

Hälsokontrollerande verksamhet och öppen vård inom långvårdsmedicinen

Nya vägar måste prövas för att avlasta den trängda slutna långvårdsmedicinska vården. Det är dessutom synnerligen önskvärt att långtids-sjuka och svaga individer med avancerade handikapp kan erbjudas undersökning i öppen vård.

I nedanstående artikel diskuteras två satsningar för medicinskt omhändertagande av åldringar och kroniskt sjuka, nämligen öppen vård inom långvårdsmedicinen och hälsokontrollerande verksamhet.

Bertil Steen är bitr. överläkare och docent Alvar Svanborg överläkare vid klinik II Vasa sjukhus i Göteborg.

Den stigande levnadsstandarden i vårt land baseras på en ekonomisk utveckling som även möjliggjort betydande resursökningar inom sjukvården.

I dagens Sverige är sjukvården internationellt sett väl utbyggd. En jämförelse med de flesta andra länder torde visa att möjligheterna till specialistvård — särskilt om det gäller akutvård — i stort sett är goda.

Den höga levnadsstandarden har emellertid samtidigt medfört att mycket betydande medicinska vårdinsatser försvunnit. Sålunda har de kroniskt sjukas och ålderssvagas möjligheter till vård och tillsyn minskat. De arbetsföra i samhället kan, vill eller orkar inte "dubbelarbeta" på sådant sätt som samtidigt yrkesarbete och vårdansvar skulle innebära. Under det närmaste decenniet kommer andelen åldringar i populationen att öka markant (1970 138 o/oo >65 år = 1.113.000, 1980 156 o/oo > 65 år = 1.338.000 individer), d.v.s. möjligheten till traditionell vård i hemmen minskar ytterligare. Urbaniseringen tycks fortskrida och individ — släktbanden försvagas, varför risken för isolering och inaktivering av samhällets seniorer ökar snabbt. Vidare ökar människors intresse för medicinska framsteg liksom kravet på utdelning av de vinster som hägrar inom medicinsk utvecklingsverksamhet.

Detta är de huvudsakliga skälen till att allt större krav ställs på samhällsomsorger om kro-



Bertil Steen



Alvar Svanborg

niskt sjuka och ålderssvaga personer. Akutsjukvården måste behålla den nuvarande standarden, och i rimlig takt följa den medicinska utvecklingen. Men samtidigt måste kronikervården lyftas upp till en acceptabel nivå i vårt land.

Alla som är engagerade i dessa frågor — politiker, administratörer, läkare och annan sjukvårdspersonal — måste söka delvis andra lösningar än de traditionella för att bereda de kroniskt sjuka och ålderssvaga vård. Eller söka åtgärder som förebygger eller uppskjuter sjukdomstillstånd som kräver vård! Det kan ifrågasättas om inte efterfrågan på sjukvård inom yngre åldersgrupper i vårt land är större än det verkliga behovet men att förhållandet sannolikt är det omvända i högre åldrar. Detta torde bero på att bristande hälsa och arbetsförmåga då inte lika tydligt avspeglas i

ekonomiska konsekvenser och leder därför inte till läkarundersökning. Sjukdom och inaktivitet uppfattas ofta av den sjuke (och av hans omgivning!) som ett uttryck för ett normalt åldrande. Inom många yrkesområden har sedan länge hälsokontrollerande verksamhet pågått. Denna verksamhet är ett led i en sund ekonomisk samhällsutveckling. Men då individen pensioneras vid en ålder då svaghet och stigande sjukdomsfrekvens hotar, ja då upphör varje form av regelbunden medicinsk övervakning från samhällets sida.

Det är inte bara individens själviska dröm att få leva frisk och aktiv så länge som arvsanlagen tillåter. Det är även den politiskt ansvariges önskedröm för åldringspopulationerna. Bl.a. av ekonomiska skäl.

Vi vill här diskutera två satsningar för medicinskt omhändertagande av åldringar och kroniskt sjuka, nämligen hälsokontrollerande verksamhet och öppen vård inom långvårdsmedicinen.

Hälsokontroller av äldre personer

Hälsokontroller av äldre personer samt en utvidgad långvårdsmedicinsk öppen vård skulle kunna spela en viktig sjukdomspreventiv och därmed även samhällsekonomisk roll genom att uppskjuta — eventuellt förhindra — behovet av slutna vård. En kombinerad hälsoundersökning/populationsstudie av äldre människor har även andra fördelar.

Behovet av uppgifter om hälsotillstånd och socialhygieniska förhållanden hos representativa grupper av befolkningen vid planering av sjukvårdsinsatser och annan social service är uppenbart. Vetskapen om medicinska normalkriterier är mycket begränsad inom högre åldersgrupper, vilket har inte bara medicinska utan även sociala — ekonomiska vådor. För närvarande användes som jämförelsekriterier i stor utsträckning samma normalvärden som hos yngre individer. Detta medför en stor osäkerhet och onödiga utredningar som är besvärande för den undersökte, i vissa fall riskfyllda och i flertalet fall kostsamma för individ och samhälle.

