

Vad är geriatrik?

Av byråchefen *Ali Berggren*, Stockholm¹⁾

Geriatrik och gerontologi

Alla intresserade vet väl numera att geriatrik (av grek. *geras* = ålderdom och *iatreia* = läkekonst) i modern mening är en tämligen sent framväxande gren i de medicinska vetenskapernas system. Geriatriken motsvarar emellertid det moderna samhällets behov och utvecklas sedan några decennier tillbaka särskilt hos folk, främst Förenta staterna, med växande antal och andelar åldringar; men det är svårt att vinna förståelse i början för att något nytt behövs, liksom fallet på sin tid varit med pediatriken och socialmedicinen. Summariskt brukar man, i synnerhet i den anglosachsiska litteraturen, indela geriatriken i två huvudområden, nämligen *dels* åldrandets biologi samt det normala åldrandets och den normala ålderdomens innebörd med dess fysiska och mentala aspekter, *och dels* sjukdomar under ålderdomen av fysisk och mental samt, vilket synes vara regel, psykosomatisk art. Åldrandets ekonomiska, sociala och kulturella frågor brukar man hänföra till den allmänna åldringsvetenskapens, gerontologiens, vidsträckta område.

Gerontologien och geriatriken är intimt och ouplösligt förenade med varandra. Förhållandet är sålunda analogiskt med strukturen hos socialmedicinen, som ju innefattar icke blott de faktorer hos människorna utan även de faktorer i samhället, som har inflytande på individens och gruppens hälsotillstånd.

Geriatrikens sociala betydelse

Nu kan det naturligtvis icke vara min mening att här besvara frågan om vad geriatriken är genom att närmare utveckla dess vetenskaps-systematiska ställning i medicinen. Än mindre kan det

bli fråga om att diskutera metodiken vid prevention, terapi och rehabilitering i samband med de sjukdomar och hälsorubbningar, som utgör geriatrikens föremål. Meningen med detta föredrag är begränsad till det sociala perspektivet. Jag skall söka ge en uppfattning om åldringsforskningens och åldringssjukvårdens sociala innebörd genom att uppvisa några väsentliga drag i den faktiska bakgrund, som utgör en tvingande motivering till att geriatriken (om man nu använder den benämningen) äntligen och så snart som möjligt i vårt land måste utbyggas vidare i alla sina yttringar. Det rör sig om att inrätta professurer och bereda speciella forskningsresurser, att utbilda läkare och vårdpersonal, utbygga sjukhus- och sjukhemstillgångarna, organisera effektiv hemsjukvård samt personalrekrytering, samt att härutöver organisera saklig och preventiv upplysningsverksamhet för allmänheten om åldrandets och ålderdomens problem.

En lång erfarenhet har övertygat mig om att endast en dylik målmedveten utbyggnad av resurserna inom geriatriken eller motsvarande område kan i dagens och morgondagens samhälle undanröja eller åtminstone mildra de mycket allvarliga bekymmer, som undan för undan drabbar talrika familjer med åldriga sjuka anhöriga och som dessvärre råder i den sociala åldringsvården på många håll.

Det svenska folket åldras

Det mest framträdande draget i bakgrunden till de väldiga och olikartade åldringsproblem, som vårt folk nu står mitt uppe i, utgörs av den stora ökningen av antalet åldringar. Åldrandet är ju ett problem icke blott för individen utan även med starkt växande eftertryck för samhället. Det svenska folket åldras. Detta innebär att antalet gamla personer och särskilt deras andel av hela folkmängden växer. Ålderdomen framträder

¹⁾ Föredrag vid sammanträde den 29 november 1962 i sektionen för åldersforskning vid medicinska riksstämman i Stockholm.

nu för första gången i Sveriges historia såsom en reell massföreteelse. Ökningen av åldersgrupperna över den konventionella men i dagens svenska samhälle för låga åldersgränsen 65 år är särskilt efter 1950 mycket markant, såsom framgår av denna tablå och diagram 1.

