

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

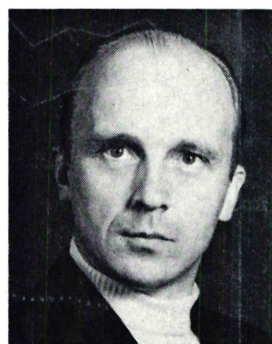
Sedan några år har man i Skaraborgs län prövat vårdperioder på sjukhem som ett komplement till den öppna hemsjukvården. Det har funnits flera skäl för denna vårdform. Man har velat förbättra patientens möjligheter att vårdas i hemmet genom regelbunden medicinsk genomgång och aktiv terapi. Det har också 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

Som ett led i en förbättrad hemsjukvård startade Skaraborgs läns landsting 1967 en s. k. hemsjukvårdsavdelning, där patienter som vårdades i hemmen med hemsjukvårdsbidrag kunde komma i åtnjutande av en vårdperiod, dels för medicinsk genomgång och aktiv terapi, dels för att vårdaren (oftast anhörig till patienten) skulle kunna få en tids avlastning och semester från vårduppgiften. Samtidigt erbjöds de vårdare som så önskade och hade möjlighet därtill, att delta i en instruktionskurs under en vecka av vårdtiden (1, 2).

Till en början begränsades vårdperioderna till tre veckor, men detta befanns vara i kortaste laget. De förlängdes därför efter en tid till fyra veckor. När Skara nya sjukhem togs i bruk i december 1968, förlades verksamheten dit. Senare utökades den med några platser vid långvårdskliniken i Falköping. Sedan 1960 är 15 vårdplatserade enbart för dessa patienter.

Hur kommer patienten in?

Ansökan om en vårdperiod görs på en särskild blankett, som förmedlas av distriktssköterskan från patienten via respektive hemvårdscentral till långvårdskliniken i Falköping. (Skaraborgs län är indelat i fyra sjukvårdsdistrikt med vardera en hemvårdscentral (HVC) i resp. Falköping, Skövde, Lidköping och Mariestad). Överläkaren vid långvårdskliniken bedömer och av- eller tillstyrker ansökan. Om den tillstyrks, sätts patienten på väntelista för intagning. Väntelistan förs centralt vid HVC i Falköping, där man planerar intagningarna och prioriterar efter vårdbehovet.

Kapacitet — behov

Om året indelas i 4-veckorsperioder, räcker de 22 platserna till 286 vårdperioder per år. Vissa vårdkrävande patienter kan få komma in 2—3 gånger om året. Det kan t.ex. vara en senildement åldring eller en gravt invalidiserad patient, som behöver hjälp med det mesta och binder en anhörig vårdare vid sig med behov av tillsyn och passning både dag och natt. I enstaka fall, då vi bedömer utsikterna till förbättring vara goda men samtidigt finner fyra veckor klart otillräckligt för att

uppnå önskat resultat, kan perioden fördubblas till åtta veckor. Med hänsyn till väntekön sker dock detta med stor restriktivitet (förfarandet har i drygt hälften av fallen gällt reumatiker).

Det blir sålunda något mindre än 286 av de f.n. c:a 1200 i länet med hemvårdsbidrag, som kommer i åtnjutande av denna vårdform. Alltefter- som verksamheten fortgått och kännedomen om den spritt sig, har antalet ansökningar tenderat att öka. Under första halvåret av 1971 har kön av tillstyrkta ansökningar legat omkring 100. I en del av dessa är väl motivet mer behov av miljöombyte och rekreation än behov av medicinsk terapi och rehabilitering. Patienten har exempelvis upplevt en tidigare vårdperiod positivt och snart lagt in ansökan om en ny period. Liksom för andra vårdformer är det därför svårt att av längden på väntelistan avgöra det reella behovet, även om det sker en viss gallring genom ansökningsförfarandet.

