

Långtidsvårdens fördelning på olika vårdtyper¹

Överläkare Johan Rudebeck, Örnsköldsvik:

Av många och väl kända orsaker har behovet av samhällsinsatser för långtidssjuka medborgare på ganska kort tid ökat enormt. Av likaledes många och väl kända orsaker har samhället inte lyckats bygga ut sina resurser ens tillnärmelsevis i takt med denna ökning. Långtidsvården är därför nu det svåraste bristområdet inom vår sjukvård — mentalsjukvården möjligen undantagen — och dess eftersläpning har dessutom svåra återverkningar även på andra vårdområden, t. ex. akut sjukvård och socialvård. Kravet på s. k. "omedelbara krafttag för att lösa krisen" är därför starkt, och många ansvarskännande sjukvårdshuvudmän håller förmodligen just nu på med att planera för utbyggnad av resurserna eller är redan i gång med en sådan utbyggnad.

Vårt eget landsting antog vid urtima möte våren 1964 en ny detaljerad plan för långtidsvårdens snara utbyggnad och är delvis redan i färd med att effektuera denna plan.

I ett sådant läge måste frågan om långtidsvårdens fördelning på olika vårdtyper vara brännande aktuell och väl värd en diskussion.

Alla i det här sammanhanget relevanta faktorer — medicinska, sociala, ekonomiska o. s. v. — ändras ständigt och snabbt. Från gårdagens erfarenheter, ännu osmälta och svåröverskådliga, hämtar vi de s. k. fakta, och med utgångspunkt i dem sitter vi i dag och drar kurvor in i en morgondag, som vi vet ännu mindre om. Det är som att försöka hitta ett reaplan i dess flykt över himlavalvet. Örats vittnesbörd ur det förflutna leder oss att fixera blicken på en viss punkt, men när blicken har hunnit dit är planet redan långt därifrån.

Innan man med någon utsikt till framgång kan planera fördelningen av långtidsvårdsklientelet inom ett visst sjukvårdsområde på olika vårdtyper, måste man veta, att man inom området verkligen är villig att skaffa fram vårdresurser, som totalt sett är tillräckligt stora. För den slutna långtidsvården är väl fortfarande läkarprognosutredningens siffra det gällande riktmärket, alltså ett platsantal av 55 0/00 av befolkningen i åldern 70 år och däröver. Västernorrlands läns landstings planering utgår från den siffran, vars ungefärliga giltighet också har bestyrkts av en länsomfattande patientinventering för tre år sedan. Siffran motsvarar här drygt 1 400 platser år 1970. Till detta måste givetvis komma resurser för hemsjukvård av det återstående klientelet. Planeringen måste också bygga på den förutsättningen, att långtidsvårdens egna överläkare har ansvaret för den aktuella placeringen av de enskilda patienterna. Vårt landstings beslut innefattar den förutsättningen och siktar på en indelning av området i fyra regioner. Vid lasarettet i Örnsköldsvik är det nya systemet i funktion sedan 1962. Vid lasarett i Sundsvall och Härnösand har överläkartjänster nyss inrättats men ännu inte tillsatts. (Juni 1966: tjänsten i Härnösand tillsatt, tjänsten i Sundsvall under tillsättning.) I fråga om Sollefteå finns än så länge endast principbeslutet.

De vårdtyper, på vilka klientelet skall fördelas, är som vi vet följande:

1. Akutvårdskliniker
2. Långtidsvårdskliniker
3. Centrala sjukhem, anslutna till lasarett
4. Perifera sjukhem
5. Hemsjukvård.

Ålderdomshemmen, vilkas nödtvungna medverkan i sjukvården har kritiserats så hårt och som

¹ Efter föredrag vid årsmöte 1965 med Svenska Sällskapet för Åldersforskning i Örnsköldsvik.

därför håller på att utmönstras ur sammanhanget, skymtar på nytt i framtidens kulisser, men nu som komponenter i landstingsdrivna s. k. geriatriska enheter för vård av såväl friska som sjuka åldringar.

Akutvårdsklinikerna kan inte förbigås i resonerandet. Många långvariga sjukdomstillstånd börjar akut — man tänker t. ex. särskilt på cerebralkardiovaskulära insulter, åtskilliga fall av hjärtsjukdom, collumfrakturer. Många patienter, t. ex. en stor del av de hjärtsjuka, växlar mellan relativ hälsa och akuta försämringar. Tydligt är det på sina håll mer eller mindre omöjligt för svårt akut sjuka åldringar att få sjukhusvård, en sannskyldig samhälls bankruttförklaring.

