

Åldringsvård på internmedicinsk klinik¹

Av överläkare Birger Herner, Varberg

I dagens aktuella diskussion om långtidsvård är det viktigt att ha klart för sig betydelsen av att alltid arbeta för att i görligaste mån undvika permanent anstaltsvård för den enskilde. Det är dock uppenbart att i många fall är definitiv permanentvård tyvärr oundviklig. Det förefaller dock som om administratörer, läkare och annat sjukvårdsfolk alltför ofta betraktar många åldringsvårdsfall som oundvikliga långvårdsfall. I princip skall dock akut sjuka äldre, som behöver anstaltsvård vare sig det gäller exempelvis en kirurgisk åkomma som collumfraktur eller en intern-medicinsk sjukdom som hjärnblödning, vid behov av akut sjukhusvård liksom yngre i första hand tas in på akutsjukhus. Man bör sedan försöka undvika att skapa definitiva anstaltsmäniskor utan istället arbeta för att även äldre så snart som möjligt efter behövlig sjukvård och rehabilitering kommer åter till sina hem eller den kollektiva ersättning därför som skapats i ålderdomshem, pensionärshem och liknande.

Inom mentalsjukvården, där man särskilt tidigare men även allttjämt i mycket stor utsträckning arbetar med långtidsvård, har man alltmer försökt att komma ifrån detta. Där ser man nu klart värdet av förkortade vårdtider, även om detta ofta medför upprepade vårdperioder.

Det är alldeles klart ur humanitär synpunkt att man i görligaste mån skall söka tillfredsställa de åldriga patienternas naturliga hemlängtan. Denna uppfattning delas även av flertalet anhöriga, om sådana finns, och om blott rimliga förutsättningar finns att uppfylla detta önskemål.

Dessa förutsättningar är:

1. Akutvårdskliniken bör omgående taga emot

akut vårdbehövande gamla, även om de är hopplost dåliga. Detta är ju alldeles självklart ifråga om yngre akut sjuka och hjälplösa och är givetvis lika berättigat ifråga om äldre.

2. Akutvårdskliniken bör även omgående kunna lämna hjälp vid recidiv, då förnyad vård behövs, vilket ofta är erforderligt snart igen.

3. Akutvårdskliniken bör försäkra den åldriga patienten och de anhöriga, att man är välkommen åter med sina bekymmer. Det är viktigt att skapa den trygghetskänsla som ligger i vetskapen av att man har akutsjukvårdens stöd bakom sig. Detta medför även att de anhöriga mycket tidigare vågar sköta den gamle hemma till stor fördel för omsättningen på akutvårdskliniken. Därjämte bör kliniken ge lämpliga råd om skötseln hemma både muntligt och skriftligt.

4. Akutvårdskliniken bör ha ett intimt samarbete med sin egen öppenvårdsverksamhet och med övrig öppen vård inom upptagningsområdet.

5. Genom ett intensivt praktikersamarbete kan akutvårdskliniken väsentligt förkorta både sina väntelistor och vårdtider och få en betydligt aktivare gemensam sjukvård inom upptagningsområdet såväl beträffande äldre som yngre patienter. En väsentlig hjälp har kliniken härvid bl.a. av de praktiserande läkarnas personliga kännedom om patienternas hemförhållanden och de föreliggande möjligheterna till hemsjukvård efter avslutad sjukhusvård.

Vid Varbergs lasarets medicinska klinik har vi, för vårt upptagningsområde, som är en stark folkökningsregion, sedan många år försökt att konsekvent tillämpa dessa principer. 70 % av de inneliggande patienterna år 1966 har tagits in omgående vid akut insjuknande, vilket visar att omhänder-

¹) Anförande vid Sveriges Läkarförbunds Riksmöte i Karlskrona den 2—3 juni 1967.

tagandet av akut sjuka i alla åldrar, och härvid gäller det särskilt de äldre, har hög prioritet. Vi understryker också konsekvent vid utskrivningen från kliniken för de anhöriga eller patienterna själva, om de inte remitteras till annan vårdanstalt, att de är välkomna åter vid förnyat behov av sjukhusvård, vilket, som nämnt, stimulerar till hemsjukvård, och förkortar sjukhusvistelsen.

Därjämte söker vi ge utförliga instruktioner för hemsjukvården, vilka ofta kompletteras med skriftliga råd för speciella sjukdomstillstånd av typen: "Råd till patienter med diabetes", "Råd till patienter med magsår", "Hälsoråd till äldre" och "Råd vid sömnrubbingar". Att dessa tryckta anvisningar på vardera cirka 10—15 sidor, utgivna med hjälp av olika läkemedelsföretag, varit till nytta, inte bara för vårt klientel, framgår av deras spridning. Sedan den första utgavs 1960 är det sammanlagda utsända antalet av skrifterna i medio maj i år drygt 850.000 exemplar.

Den intima kontakten med den öppna vårdens läkare har bl.a. befrämjats av gemensamma praktikerronder en gång i månaden. Detta har pågått sedan 1957 och för en dryg vecka sedan d.v.s. den 23 maj i år hade vi ett litet jubileum då vi gick den 100:de praktikerronden.

Vi menar att dessa ronder inte blott har ett utbildningsvärde för alla deltagande utan även och kanske framför allt är en viktig hjälp till rationell sjukvård. Den kontinuerliga kontakten möjliggör en gemensam planläggning av den enskilda patientens sjukvårdssituation och innebär även ett ömsesidigt ansvarstagande som är av stor betydelse.