Skara sjukhem

Den följande redogörelsen för arbetet och patientmaterialet begränsar sig av praktiska skäl till Skara sjukhem. Detta är knutet till långvårdskliniken i Falköping men fungerar relativt självständigt. Den somatiska långvården disponerar vid sjukhemmet 100 vårdplatser, fördelade på två avdelningar à 50 platser. Av dessa 100 platser är hälften vad vi kallar *S-platser*, d.v.s. avsedda för sjukhemsfall, som inte är i nämnvärd grad rehabiliteringsbara. Den andra hälften, kallad *rehab- eller R-platser*, är avsedd för patienter som bedöms ha utsikter att kunna rehabiliteras, så att de kan utskrivas till hemmet eller till ålderdomshem. På grund av brist på sjukhemsplatser i länet har vi ständigt en för hög andel S-patienter (i regel 5—8 för många), och ett av problemen är att inte inför trycket utifrån låta ännu större del av R-platserna "tamponeras" av sjukhemsfall.

Av R-platserna är 15 reserverade för den här skisserade vården av hemsjukvårdspatienter. Vi kallar dem *HR-platser* (HR = hemsjukvård-rehabilitering), och i fortsättningen används för enkelhetens skull våra hemgjorda termer "HR-patient", "HR-period", etc.

Vid sjukhemmet finns två heltidsanställda läkare (1 böl + 1 ul). Av de 2 1/2 sjukgymnast- och 2 arbetsterapeuttjänsterna har tidigare en del varit vakanta, men tack vare kunnig och entusiastisk personal på de besatta tjänsterna, inkl. bra terapibiträden, och intresserad, terapiinriktad avdelningspersonal har det hela fungerat tillfredsställande.

Behandlingsprogram

Den vård och terapi, som kommer HR-patienterna till del, skiljer sig i princip inte från de övriga patienternas, men genom att vårdtiden är fixerad till fyra veckor blir det hela mer "programmerat". Varannan måndag inläggs 7 resp. 8 patienter (kallade genom HVC i Falköping) på växelvis den ena resp. den andra av våra vårdavdelningar. Inkomstdagen genomgår patienten gängse intagningsrutin (undersökning, prelim. lab.- och med.-ordinationer, etc.). Följande dags förmiddag hålls s.k. terapikonferens med deltagande av läkare, avd.-personal, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kurator. Även patienten är i regel med. Ett behandlingsprogram och en preliminär målsättning för vårdperioden diskuteras fram. Senare får kanske detta justeras allteftersom vi lär känna patienten, efter patientens reaktion på insatt terapi eller efter de informationer som lab. och röntgen ger. I många fall ägnas första veckan huvudsakligen åt insamling av data genom utredning med lab. och ev. röntgen, införskaffande av journaler från kliniker, där patienten tidigare vårdats, och inte minst genom observation av patienten. Först därefter insätts lämplig funktionell terapi. De flesta patienter är ju gamla och lider av flera sjukdomar. En del är på grund av sjukdom eller allmän åldersskräpighet ur stånd att klara mer än mycket lätt "allmän aktivering". Andra har till följd av en arteriosclerosis cerebri så nedtagna intellektuella funktioner att de inte är mottagliga för någon form av aktivering eller ADL-träning. Jämte en "allmän medicinsk genomgång" blir det i dessa fall endast fråga om ren omvårdnad.

Utskrivning

Motsvarande måndagsintagningen sker varannan fredag "HR-utskrivning". Därvid samlas också hela behandlingsteamet, och dessutom kommer ofta någon från respektive HVC eller ibland distriktsköterska, som har att svara för den ev. fortsatta behandlingen i hemmet. Tillsammans med patienten (+ ibland anhörig vårdare) görs upp ett program för framtiden, innefattande t.ex. återbesök och kontroller, behandling av distrikts-sjukgymnast, hembesök av distriktsarbetsterapeut för komplettering av tekn. hjälpmedel m.m., stödåtgärder i form av hemsamarithjälp etc. Vidare försöker vi tillsammans med patienten enas om, huruvida det är motiverat med ytterligare HR-period eller inte, och i så fall hur snart. Det sistnämnda noteras i journalepikrisen och utgör en viss ledning för långvårdsöverläkaren, då han skall ta ställning till en ev. förnyad HR-ansökan från patienten.