Att akuta kirurgiska situationer skall handhas på kirurgiska kliniker oavsett patientens ålder är självklart. I fråga om akuta medicinska situationer hos åldringar tillämpas troligen på sina håll direkt inläggning på långtidsvårdsklinik. Principiellt tror jag det är bättre att koncentrera de för akutvård behövliga personella och tekniska resurserna till akutklinikerna och att först sekundärt, sedan den akuta situationen hävts och förutsättningen med viss sannolikhet kan bedömas, överföra patienten till långtidsvården. Är denna dimensionerad så att den *kan* ta emot patienter från akutklinikerna utan för långa dröjsmål, så ökas i motsvarande grad dessas möjligheter att klara sin del av vården.

Svårare är det att klargöra vad som är en riktig fördelning av klientelet mellan de olika instanserna inom den egentliga långtidsvården. En huvudfråga tycks vara denna: i vilken utsträckning bör långtidsvården anslutas till lasarett och i vilken utsträckning kan vård på perifert sjukhem anses tillfyllest?

Att allmänhetens uppfattning successivt glider över allt mer åt lasarettssidan är otvivelaktigt. Jag har ett intryck av att opinionen bland långtidsvårdens egna läkare ganska bestämt rör sig i samma riktning, och det är ytterst viktigt att detta problem blir fullt belyst. Vi har inte vare sig ekonomiskt eller medicinskt råd med felinvesteringar!

I ett statligt betänkande av år 1947 sägs anstalter för kroniskt sjuka "vara avsedda för sådana

långvarigt kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd är i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras av krav på personlig skötsel, men icke eller endast i mindre grad av krav på sådan diagnostik eller terapi, som erfordrar de resurser i fråga om personal, som utmärker lasarett och sjukstugor".

Ännu i gällande sjukvårdslag av år 1962 talas i 6 § mom. 6 om "långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel."

De båda sista decennierna har intresset för rehabilitering, inklusive aktiv åldringsvård, ökat starkt, vi har lärt oss mycket nytt om dessa ting och har fått åtminstone delvis större möjligheter att ge terapi av värde för gamla och långtidssjuka. Det är helt naturligt, att detta skapar krav hos patienterna, deras anhöriga o. s. v. om delaktighet i lasarettens resurser och en motsvarande motvilja mot "förvisning" till periferien. Den allmänna standardhöjningen medför dessutom ökade anspråk även på detta område. Värde av kontakten med hembygden minskar, när barn, barnbarn och grannar flyttar därifrån. Och skall huvudmannen ändå bygga sjukhem i eller intill en centralort, så varför inte lika gärna i direkt anslutning till lasarettet; det har uppenbara praktiska fördelar.

Men å andra sidan — hur långt skall vi gå? Skall vi strängt taget sikta på lasarettanslutning av *hela* långtidsvården: 600 platser i Sundsvall, 300 i Örnsköldsvik? Hur stora enheter kan man ha? Och finns det ändå inte en avsevärd del att detta klientel, som rent medicinskt inte vinner på närheten till lasarett? Medför inte förläggningen av sådana patienter till lasarett att onödigt många platser kommer upp i en inte behövlig lasarettstandard? Blir det inte en viss risk för att den personal vi har så ont om och som i utvalda fall kan uträtta så mycket, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logoped, i viss mån även läkare — blir tvungen att splittra sig på andra patienter, där intet eller föga kan vinnas? Under den tidigare nämnda förutsättningen, att långtidsvårdsläkare efter tillbörlig observation bedömer varje enskild patients möjligheter, finns det då inte alltfjämt en betydande grupp som behöver "sjukhusvård främst

i form av personlig skötsel", och där resignationen inte bara innebär en kylig realism utan rent av den värdigaste attityden? Ja, vi vet alla att sådana fall finns, men hur stor del utgör de? Har vi på akutsidan alltför lätt att resignera? Jag kan naturligtvis inte objektivt besvara alla dessa frågor. Men jag känner ett starkt behov av att ställa dem och av att få hjälp med att besvara dem.

