. färgglada textilier, vänliga väggar i sjuksalarna, tavlor och andra prydnader m.m.

Till vårdmiljön kan även räknas inventarieutrustning såsom sjuksängar, möbler m.m. Att man här bör sträva efter största möjliga ändamålsenlighet är väl helt uppenbart. En sjuksäng, för att ta ett exempel, som är höj- och sänkbar, möjliggör i många fall för patienten att klara sitt sänggående och uppstigande på egen hand utan att behöva anlita personalens hjälp. Tillgång till rullstolar, gästolar samt övriga gångredskap är även väsentligt. Användandet av dessa för långvården nödvändiga redskap underlättas emellertid i hög grad, om sjukavdelningens planering medger ett lämpligt utrymme för förvaring av dylika ting. Inte sällan finner man trånga korridorer och passager belamrade av sådana, därför att ingen annanstans finns att förvara dem på.

Man möter stundom den uppfattningen att långtidssjukvården skulle vara någon form av lättare sjukvård, som kunde hålla tillgodo med äldre, för akutsjukvård utrangerade lokaler. En sådan attityd gentemot långtidssjukvården hämmar sig förr eller senare, dels genom en minskad möjlighet till differentiering av patientklientelet med ökade svårigheter att tillgodose patienternas vårdbehov, men även genom ett ökat slitage på vårdpersonalen och därmed också minskad trivsel och ökade svårigheter vad beträffar nyrekrytering av personal. Glädjande nog har man på allt fler håll fått upp ögonen för det ändamålsenliga i att låta långtidssjukvården få tillgång till för ändamålet planerade och uppförda sjukhusbyggnader, där alla möjligheter till en god vårdmiljö kan tillgodoses.

Till vårdmiljön kan även räknas kosthållet. Här skall endast påpekas vikten av att kosten tillgodoser moderna principer beträffande kvalitet och näringsinnehåll. Långvårdsklientelet omfattar inte

sällan nyintagna åldringar, som tidigare levt på en såväl kvantativt som kvalitativt otillräcklig kost med ett betydande deficit såväl beträffande proteiner som mineral och vitaminer. Väsentligt är emellertid även, att måltiden serveras på ett tilltalande sätt och även blir det stimulerande inslag i vardagstillvaron, som den bör vara.

Medicinsk standard

En grundförutsättning för innehållet i modern långtidssjukvård är givetvis kvaliteten på den medicinska omvårdnaden. Den utveckling som skett inom långtidssjukvården torde till icke ringa del betingas av, att vårdområdet fått egna företrädare inom läkarkåren. Den medicinska tillsynen i den gamla kronikervården ombesörjdes vanligen av läkare med helt andra arbetsuppgifter som sin huvudsakliga verksamhet. Heltidsengagerade läkare med huvuduppgift att förvalta och utveckla långtidssjukvården har givetvis större förutsättningar att öka intensiteten och kvaliteten inom vården. Förutom en ingående allmänmedicinsk utbildning må påpekas betydelsen av omfattande insikter i socialmedicin, fysikalisk terapi och rehabilitering jämte erfarenhet av tekniska hjälpmedel och redskap för handikappade. I och med att ämnet långvårdsmedicin numera etablerats som särskild specialitet torde förutsättningar ha skapats för en bättre utbildning och rekrytering av läkare till detta vårdområde.

Även för övrig sjukvårdspersonal är behovet av utbildning och insikter inom långvårdsmedicin betydande. För sjuksköterskornas del har dock den nya utbildningsgången inneburit en relativt god bekantskap med långtidssjukvården, och erfarenheten visar även något överraskande att intresset bland sjuksköterskeelever för vidare utbildning inom vårddisciplinen varit mycket stort.

För att åstadkomma ett effektivt resultat inom långtidssjukvården är det i hög grad önskvärt, att all personal integreras i vården. Här gäller verkligen att genom lagarbete med patienten i centrum samordna behandlingsresurserna. En effektiv ADL-träning utan medverkan av biträdespersonalen t.ex. torde vara mycket svår att åstadkomma.

Långvårdsläkarens liksom personalens uppgifter

blir sålunda att förutsättningslöst pröva varje nyintagen patients möjligheter att under vårdtiden utifrån de individuella förutsättningar som kan finnas, uppnå största möjliga grad av förbättring. Detta fordrar inte sällan komplettering av diagnos med anlitande av laboratorieutredning och specialistkonsulter, men också en målmedveten strävan att förbättra patientens egna möjligheter till ökad funktion och anpassning.