Vid utskrivningen försöker vi också fastslå, om patienten blivit förbättrad av vårdperioden eller inte. I första hand tillfrågas vederbörande, hur han/hon själv upplevt behandlingen, om det skett någon förbättring och i vilket avseende. För att dessutom i möjligaste mån objektivisera behandlingsresultatet upprättas vid HR-periodens början och slut, dels av sjukgymnastikavdelningen ett funktionsstatus, dels av arbetsterapiavdelningen ett *ADL-status*. Båda görs upp efter en tryckt schablon, det förra avseende olika förflyttningsmoment, det senare övriga ADL-funktioner.

Bedömning av "funktionsnivå"

För att bedöma resultatet har vi gått igenom 1970 års journaler och försökt klassa patienterna efter deras status vid in- resp. utskrivning. Efter att ha övervägt en del olika kombinationer av bedömningsvariabler (funktionella, medicinska, sociala) och funnit, att det blev onödigt komplicerat, fastnade vi för följande enkla indelning i fem "funktionsnivåer" eller "funktionsgrupper" (i fortsättningen förkortat till *F-grupp*) alltefter behovet av tekniska hjälpmedel och hjälp av annan person:

F-grupp

- 1 lätt handikapp som kräver endast något enkelt hjälpmedel, som t.ex. käpp eller bock vid gång.
- 2 behov av ett eller flera mer avancerade tekn. hjälpmedel men ej behov av annan person för ADL och förflyttning.
- 3 =2+behov av annan person för förflyttning och/eller ADL.
- 4 endast en eller ett par funktionsrester kvar, t.ex. äta själv, hjälpligt gå några steg mellan två levande stöd.
- 5 totalt vårdberoende, behöver hjälp med allt.

Denna indelning var enkel men visade sig för "grovmaskig" för att fånga upp många även mycket förbättrade fall. F-grupp 3 innefattar ju ett brett spektrum patienter, och för de flesta är det ett stort steg att bli i skick att överföras till grupp 2. Vi har här också i viss mån tagit hänsyn till psykologiska faktorer: en patient som s.a.s. rent motoriskt-ADL-mässigt borde kunna klara sig själv men p.g.a. ett ängsligt, hjälpsökande eller "senilt" psyke vore otänkbart att t.ex. placera ensam i en lägenhet med endast lite hemsamaritillsyn dagligen, har vi hänfört till grupp 3. För F-grupp 2 har vi som gränsdragning mot grupp 3 krävt att följande fråga skulle kunna besvaras jakande: "Skulle patienten klara sig ensam i en stuga eller en lägenhet med på sin höjd hemsamaritillsyn för matlagning och städning?"

För att uppmuntras av ett siffermässigt bättre resultat än det som erhöles av enbart denna grova skala, införde vi beteckningen "förbättrad inom gruppen" för patienter, som klart förbättrats enligt funktions- och ADL-status och enligt behandlingsteamets bedömning vid utskrivningen men utan att kunna flyttas över till lägre F-grupp. I det följande används i text och tabeller beteckningen *objektivt förbättrad* för dem som enligt dessa kriterier förbättrats "till lägre grupp" eller "inom gruppen". Detta trots att metoden givetvis ur vetenskaplig synpunkt inte innebär någon objektiv mätning utan uttrycker personalens samlade värdering av behandlingsresultatet. Avsikten med den följande redogörelsen är emellertid i förs-

ta hand att försöka ge en systematisk och konkret beskrivning av vårdförloppet ur "funktionsnivå"-synpunkt, såsom det uppfattas av personal resp. patienter. "Objektivt förbättrad" är då en enkel term att jämföra med *subjektivt förbättrad*, som avser patientens egen uppfattning om resultatet.

Patientmaterial

Sammanställningen omfattar alla HR-patienter som under 1970 in- och/eller utskrivits. Sålunda kommer i årets början och slut med några som inskrivits i slutet av 1969 och några utskrivna i början av 1971. Totalantalet blir på så vis något större, men effekten på behandlingsresultatet blir kanske snarast något negativ, emedan det under jul- och nyårshelgerna kommer in ett större inslag av rena vårdfall. De rehabiliteringsbara hinner dessutom då inte få så många behandlingar som annars.

HR-materialet för 1970 enligt detta urval omfattar 185 vårdperioder för 168 patienter. Vid resultatbedömningen har följande ej medtagits:

3 döda i cerebrovaskulär insult (vårdtid 31, 37, 135 dagar).