En annan fråga är denna: Vad är det för skillnad mellan klinik för långtidsvård och centralt lasarettsanslutet sjukhem? Så länge de flesta landsting hade ett enda centrallasarett och i övrigt relativt små och föga differentierade sjukhus, var skillnaden förståelig. Men nu delas även de förut ganska små lasaretten, "normallasaretten", upp på allt flera specialiteter, och därmed blir den nämnda skillnaden i stort sett en fiktion. Har vi då anledning att upprätthålla den? Varför inte ha en enhetlig benämning, och i så fall "klinik", för alla till lasarett anslutna långtidsvårdsavdelningar med egen överläkare?

När jag talar om de perifera sjukhemmen som ett acceptabelt alternativ för en viss del av långtidsvårdsklientelet, så menar jag naturligtvis, att även denna vårdform skall vara, för sina mera begränsade syften, av fullgod beskaffenhet. De sjukhem, som nu är under byggnad eller planering här i länet, är avsedda att tillgodose moderna anspråk och gör det säkert också. Man eftersträvar att ansluta dem till flerläkarstationer, vilket också måste vara en fördel. Tyvärr är det omöjligt att i forcerad takt nedlägga en del äldre sjukhem — det skulle innebära en platsminskning som inte kan accepteras.

Slutligen har vi hemsjukvården. Vi vet, att den för många patienter är ett alternativ som måste accepteras på grund av anstaltvårdens bristande kapacitet. Vi vet emellertid också, att den för många är ett gott alternativ, inte sällan t. o. m. det allra bästa. Vid landstingets inventering 1962 vårdades över hälften av de som långtidssjuka be-tecknade personerna i hemmet. och för 90 % av dessa bedömdes denna vård då som adekvat. Det är möjligt, att denna siffra skulle reduceras, om patienterna samt och synnerligen granskades av på långtidsvård specialkunniga läkare.

Det skulle vara intressant att veta, om de närvarande experterna har några fastare underbyggda siffror att ge oss. Hemsjukvårdens framtid bjuder på många frågetecken, men här i landstinget tror vi alltför lätt, att man måste satsa hårt på den för att hålla den så att säga konkurrensduglig. I glesbygderna, där troligtvis ganska många patienter skulle vilja bo kvar i sina stugor i det längsta, medför avfolkningen och avstånden tyvärr ökande svårigheter att rekrytera hemsamariter och andra hjälpkrafter.

Västernorrlands läns landsting hör förvisso till de huvudmän, som i hög grad känner sitt ansvar inför sjukvården och inte minst inför långtidsvården. Man har gjort stora åtaganden, och man är villig att fullfölja sina beslut och att betala vad det kostar. Kan man skaffa fram pengar, så kommer det alltså att finnas vårdplatser. Över tillgången på personal råder inte landstinget ensamt, men än så länge har vi inte haft någon katastrofal brist på sköterskor och ingen brist alls på sjukvårdsbiträden.

Vi har i den här landsändan av ålder ett utmärkt samarbete mellan landstinget och dess läkare. Även om vi väl vet, att långtidsvården bjuder på svårlösta problem, ser vi därför med en viss optimism mot framtiden.

Överläkare Erland Wemer, Örnsköldsvik:

Vad som här följer är ej menat som något förslag till lösning beträffande dagens frågor angående långtidsvårdens organisation. Det är endast en del reflexioner som förefallit mig vara av värde i sammanhanget vilka är avsedda mera som tillhyggen i en följande diskussion än som ledning för denna. Att planera för långtidsvårdens framtida utbyggnad är som redan framhållits svårt, inte endast därför att det kan vara svårt att beräkna antalet vårdbehövande enligt nutida krav, utan kanske än mera därför, att det i dag är svårt att säga vilka krav vi kommer att ställa i fram-

tiden på platstillgång och på vårdkvalitet i det enskilda fallet.

I en artikel i *Gerontologia clinica* (6:1964) skriver T. N. Rudd: Det är möjligt att den vitala förändringen hos läkarna gentemot de lidande började när upptäckten av aseptisk kirurgi och modern anästesi åstadkom sjukhusplatser med relativ trygghet. Det ökade behovet av sjukhussängar för att behandla sjukdomar som kunde botas, gjorde långtids- och obotliga fall ovälkomna, samt uppmuntrade till förvisning av dessa bort från den vetenskapliga medicinens kungarike. Resultatet har blivit att modern medicin har förlorat sin känsla av ansvar att ta bort lidande i de äldsta åldersgrupperna.