Rehabilitering

Ett av de väsentligaste inslagen i denna verksamhet är rehabilitering. För långtidssjukvårdens del innebär väl rehabiliteringen i allmänhet en strävan att få patienten att klara sina egna personliga behov utan hjälp av annan person, vilket kan möjliggöra ett återvändande till hemmet eller en tillvaro i öppen vård med ett mer begränsat hjälpbehov. Endast i undantagsfall torde det bli fråga om rehabilitering med sikte på yrkesanpassning och omskolning, vilket inte hindrar att så emellanåt kan bli fallet. Rehabiliteringen inom långtidssjukvården torde enklast kunna åskådliggöras i tre olika huvudpunkter. I första hand söker man att träna upp patientens egna funktioner, d.v.s. åstadkomma en ökad muskelkraft i försvagad eller subparetisk muskulatur, ett ökat rörelseomfång i leder där rörelseförmågan begränsats samt en konsekvent träning av balans och koordination, där dessa funktioner försvagats. Även en ökning av den allmänna konditionen med sikte såväl på hjärtaktivitet som på perifer cirkulation är ofta synnerligen värdefull. I denna verksamhet medverkar funktionsterapeuter såsom sjukgymnaster och arbetsterapeuter jämte assistenter. Funktionsträningen bedrivs i allmänhet på centralt belägna gymnastik- och terapiavdelningar, men det är i hög grad önskvärt att även på vårdavdelningarna möjlighet till dylika aktiviteter finnas. Gångträning i barr t.ex. bör sålunda kunna utföras i direkt anslutning till vårdavdelningen, eftersom den annars sannolikt kommer till stånd i alltför ringa utsträckning.

En sådan intensivt driven funktionsträning kan många gånger ge överraskande goda resultat, där man från början minst kunnat vänta sig någon

framgång. Givetvis begränsas dock möjligheterna ofta av funktionsinskränkningar och pareser, som ej låta sig bemästras. Många gånger kan då anlåtandet av ortopedisk teknik föra rehabiliteringen ett steg längre. Härmed förstås inte bara anskaffandet av proteser, stödskenor och hylsor jämte ortopediskt utformade skor och stödjekorsetter utan även rent operativa ingrepp såsom bemästrandet av kontrakturer och spetsfot m.m. En god kontakt med en ortopedisk klinik ökar i hög grad förutsättningarna för en framgångsrik rehabilitering.

När emellertid efter hand gränsen uppnås för vad man genom funktionsträning och ortopedisk teknik kan åstadkomma, återstår dock möjligheten att genom användandet av tekniska hjälpmedel söka kompensera de handikapp som återstår. Här finns en stor mängd hjälpmedel för de mest varierande ändamål tillgänglig, och för varje år tillkommer nya sådana. Man kan i denna rika arsenal, som för den icke initierade måhända stundom ter sig en smula oöverskådlig, särskilja en uppdelning och gruppering med vissa bestämda syftemål. Sålunda kan ett mycket stort antal av relativt enkla hjälpmedel hänföras till ADL-aktiviteterna d.v.s. tekniska hjälpmedel för att underlätta det dagliga livets behov såsom klädsel, hygien, intagande av föda liksom även hjälpmedel för att underlätta skrivning, läsning samt personliga verktyg för handarbete m.m. En annan väsentlig grupp omfattar redskap för att underlätta förflyttning alltifrån enkla stödredskap till avancerade elektriskt drivna rullstolar. En tredje grupp avser i första hand hushållsrehabilitering med såväl enkla som mer tekniskt komplicerade redskap för att för den handikappade möjliggöra ett mer eller mindre normalt hushållsarbete.

En särställning bland hjälpmedlen för hushållsrehabilitering intar en grupp relativt kostnadskrävande kapitalvaror av typ helautomatisk tvättmaskin, diskmaskin, strykmaskin och dammsugare samt elektrisk skrivmaskin m.fl. Om nu rätten att förskriva rullstolar och gångredskap ej kan anses vara särdeles betungande så har vad denna sista grupp beträffar ett betydande ansvar lagts på långvårdsläkaren. Vem vill inte ha en hel-

automatisk tvättmaskin eller diskmaskin på statens bekostnad!

Dessa hjälpmedel för handikappade innebär ett utomordentligt tillskott i strävan att vidga levnadsramen för långvårdens patientklientel. Största betydelsen ligger givetvis i ökade möjligheter till självhjälp inom den öppna vården i den allmänna strävan som nu råder att minska trycket på den slutna vården.