I Göteborg startar i september 1971 en undersökning där målsättningen i första hand är att genom en tvärsnittsundersökning av ett urval ur

populationen "70-åringar i Göteborg" erhålla en bred och ingående kartläggning av populationens hälsotillstånd och sociala förhållanden i övrigt. Genom att undersökningen kan göras prospektiv kan också förändringarna i hälsotillståndet och sociala förhållanden hos kohorten med stigande ålder kartläggas. I ett senare skede kan erfarenheter från denna studie läggas till grund för undersökningar av högre åldersgrupper. Undersökningen, som sker i såväl Sjukvårdsförvaltningens som Socialförvaltningens regi, bör i ett längre perspektiv sålunda kunna ge underlag för planläggning av en differentierad vård av äldre individer, en vård med tyngdpunkten på förebyggande åtgärder.

Den ovan nämnda hälsoundersökningen/populationsstudien kommer att omfatta c:a 1.100 slumpvis utvalda 70-åringar av båda könen. Materialet (i vissa fall subsamples), genomgår undersökning av internist, psykiater, psykolog, tandläkare, ögonläkare, hörselvårdsassistent och dietist, varjämte blod analyseras med avseende på ett stort antal substanser. Dessutom undergår probanderna röntgenundersökning av hjärta och lungor, i vissa fall ortopantomogram samt mammarröntgen. I probandens hemmiljö företas dels en socialhygienisk undersökning och dels en undersökning av dietist syftande till klarläggande av probandens nutritionsförhållanden.

För tillförlitliga upplysningar i såväl normalvärdesfrågan som för den långsiktiga sjukvårdsplaneringen är en hög anslutningsprocent nödvändig vid dylika undersökningar. En pilotstudie som genomfördes i februari 1971 visade att man genom uppsökande verksamhet kan nedbringa bortfallsprocenten vid hälsoundersökningen till omkring 10 procent även i denna åldersgrupp.

Som bas för en hälsokontrollerande verksamhet av äldre personer är en väl fungerande långvårdsmedicinsk öppen vård nödvändig, inte minst för uppföljningen av patologiska fynd hos personer utan "egen" läkare.

Långvårdsmedicinsk öppen vård

Bland de nyintagna patienterna till långvårdsmedicinska kliniker finns idag ett flertal — kanske en

majoritet — som får vård i ett skede där sjukdomen är betydligt svårare att behandla än den behövt vara om sjukvård kunnat meddelas tidigare. Många fall utgör en belastning icke endast för de långvårdsmedicinska klinikerna utan även för akutspecialiteterna.

Fram till 1969 fanns i Göteborg ingen öppen vård som var speciellt avsedd för äldre, mycket vårdtunga och svårundersökta patienter. En förklaring härtill är att speciella lokalmässiga och personella resurser är nödvändiga för en smidigt fungerande sådan öppen vård. Det har tidigare i många fall varit en realitet att mycket tidskrävande, skröpliga och svårundersökta patienter remitterats till sluten långvårdsmedicinsk vård även i fall där öppen — eller halvöppen — vård varit möjlig med rätta resurser.

Vid Vasa sjukhus i Göteborg öppnades i oktober 1969 en långvårdsmedicinsk poliklinik med huvudsaklig uppgift att tillgodose detta eftersatta behov. Erfarenheterna från denna poliklinik under dess första verksamhetsår har tidigare redovisats (Steen och Svanborg, 1970) och nuvarande erfarenheter skall här endast i korthet sammanfattas. Antalet besök vid polikliniken under

perioden augusti 1970—juni 1971 framgår av figur 1. Vid beräkningen av fördelningen nybesök/återbesök har Socialstyrelsens normer följts. Samtliga lokaler är utformade för rullstolsbundna eller bårburna patienter. Behovet av undersökningsrum och personal är stort p. g. a. tidskrävande hjälp åt patienterna med av- och påklädningar, transporter inom polikliniken, anvisningar för förberedelser av röntgenundersökningar, återbesökstider etc.

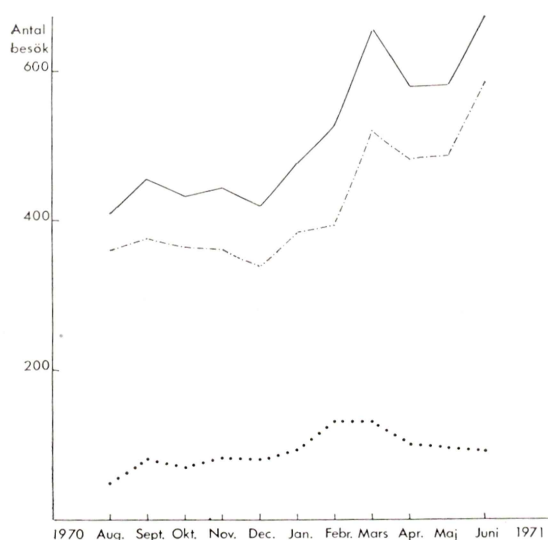
Vid polikliniken arbetar — förutom sjukhusets läkare — tre sjuksköterskor, en undersköterska, två sjukvårdsbiträden, ett ekonomibiträde, en kassörska, två sekreterare och en dietist (samtliga heltid) samt en kurator och en fotvårdsspecialist (deltid).