Detta är en företeelse som kan upprepas i större eller mindre omfattning. En ny medicinsk upptäckt av ett preparat som kan bota någon åkomma på ett mycket värdefullt sätt kan måhända komma att fordra kontroll, som exempelvis Ap och guldbehandling m. fl. samt göra intagning på sjukhus önskvärd eller nödvändig. Detta kan komma att ställa nya och ökade krav på vårdplatser och ekonomiska resurser, vilket ånyo kan ställa vissa kategorier långtidssjuka i efterhand under många år.

Så tillkommer effekten av de nytillkomna preparaten. Skall vi våga hoppas på sådana medel och en sådan utveckling som inom tuberkulovården där ett framgångsrikt sjukdomsbekämpande har ställt värdefulla sjukhusplatser till förfogande som t. ex. här i Örnköldsvik, där så många platser har övertagits från tbc-vården att det räckt till att bereda plats för en psykiatrisk klinik samt halva långtidsvårdskliniken. Eller skall vi behöva uppleva ytterligare fler katastrofala biverkningar hos våra nya mediciner i stil med neurosedyn, vilket kommer att ställa ökade krav på samhällets vårdresurser.

Vad som här sagts om sjukvården i stort kan även tillämpas på långtidsvården i och för sig. Nya behandlingsmetoder kan ställa ökade krav på långtidsvårdplatser och det gäller att planera med tanke på en så stor flexibilitet som möjligt beträffande möjligheten att utrusta och utnyttja förfintliga vårdplatser så att man i görligaste mån kan anpassa sig efter uppkommande krav.

Detta var några ord om förhållandet bland annat mellan långtidsvård och akutsjukvård.

Dagens diskussion skulle gälla fördelningen mellan olika vårdformer, klinik för långtidsvård — centrala sjukhem och perifera sjukhem. Om behovet av lasaretsanslutna platser eller fristående sjukhem. Inom de större tätorterna kan man få vårdenheter av sådan storlek att dessa når upp till en tillfredsställande vårdkvalitet och tillfredsställande resurser. Beträffande glesbygder är förhållandet ett annat. Här måste platserna delas upp på fler enheter och man har här av allt att döma bäst löst frågan genom att anknyta långtidsvårdskliniker till lasarett, där man har tillgång till konsultmöjligheter, laboratorium och så vidare. Man skulle i annat fall lätt komma till den situationen att patienten skulle behöva remitteras till långtidsvård å annan plats för att kunna få en fullgod vård eller förhållandet skulle bli att man måste avstå från sådan under olika förevändningar.

Så något om frågan var platserna skall läggas i förhållande till lasarettet. Nära eller på längre avstånd? Man har här i och för sig litet att vinna på att flytta patienten bort från lasarettet medan däremot motivet att flytta patienten närmare hemorten är ett starkt bärande sådant. En väsentlig fråga i detta sammanhang är hur de naturliga kommunikationsvägarna är belägna. En annan fråga är möjligheten att skaffa personal. Denna är väsentlig i och för sig men kan lätt föra för långt bort från hemorten i vissa fall.

Närheten till hembygd och anhöriga spelar en allt större roll ju längre vårdtid det rör sig om. En faktor av betydelse i detta sammanhang är att ett sjukhem i dag knappast kan byggas för mindre än c:a 50 patienter av driftsekonomiska skäl. Sidoordnad till dessa vårdmöjligheter inom slutenvård står hemsjukvården. Här gäller att man skall sträva efter en god hemsjukvård men den bärande motivering — en får ej bli att den slutna vården skall avlastas, utan att patienten skall beredas tillfälle att vara hemma om han så önskar och möjligheterna rimligen tillåter detta. Man bör ha möjligheter att frikostigt ta hänsyn till patientens egna önskningar i

detta fall och till familjesituationen som helhet. De anhörigas plikt att ta vård om den sjuke diskuterar ibland. Här tror jag att de flesta skulle ha sitt ställningstagande klart om man toge upp frågan från patientens sida och i stället diskuterade dennes skyldighet att låta sig vårdas av därtill icke villiga anhöriga med allt vad detta skulle innebära.