Rehabiliteringen är ett av långvårdens viktigaste behandlingsinstrument, och ett intensivt och konsekvent utnyttjande av dess möjligheter är en av grundförutsättningarna, för att klientelet inom långtidssjukvården skall kunna omsättas. Rehabiliteringsarbetet kräver inte i första hand dyrbar och exklusiv apparatur och utrustning, men en nödvändig förutsättning är tillräckligt med personal, inriktad på dylika arbetsuppgifter. Personal är kostnadskrävande, men en sjukvårdspolitik, som i strävan att nedbringa driftskostnaderna endast tillgodoser det elementära vårdbehovet och låter besparingarna gå ut över serviceavdelningarna, lurar sig själv. Härigenom riskerar man nämligen att förlora väsentliga möjligheter till förbättring och därmed också omsättning och utskrivning av klientelet. Vården löper risk att stagnera.

Aktiv sjukhusmiljö

Ett mycket väsentligt inslag i modern långtidssjukvård är en aktiv sjukhusmiljö. Aktiviteten kan innebära såväl "passiv aktivitet" som en mer aktiv sådan. Vid den förstnämnda deltar patienten huvudsakligen i egenskap av åhörare eller åskådare till olika inslag av underhållningstyp såsom föredrag, bildvisning, film, musik eller teater m.m. En sådan underhållningsverksamhet har sin givna plats och stora betydelse på varje långvårdssjukhus. Än bättre är dock givetvis den aktivitet där patienten själv aktivt deltar. Här medverkar konventionell arbetsterapi och funktionsträning, men här fordras i verklig mening fantasi och uppslagsrikedom hos den personal, som har ansvaret för denna verksamhet. Alla patienter tycker inte det är roligt att väva eller knyta rya, här behövs i hög grad en uppsökande verksamhet

med sikte på individens speciella intressen. Särskilt lämpligt är anordnandet av gruppaktiviteter, då just deltagande i gruppens form i sig självt innebär en positiv upplevelse för individen. Vad man sysslar med kan faktiskt vara av underordnad betydelse. Här kan nämnas högläsning, särskilt lämpligt för blindgrupper, musikgrupper, språkgrupper, handikappidrott, lekar och enkla rörelseövningar m.m. Vid Kungsgårdets sjukhus förekommer ett mycket stort antal grupper av de mest varierande slag, där särskilt bingogruppen blivit mycket uppskattad.

En dylik aktiv sjukhusmiljö kan sägas vara av betydelse utifrån tre väsentliga synpunkter. Till långvården kommer inte sällan patienter, som förlorat allt hopp och som stundom vägrar medverka i någon form av träning eller aktivitet. Här gäller i första hand att skapa en motivation för

patientens egen förbättring. En sådan aktiv miljö är en god hjälp att hos patienten väcka en önskan till aktiv medverkan och ett gott underlag för att åstadkomma en tillfredsställande rehabilitering och därmed möjliggöra en omsättning av klientelet. Den är emellertid även av största betydelse för de patienter, som av olika skäl måste stanna inom långtidsvården och som på detta sätt inte sällan, trots svåra sjukdomstillstånd och handikapp, ändå kan uppleva sin tillvaro som meningsfylld. Påpekas må slutligen även, att en dylik aktiv miljö är av största betydelse för sjukvårdspersonalens trivsel. Långtidssjukvården är en tung och för många även stundom i många avseenden en smula deprimerande värddisciplin, där emellertid en aktiv vårdmiljö innebär en mycket betydande stimulans inte bara för patienterna och deras anhöriga utan även i högsta grad för personalen.

Åldringen och samhället

Pensionärernas livssituation är i hög grad beroende av samhällets åtgärder. Det gäller hälsan, ekonomin, boendet och sysselsättningen. Här står samhället, inte minst ur ekonomisk synpunkt, inför ett av de allra största problemen. Till de tyngsta och sämst lösta inslagen i bilden hör de mentala ålderssjukdomarna. En annan viktig, men hittills åsidosatt, uppgift är att bättre förbereda människorna för ålderdomen.

Elisabet Svennerholm är socialläkare i Göteborgs socialförvaltning.



Elisabet Svennerholm

Åldringar är en beteckning som vi använder på en stor grupp människor. Här i landet debuterar vi som åldringar vid 67 års ålder. De biologiska lagarna är dock mer nyckfulla än de socialpolitiska, en del människor blir riktigt gamla vid 50 års ålder andra lever ungt upp emot 90 åren.

Åldringarna utgör ingen homogen grupp. Den 67-åriga nypensionerade mannen och hans 90-åriga mor representerar två generationer med vitt skilda problem liksom 5-åriga pojken och hans fader byråchefen. Att ålderdomsepoken spänner över två till tre dekader är viktigt att hålla i