1 överförd till med.klin. efter 8 dagar (hjärtinfarkt död 1 dygn senare).

2 överförda till infektionsklin. efter 4 resp. 9 dagar (1 osteitrecidiv i femurfraktur, 1 MS med fula decubitus).

1 pat. med coxarthros som efter 4 dagar utskrevs för fortsatt behandling i dagvård.

Det återstår därefter 178 HR-perioder för 162 patienter, därav för 147 pat. 1 period för 14 pat. 2 perioder, för 1 pat. 3 perioder. Siffrorna i det följande och i tabellerna avser vårdperioder och inte enskilda patienter.

Vårdtid, diagnosgrupper m. m.

1 pat. har övertagits direkt från infektionsklin., övriga har inkommit från hemmet. Vårdtiden är för majoriteten 26 dagar, i en del fall några få dagar kortare eller längre (helger, vård över vec-koslut etc.). I 16 fall har vårdperioden blivit avsevärt längre än 4 veckor, för 7 av dessa p.g.a. fördubblad period på HR-plats, medan 9 av olika

skäl förts över till "vanlig" R-plats för en tids fortsatt behandling. För de sistnämnda är vårdtiden omkring 40 dagar för 7 pat., 80 dagar för 1 pat. som sedan överfördes till sjukhem, hela 116 dagar för 1 pat., utskriven till hemmet.

Av de 178 har alla utom 4 utskrivits till hemmet. 1 pat. överfördes vid HR-periodens slut till mentalsjukhus p.g.a. depression, 3 överfördes till sjukhem för fortsatt vård. Endast i undantagsfall har det förekommit att anhöriga försökt utnyttja detta med HR-period till att få patienten varaktigt sjukhemsplacerad genom att under vårdperioden förklara sig ur stånd att fortsätta med vidare vård i hemmet. Principen från vår sida har konsekvent varit den, att om inte någon försämring tillstött under vårdtiden, har patienten vid periodens slut utskrivits till hemmet. Detta är ju en grundförutsättning för att hela verksamheten skall fungera och inte platserna blockeras.

Ålders- och könsfördelning framgår av *tabell 1*.

Tabell 1. Ålders- och könsfördelning

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
< 51	13	11	24
51—60	12	11	23
61—70	31	18	49
71—80	40	22	62
81—90	12	8	20
Totalt	108	70	178

Vid sammanställning i diagnosgrupper, *tabell 2*, har vi gått efter huvuddiagnos på journalen, d.v.s. den åkomma som bedömts utgöra främsta anledningen till vården. Hos en stor del finns ju ytterligare en eller flera starkt bidragande sjukdomar, men detta har vi bortsett ifrån. Materialet är så litet att en ytterligare uppsplittring inte har något statistiskt värde.

Resultat

Tabell 3 och 4 visar resultatet enligt de bedömningsmetoder som tidigare beskrivits. I *tabell 3* anges antal i varje F-grupp vid in- och utskrivning, totalt och fördelat på diagnosgrupper. (F-

Tabell 2. Fördelning efter diagnosgrupper och kön

Diagnos	Kvinnor	Män	Totalt
Rheumatoid arthrit	39	6	45
Arthrosis deformans	15	8	23
Defektläkt collumfraktur	7	—	7
Cerebrovaskulär insult			
med hemipares	10	11	21
Arteriosclerosis cerebri	11	8	19
Parkinsons syndrom	3	13	16
Sclerosis disseminata	7	11	18
Övr. neurolog. sjukdomar	8	7	15
Övriga	8	6	14
Totalt	108	70	178