Horisontell eller vertikal arbetsoförmåga är begrepp som man använt inom arbetsvårdsfrågor och motsvarande kan tillämpas även inom långtidsvården. Den "horisontella" långtidssjukdomen låter sig placeras definitivt eller för lång tid i viss vårdform, då däremot sådan av vertikal typ motiverar växling mellan olika vårdformer t. ex. hemsjukvård och slutenvård.

Ett fullt utnyttjande av hemsjukvårdens alla resurser förutsätter en samordning med möjligheter till snabb intagning vid behov. Många gånger kan anhöriga vara helt ovilliga att ta emot patienten i hemmet, men vid närmare kontakt kan det visa sig att man räknat med — "tar vi hem patienten så får vi aldrig in honom mera". Ett löfte om återintagning efter viss tid kan här räcka för att frigöra en vårdplats för många månader framåt.

Vad man i detta sammanhang framför allt bör varna för är ett intresselöst och slentrianmässigt handläggande av långtidsvårdsfallens placering. Frågan kan ej lösas enbart med en stor platsvolym. Långtidsvården får ej bli ett ställe där man förvarar patienter. Den får ej bli som en mängd lådor dit man stoppar patienterna. Ett sådant sätt att lösa långtidsvårdens placeringsproblem kan säkerligen bli dyrare än en differentierad och aktiv vård och framför allt sämre för patienten. Självklart är dock att man även vid sådan vård måste ha en tillräcklig platstillgång, ja en sådan är en förutsättning för effektivt utnyttjande av möjligheter till aktiv vård.

Så till slut skulle jag vilja framföra en önskan om en demokratisering mellan olika sjukdomar så att en "fattig hjärnblödning" i någon mån kunde höja sig upp i jämförelse med en patient med låt oss säga ett sällsynt "skönhetsfel beträffande ämnesomsättningen". Inom praktisk sjukvård måste vi först uppfylla kravet att lämna vård till de sjuka som behöver sådan i dag.

Doktor Gustav Haglund, Stockholm:

Medan gårdagens program övervägande sysslade med teoretiska problem inom åldringsvården, lämnar dagens socialmedicinska diskussion också plats för den öppna vårdens synpunkter. Dessa vill jag försöka presentera från min erfarenhet i ett periferdistrikt och vid ett s. k. perifert sjukhem.

Låt mig först stryka under ännu en gång den ofta upprepade påminnelsen att långtidsvårdens prekära läge pockar på mycket snara åtgärder, som också syftar till att ge mycket snara praktiska resultat. Det är inte för den nu aktiva generationens långtidsvård en gång i framtiden, vi planerar och diskuterar här i dag. Det är för att söka lösa de problem och råda bot på den brist på förutseende som i dag skapar lidande, sjukdom och olycka bland kroniskt sjuka gamla och unga människor.

Problemet här liksom i nästan all vår sjukvård, tillspetsas av att vi måste hushålla med våra knappa resurser. Vi kan inte vänta på flera läkare 1975 eller flera långtidsvårdsplatser 1970 eller fler sjuksköterskor år 2000. Vi behöver finna utvägar nu.

I sin inledning har Johan Rudebeck bland de tillgängliga vårdformerna talat om långtidsvårdskliniker och centrala eller perifera sjukhem. Där om finnes nu en del att säga, och först något om terminologin.

Även om långtidsvårdskliniken är en klinik med lång vårdtid, så bör namnet ändå inte förmedla det intrycket, att det just gäller så lång tid. Man kunde med fördel stryka stavelsen "tid" och använda uttrycket långvårdsklinik. Eller kanske ännu hellre geriatrik klinik, eftersom sådant klientel utgör huvuddelen redan nu, och troligen kommer att utgöra det än mer i framtiden.