Vi anser det synnerligen önskvärt att patienten i förekommande fall vid ett och samma poliklinikbesök kan undersökas och behandlas av samtliga medlemmar av vårdteamet, d.v.s. förutom av läkare och sjuksköterska även av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, dietist, fotvårdsspecialist etc. där dylikt behov föreligger. En färd till polikliniken kan nämligen vara en påfrestande upplevelse för många av dessa patienter varför det är önskvärt att antalet besök nedbringas. Det är även önskvärt att vissa röntgenundersökningar, t.ex. av hjärta/lungor och skelett samt vissa kliniskt-fysiologiska undersökningar skall kunna göras i samband med poliklinikbesöket. Vid polikliniken vid Vasa sjukhus är de topografiska förhållandena gynnsamma i detta avseende då polikliniken genom en tillbyggnad står i direkt förbindelse med laboratoriebyggnaden som inrymmer kliniskt-kemiskt och kliniskt-fysiologiskt laboratorium jämte röntgenavdelning.

Som redan antytts bör den polikliniska behandlingen av långvårdsmedicinska patienter med sina ofta multipla sjukdomstillstånd och handikapp vara ett lagarbete, där det är svårt att framhålla betydelsen av enskilda kuggar i maskineriet. I denna korta framställning vill vi likväl understryka betydelsen av två funktioner vid polikliniken, nämligen kuratorsverksamheten och dietistverksamheten.

Vad gäller kuratorsfunktionen är behovet stort. Kunskaperna om möjliga åtgärder för förbättring

Fig. 1. Antalet besök vid geriatriska polikliniken vid Vasa sjukhus i Göteborg under perioden augusti 1970—juni 1971 uppdelat på nybesök (....) och återbesök (— . — .) samt totala antalet besök (—).



av den sociala situationen (åldrvård, handikapptransporter, vårdbidrag till anhöriga, bidragsberättigade hjälpmedel i hemmet etc.) är ofta obetydliga hos patienterna och deras anhöriga.

Vi har även kommit att betrakta dietistverksamheten inom polikliniken som praktiskt taget omistlig. Bristande kostvanor är icke ovanliga hos långvårdsmedicinska patienter, till en del endast beroende på bristande kunskap i elementär näringslära. De vanligast förekommande tillstånden som medfört remiss till dietisten har varit diabetes (c:a hälften av fallen), obesitas samt hyperlipidemi.

Det långvårdsmedicinska patientklientelet har ofta behov av från tid till annan växlande slag av vård inom den långvårdsmedicinska sektorn (öppen vård, dagsjukvård, slutna vård på lång-

vårdsmedicinsk klinik eller sjukhem). Flera utvägar måste aktivt prövas för att avlasta den hårt trängda långvårdsmedicinska slutna vården. Det är möjligt att de långvårdsmedicinska klinikerna framdeles åläggs ett ökat medicinskt ansvar även utanför sjukhus och sjukhem. Det är lättare också för anhöriga att påtaga sig vårdansvar för sjuka åldringar i hemmet, när de vet att de vid problem kan uppsöka en medicinsk instans inriktad mot just dessa frågor. En kraftigt expanderande öppen vård är också en hörnsten i den förebyggande vården.

REFERENS

B. Steen och A. Svanborg. Öppen vård inom långvårdsmedicinen. *Pehr Dubb journalen*, 4:37—41, 1970.

Perioder av slutna vård – ett stöd för den öppna vården

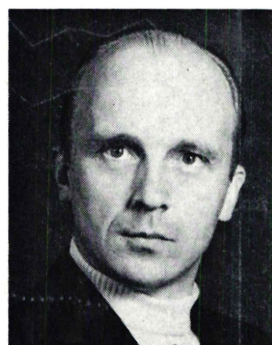
Sedan några år har man i Skaraborgs län prövat vårdperioder på sjukhem som ett komplement till den öppna hemsjukvården. Det har funnits flera skäl för denna vårdform. Man har velat förbättra patientens möjligheter att vårdas i hemmet genom regelbunden medicinsk genomgång och aktiv terapi. Det har också gällt att ge vårdaren (oftast en anhörig till patienten) en tids avlastning och semester från vårduppgiften. De allmänna erfarenheterna av vårdformen är i många avseenden goda — ett intryck som förstärks vid en systematisk genomgång av patienternas tillstånd vid inskrivningen resp. utskrivningen från sjukhemmet.

Vårdformen torde ännu vara mindre vanlig i vårt land. I nedanstående artikel ges en relativt detaljerad redogörelse för verksamheten. Därtill presenteras en översikt över patientmaterialet vid Skara sjukhem 1970.

Björn Svensson är bitr. överläkare och Bertil Andersson är underläkare vid långvårdskliniken, Skara sjukhem.



Björn Svensson



Bertil Andersson