Tabell 3. "Funktionsnivå" vid in- och utskrivning inom olika diagnosgrupper

Diagnos	F-grupp	Antal in- resp. utskrivna i				
		1—2	3	4	5	
Rheumatoid arthrit	in	13	28	3	1	
	ut	17	24	3	1	
Arthrosis deformans	in	16	7	—	—	
	ut	16	7	—	—	
Defektläkt collumfraktur	in	7	—	—	—	
	ut	7	—	—	—	
Cerebrovask. insult med hemipares	in	6	12	1	2	
	ut	8	10	2	1	
Arteriosclerosis cerebri	in	2	8	8	1	
	ut	2	11	5	1	
Parkinsons syndrom	in	1	10	2	3	
	ut	2	9	2	3	
Sclerosis disseminata	in	5	5	8	—	
	ut	6	4	8	—	
Andra neurolog. sjukdomar	in	6	9	—	—	
	ut	6	9	—	—	
Övriga	in	3	9	—	2	
	ut	3	9	—	2	
Totalt	in	59	88	22	9	
	ut	67	83	20	8	

Tabell 4. Behandlingsresultat i olika diagnosgrupper

Diagnos	Totalt antal	Förbättrad till lägre F-grupp	Förbättrad "inom gruppen"	Totalt obj. förb.	Obj. oförb. men subj. förb.	Försämr.	Obj. förb. men subj. oförb.
Rheumatoid arthrit	45	4	22	26	8	—	3
Arthrosis deformans	23	—	15	15	2	—	1
Defektläkt collumfraktur	7	—	3	3	1	—	1
Cerebrovask. insult med hemipares	21	3	8	11	2	1	—
Arteriosclerosis cerebri	19	3	4	7	1	2	1
Parkinsons syndrom	16	1	6	7	—	—	1
Sclerosis disseminata	18	1	7	8	3	—	—
Övr. neurologiska sjukdomar	15	—	3	3	2	—	—
Övriga	14	—	3	3	1	1	—
Totalt	178	12	71	83	20	4	7

grupp 1 borde ju inte vara representerad bland HR-pat., då ett så litet hjälpbehov inte kvalificerar till hemvårdsbidrag. 3 pat. har trots detta kunnat föras till denna grupp redan vid inskrivn., beroende på att deras tillstånd förbättrats efter det att vårdbidrag och HR-period beviljats. Ingen pat. har förbättrats från grupp 2 till 1.).

Som framgår av tabell 4 kan man hos 47 % (83 av 178) registrera en objektiv förbättring. Hos 12 pat. eller c:a 7 % var förbättringen så stor att de kunde placeras i en lägre F-grupp. Av diagnosgrupperna är de flesta numerärt för små för att man skall kunna dra några slutsatser beträffande frekvenskillnader, möjligen med ett par undantag: Å ena sidan visar gruppen ledsjukdomar (RA + arthros) en andel obj. förb. på c:a 60 % (41 av 68), medan å andra sidan motsvarande siffror för de neurologiska sjukdomarna (MS + övr. neur.) är 33 % (11 av 33). De flesta yngre patienter återfinns, som väntat, bland neurologfallen och i viss mån bland reumatikerna.

Av de 95 obj. oförbättrade anser sig 20 (21 %) subj. förbättrade. Detta stämmer med den allmänna tendens vi erfarit, att patienterna oftast upplever en större positiv effekt än vi "objektivt" kan registrera. Undantag finns dock, vilket fram-

går av högra kolumnen i tabell 4., som vi särskilt mest som ett kuriosum. Bland dessa "subj.oförb." har vi funnit en patient med reumat.arthrit som vi själva bedömt som obj. *mycket* förbättrad "inom gruppen"!

Kurs för vårdare

Beträffande den inledningsvis nämnda instruktionskursen för vårdare under en vecka av HR-perioden har vi endast gjort en summarisk översyn över deltagar- och kursfrekvens. Någon studie av socialmedicinska bakgrundsfaktorer (sjukdomsgrupper, yrkes- och socialgrupper, geografiska skillnader m.m.), som ev. kunde vara av intresse, har inte gjorts.

Bara i enstaka undantag har kursdeltagare varit hemsamarit, för övrigt har det varit anhöriga (maka, make, dotter, sonhustru) till patient. Under första halvåret av verksamheten 1967 förekom kurs med 7—10 deltagare vid s.g.s. varje HR-period (för 11—13 patienter). Därefter hade man i nära två år en kurs med vardera 5—8 deltagare under i genomsnitt varannan vårdperiod. Under 1970 förekom endast två kurser med sammanlagt 19 deltagare, och under 1971 planeras nu (augusti) en första kurs för året.