År	65 år och däröver	
	Antal	% av hela folket
1900	429.800	8,4
1950	721.100	10,2
1960	897.400	11,9
1970	1.128.000	14,1

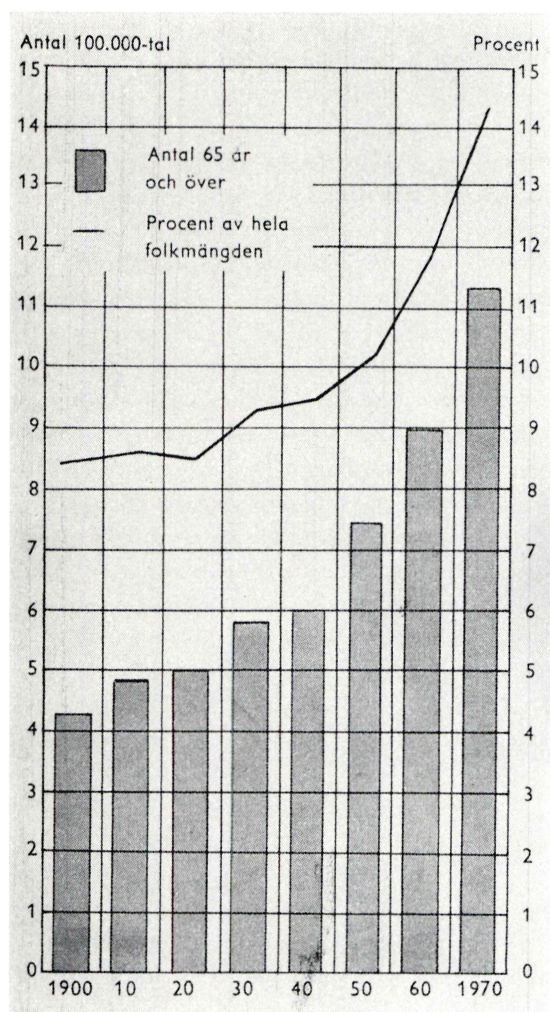


Diagram 1. Folkmängden i Sverige 65 år och däröver. Antal och procent av hela folkmängden 1900—1970.

Det visar sig att antalet åldringar under hela tiden efter sekelskiftet vuxit och beräknas fortfarande att växa. Under 1960-talet väntas ökningen bli omkring 250.000 personer. Den relativa andelen är särskilt värd att uppmärksammas. Den var åren 1950, 1960 och väntas bli 1970 i ordning 10,2, 11,9 och 14,1 %.

Den sociala och ekonomiska utvecklingen. Fler ensamboende gamla

Mot denna kvantitativa bakgrund präglas åldringsproblemen av samhällets fortskridande ekonomiska och sociala strukturförändringar med den allmänna höjningen av levnadsnivån som följd. I samband därmed spelar den pågående inflyttningen till städer och tätorter en roll liksom ändringen i den familjesociala strukturen från det förr vanliga tregenerationershushållet till en växande andel äldre ensamstående personer och makar utan hemmavarande barn. Barnen lämnar föräldrahemmen för att utbildas utanför hemorterna och får sedan arbete och bildar familjer på andra orter. År 1900 levde 30 % av Sveriges befolkning i städer och tätorter, år 1960 var andelen 73 %. År 1958 utgjorde hushållstypen ensamstående äldre utan hemmavarande barn 69 % av samtliga hushållstyper i åldrarna över 67 år. Fler gamla och fler ensamboende gamla!

Orsaker till åldersförskjutningen. Friskare barn- dom, längre medellivstid

Bakom denna förskjutning av folkmängden till högre åldrar ligger ett komplex av faktorer. Arvsanlagen är väl praktiskt taget oåtkomliga för påverkningar. Men tack vare ojämförligt bättre ekonomiska och sociala förhållanden samt allt effektivare allmänhygien och sjukdomskontroll icke minst under barna- och uppväxtåren har sjukdomsklimatet i Sverige med tiden mildrats och dödligheten utom i de högsta åldrarna starkt minskat. Härigenom har utrymmet för det normala åldrandet vuxit. Genom minskning under livets tidigare perioder av dödligheten och den underliggande sjukligheten tillåtes i våra dagar många fler människor än för blott femtio år se-

dan att nå vuxen ålder och leva vidare för att bli vad vi i våra dagar menar med gamla. Som illustration av vad det rör sig om må nämnas, att ett barn vid födelsen år 1901 hade i genomsnitt en chans på två att leva i 66.7 år; i dag skulle samma chans förutsäga en livslängd av betydligt mer än 76 år.

En amerikansk forskare, som särskilt studerade livslängderna hos västeuropeiska folk, har om det svenska folkets fysiologiska ålder med hänsyn till sjukdom och hälsa uttalat, att livslängden med varje år som går kan väntas bli längre och längre, mätt i kalenderår. Han förklarade att denna ökning av livslängden i Sverige beror på att människor alltifrån födelsen bibehåller sig friskare än förr och den innebär faktiskt att livets aktiva del växer medan ålderdomen, utan att nämnvärt förlängas, förskjuts till högre levnadsålder.