Vidare menar jag att uppdelningen i centrala och perifera sjukhem är olämplig. Alltför lätt inlägges häri en värdering till de perifera sjukhemmens och deras patienters nackdel. Ett s. k. centralt sjukhem skall vara långvårdsklinik eller sjukhem och inte någonting mitt emellan. Om det anslutes till lasarett bör det alltså vara en klinik och utrustas därefter. Eljest bör det vara ett sjukhem, även om klinikens läkare tillser vården på detta sjukhem och det råkar ligga centralt i förhållande till lasa-

rettet. Skillnaden skall ligga i vårdinsatsen. Det förefaller då olämpligt att vid ett lasarett ha nivåer av olika vårdinsatser. De administrativa vinster som kanske vore att vinna med detta uppväger enligt min mening inte de psykologiska olägenheterna. Om man önskar centralisera all sjukhemsvård till en mycket stor anläggning och lägga ned de "perifera" sjukhemmen så kan ju den lösningen diskuteras. Jag menar nog att det vore en förlust. Inte främst därför att en central anstalt kommer långt från många hembygd utan därför att det just blir en anstalt och såsom sådan tenderar att förlora den karaktär av hem som är väsentlig för den känsla av ombonad, trygghet och förtröstan, som de långvarigt sjuka och gamla behöver, och som sjukhemmet i bästa fall kan förmedla.

Rubriken i dagens diskussionsämne förleder lätt till ett organisatoriskt och statistiskt tänkande, där man föreställer sig att patienterna kan en gång för alla tilldelas vissa vårdtyper, och sedan är det bara att dimensionera antalet platser därefter. Om vi skall dels undvika att göra felinvesteringar i permanenta anläggningar, som för årtionden kan binda vårdarbetet i allt mindre ändamålsenliga former, och samtidigt tillgodose — utan dröjsmål — dagens akuta vårdbehov, måste vi med huvudmännens medverkan och i samarbete med primärkommunernas socialvårdsorgan försöka uppnå den ofta efterlysta integrationen mellan olika vårdformer. Vi borde därmed kunna uppnå en bättre hushållning med knappa resurser, och vi borde på det sättet bättre kunna tillmötesgå de sjukas och de gamlas rätt till personlig integritet och individuella hänsyn.

Den organisationsform, som jag tror kunde väl tillgodose många sådana önskemål, kunde skisseras ungefär så: Under överläkarens ledning och med en fullbemannad stab vid den geriatriska kliniken, skulle denna i sin utriktade verksamhet tillsammans med läkare och annan personal på fältet förmedla kontinuerlig och av de aktuella omständigheterna betingad differentierad vård. I denna landstingets vård skulle patienten inskrivas när anhöriga, distriktssköterskor, socialvård eller läkare i sluten eller öppen vård fann det angeläget att anlita möjligheterna till kontinuerlig social-

medicinsk tillsyn. Vid en sådan ansökan skulle den geriatriska vårdenheten pröva alla i saken relevanta omständigheter och tilldela den form och intensitet i vårdinsats, som vore mest ändamålsenlig med föreliggande resurser. Den skulle kanske bara innebära hjälp till medicinkostnader eller andra hjälpmedel, men kanske också medföra akut intagning på klinik. För att möjliggöra detta måste systemet med vårdbidrag nyanteras från möjligen en blygsam summa i månaden ända upp till en ersättning till hemvårdspersonal, som motsvarar vårdkostnaden på ett sjukhem. Hemsjukvården är f. n. den enda vårdresursen som sannolikt har outnyttjad kapacitet som kunde brukas, tills en uppbyggnad av sjukhemmen kan möjliggöra en avlastning av den geriatriska klinikens klientel och erbjuda en placeringsmöjlighet för dem som behöver sluten vård. Det är också möjligt att om endast utvägen funnes för snabb sådan placering, skulle många anhöriga orka och våga sköta sina sjuka och gamla i hemmet.

En sådan organisation rymmer många olösta frågor. Men den skulle bättre än nu kunna tillmötesgå de dag från dag växande behoven och anspråken, olika personlig läggning och olika familjesociala konstellationer å ena sidan, liksom å andra sidan växlande tillgång på personal och vårdplatser.

En generell lösning än knappast möjlig. Detta kräver anpassning till skilda lokala förhållanden. Men för vår del i norra Ångermanland tycks förutsättningar finnas för att pröva ett sådant arbetsätt. Det vore synnerligen intressant att höra huvudmannens och kommunens uppfattning om detta.

Därnäst är vårt mest angelägna behov att sjukhemmen byggs ut i planerad och helst i snabbare takt.

Slutligen måste också starkt betonas behovet av personell utökning av staben på långvårdskliniken. Den är hörnstenen i hela områdets långvårdorganisation. Först då den kan arbeta med sin fulla kapacitet kan man förvänta den omsättning och den intensitet och aktivitet i vården, som ger impulser till ökade och bättre insatser på ett försummat vårdområde.