Intresset för kurserna har alltså till synes minskat successivt. Den främsta anledningen härtill tror vi vara, att med tiden en allt större del — under innevarande år en klar majoritet — av HR-patienterna är "åter in-patienter". De flesta för kurs intresserad vårdare för de patienter som nu tas in, har därmed hunnit avverka kursen. Det allmänna intrycket är annars, att de som gått kursen i regel upplevt den positivt. Att kurserna nu kommer glesare (beroende på att man av ekonomiska och personella skäl strävar efter att samla ihop åtminstone 5—6 deltagare till varje kurs) blir ju också i sig själv en faktor som försvårar deltagande för en del nytillkomna intresserade (svårare att göra sig fri när kursen inte sammanfaller med HR-period för vederbörandes patient).

Slutsatser

Denna genomgång av ett års patientmaterial på "hemsjukvårdsplats" vid Skara sjukhem bekräftar de mer preliminära resultat som tidigare beskrivits av Björnberg (2, 3). En stor del av patienterna, i vårt material närmare hälften, utskrivs funktionellt förbättrade efter några veckors aktiv terapi med "fysikalisk beh.", sjukgymnastik, ADL-träning, funktionell arbetsterapi, etc. I de flesta fall, för såväl förbättrade som oförbättrade, torde vårdperioden dessutom innebära en avlastning och vila för vårdaren i hemmet, en effekt som inte är den minst viktiga. Om inte denna form av vård erbjudits, för flera patienter tämligen regelbundet 1—2 gånger om året, hade alternativet i många fall varit placering på sjukhem. En sådan mer varaktig sluten vård blir givetvis förr eller senare aktuell för många även nu, men tidpunkten härför kan genom dessa intermittenta vårdperioder uppskjutas.

Hos majoriteten patienter kvarstår, även om förbättringen är påtaglig, ett hjälpbehov som motiverar fortsatt hemvårdsbidrag. I enstaka fall har emellertid resultatet blivit, att patienten vid utskrivningen bedömts som ej längre berättigad till vårdbidrag, en effekt som inte alltid mottagits positivt av den anhörige vårdaren!

Hur varaktig blir den uppnådda förbättringen? Det varierar naturligtvis. Ofta blir den säkert

kortvarig. Väl hemma i sin gamla miljö sjunker patienten, trots hemprogram och instruktioner till anhöriga eller hemsamarit, ofta tillbaka till samma aktivitetsnivå och hjälpbehov som tidigare. Pejme (4) har vid en efterkontroll av patienter vid en rehabiliteringsklinik funnit ganska nedslående resultat, då det gällt varaktigheten av er-nådda förbättringar. Även om det där är fråga om ett annat patientklientel och en annan målsättning för rehabiliteringen än hos oss, är problematiken i princip likartad. Det krävs någon form av "underhållsbehandling" för att gjorda ansträngningar i många fall inte skall vara bortkastade. När det gäller långvårdspatienter i hemsjukvård, förefaller den ovan beskrivna vårdformen med för varje patient lämplig kombination eller "varvning" av sluten vård med vård i hemmen, den senare vid behov understödd av hemvårdscentralens resurser, vara en lösning på problemet.

I varje fall är våra erfarenheter så goda bland patienter och vårdare, i hem och på sjukhem, att vi hoppas att verksamheten kommer att utökas i takt med utbyggnaden av långvården i länet. Vid Skara sjukhem har från starten HR-patienterna utgjort en integrerad del av klinikens verksamhet. Ytterligare en positiv effekt härav kan tillfogas: denna patientgrupp svarar för ungefär hälften av den totala omsättningen av patienter på avdelningarna (totalt 346 inskrivningar 1970) och bidrar därigenom till en ökad omväxling och stimulans i arbetet för vårdpersonalen och i avdelningsmiljön för övriga patienter.

LITTERATUR

1. Läk.-tidn. 64:5154—5156 (nr 51, 1967).
2. Björnberg, Jörgensen: Geront. Clin. 11:145—148 (1969)
3. Björnberg: Arbetsterapeuten, nr 5, 1968.
4. Pejme: Läk.-tidn. 65:3705—3708 (nr 38, 1968).