Under de gångna 10 år, som medicinkliniken varit i funktion, har det här, liksom givetvis på andra ställen, skett en stark förskjutning av klientelet mot högre ålder. Under år 1957 var antalet inlagda patienter 1.545 och 1966 1.632. Det har sålunda inte skett någon större förskjutning av totalantalet patienter men en väsentlig kvalitativ förskjutning. Antalet patienter under 50-års ålder översteg sålunda patientantalet över 67-års ålder med cirka 50 % år 1957 under det att förhållandena var de motsatta 1966 med cirka 50 % större antal patienter över 67-års ålder än under 50-års ålder. Trots en betydligt högre medelålder hos

klientelet har dock omsättningen snarast ökat och medelvårdtiden utgjorde 1966 cirka 13,5 dagar.

Vårdavdelningarna har i betydligt större utsträckning fått ägna sig åt verklig sjukvård av äldre, medan utrednings- och undersökningsfall av både äldre och yngre patienter i stigande utsträckning fått skötas polikliniskt. Denna nödvändiga utveckling, som i mycket hög grad möjliggjorts just tack vare praktikersamarbetet, har icke inneburit någon nackdel utan nästan genomgående varit en klar fördel. Många undersökningar återspeglar nämligen organfunktionerna på ett riktigare sätt, om patienten lever sitt vanliga liv och inte befinner sig i en konstlad sjukhusmiljö. För patienter i yrkesverksam ålder är det därjämte ofta en stor fördel att kunna helt eller delvis vara kvar i sitt arbete eller i varje fall slippa överlåta sådan tillsyn, som är svår att lämna i andra händer.

Den höga frekvensen åldriga patienter exemplifieras även av antalet hjärnblödningar, som utgjorde 76 färskfall år 1966. Till dessa kommer ett antal, som tagits in för förnyad behandling. En annan typisk degenerativ ålderssjukdom, nämligen hjärtinfarkt, utgjorde även i fjor 76 intagna fall. Av dessa dog 57 % av hjärnblödningarna och 37 % av hjärtinfarktarna under sjukhusvistelsen, medan 29 % av hjärnblödningarna och 60 % av hjärninfarktarna kunde utskrivas till egna hem, åldershem eller pensionärshem och 15 % av hjärnblödningarna och 2 % av hjärtinfarktarna överfördes till långvårdsavdelning. Detta ger en viss belysning av vårt behov av långvårdsplatser.

Inte minst tack vare det intima praktikersamarbetet, som gör att sjukvården inom lasarettets upptagningsområde i stor utsträckning sköts som en gemensam enhet, sker intagning som regel från väntelista efter endast 1—2 veckor. Denna utgör icke heller väntelista i gammal bemärkelse utan kan mer betraktas som en förteckning för lämplig fördelning av patientintaget de närmaste dagarna med hänsyn till sjukhusets arbete och patienternas behov och önskemål.

Det är uppenbart att de medicinska vårdavdelningarnas arbete blir tyngre för personalen med detta relativt åldriga och ofta mycket sjuka klientel. Det måste dock anses vara en alldeles självklar

humanitär fordran och riktigt ur behandlingssynpunkt att de enskilda hemmen avlastas ansvaret för akut svårt sjuka familjemedlemmar, som ex. drabbats av hjärnblödning. Trots att behandlingsresultaten vid sådana allvarliga tillstånd alltjämt är synnerligen nedslående även vid det välutrustade akutsjukhuset är det dock där, man så småningom skall kunna förbättra prognosen. Det är därjämte viktigt, inte minst för de anhöriga, att veta att allt, som kan göras blir gjort. Detta ger även dem en personlig trygghetskänsla med tanke på den egna kommande ålderdomen.

För de äldre patienter, som bli förbättrade genom akutvårdsavdelningens behandling, är det ofta mycket gynnsamt att få vistas bland yngre medpatienter som kan hjälpa och aktivera sina äldre kamrater. Samvaron med dem ger de äldre ett påtagligare hopp om, att få komma hem igen, vilket är en mycket stark psykisk aktivator till deras förbättring eller rent av tillfrisknande. Även om man i många fall inte kan vinna så mycket med rehabili-

teringen av de gamla är det dock värdefullt för dem att ett verksamt liv avslutas i en miljö, som ger den bästa psykiska harmonin. För dem, som inte är allt för avtrubbade eller svårskötta, är detta som regel det egna hemmet — om man får tro de gamlas ord — eller den kollektiva ersättningen härför såsom ålderdomshem etc. och icke en permanentvistelse på en långvårdsavdelning.

Det är sålunda vår otvetydiga erfarenhet att en målmedveten planläggning genomförd med fast konsekvens och med det här angivna målet så småningom bär frukt genom att tillfredsställa många enskilda patienters önskemål och främja ett allmänt samhällsintresse.

Det är uppenbart att man får försöka lösa dagens komplicerade situation inom åldringssjukvården på olika sätt. Då vi har så positiva erfarenheter av vårt system som en hjälp härtill, har jag ansett det motiverat att ta auditoriets uppmärksamhet i anspråk för att presentera detta.

KLIPPANS BARNSTOL TESTAD!



*Ger både
säkerhet
och
trivsel*

Begär närmare upplysningar från
AB Br. Ottosson & Co, Klippans

KLIPPAN