Det normala åldrandet

Genom det fördröjande av åldrandets processer och sjukdomarnas manifestering, som sålunda möjliggjorts för vårt folk, blir det normala åldrandet för allt fler individer en mildare och längre utdragen process än då åldrandet tidigt avbrytes av sjukdomar och framskrider i raskt nedbrytande takt. Av mycket stor praktisk betydelse är att detta långsammare avtagande av krafter och funktioner innebär en långsammare neddämpning av individens verksamhetsförmåga. Huruvida de gynnsamma förutsättningarna för att bli gammal med bibehållen positiv hälsa verkligen också leder till en lycklig ålderdom, beror i sista hand på i vad mån individen verkligen utnyttjar sina större möjligheter till fortsatt aktivitet, sysselsättning i arbetslivet eller med självvalda uppgifter efter måttet av krafter och intressen.

Åldersförskjutningens konsekvenser

a) Liten ökning av den ekonomiska försörjningsbördan

Förskjutningen till högre åldrar medför flera viktiga *konsekvenser*. En av de mest intressanta

är frågan om *de ekonomiska följderna* för folkhushållet.

För att få ett realekonomiskt perspektiv på denna fråga kan man som mått på försörjningsbördan använda relationen mellan å ena sidan antalet åldringar, personer i åldrarna 70 år och däröver, som i stort sett försörjes av andra, och å den andra sidan antalet personer i åldrarna 25—60 år, som genom aktivt deltagande i produktionen försörjer icke blott sig själva utan även barnen och åldringarna.

Det visar sig att antalet åldringar per 1000 personer i 25—60-årsåldrarna kan väntas stiga från 131 år 1950 till 202 år 1970. Den relativa ökningen av försörjningsbördan under den nämnda 20-årsperioden blir alltså 54 %. Ökningen av antalet åldringar medför en påtaglig ökning i den relativa försörjningsbördan för de aktiva gentemot åldringarna. Ökningen kräver även en icke obetydlig utvidgning av åldersvården i alla dess former. Detta gäller i än högre grad, då man räknar med att befolkningens levnadsnivå successivt höjs och automatiskt drar eller bör dra med sig höjning även av åldringarnas standard.

De ekonomiska konsekvenserna av de skildrade åldersförskjutningarna överdrives ofta. I själva verket utgör åldersförsörjningen endast en överraskande liten del av den totala försörjningen. Det intressanta faktiska förhållandet är nämligen detta, att ökningen av antalet gamla under hela perioden 1950—1970 betyder en ökning av de aktivas hela försörjningsbörda med så överraskande litet som 3.1 %.

Antalet åldringar ökar alltså icke försörjningsbördan så allvarligt som saken ofta framställles. Problemet är icke så betydande för samhällsekonomin som man är böjd för att tro. Detta belyses ytterligare därav att takten i produktionsökningen i Sverige var 3.2 % per år under 1950-talet och beräknas bli 4 % under 1960-talet, dvs. en produktionsökning under hela perioden 1950—1970 av ungefär 75 %. Nog finns det utrymme för stegrad takt i utbyggnaden av försörjnings- och vårdresurser för åldringarna, vilket är så mycket mer behövligt som

läget kräver en förskjutning av kostnaderna från enskilda till samhället samt en omfördelning mellan olika former av samhällets åldringsvård, med en kraftig förskjutning över till sjukvårds- sidan. Här framträder särskilt behovet av ut- byggnaden av hälso- och sjukvårdsresurserna för åldrande och gamla, och den medicinska forsk- ningens och utbildningens inriktning på geriatri- kens allt viktigare område. Ekonomiskt utrymme finns som sagt för en sådan anpassning till det aktuella behovsläget.

b) Stark förskjutning av morbiditet och mortali- tet till gamla

Denna justering till adekvat geriatrisk aktivitet i samhället framstår såsom fullkomligt oundvik-

lig, när man ställs inför den viktigaste conse- kvensen av den allmänna åldersförskjutningen, nämligen morbiditetens och mortalitetens för- skjutning till de högre åldrarna.

Såsom är att vänta följer av den starka för- skjutningen till högre åldrar dels en ökning av dödsfallen och de allvarliga sjukdomarna bland de gamla människorna och dels en ökning av an- talet personer, som på grund av långt framskri- det normalt åldrande är hjälplösa, i behov kan- ske av ständig omvårdnad och tillsyn utan att behöva vård på sjukvårdsanstalt. Detta är i kort- het dagens läge.

Utvecklingen i Sverige i fråga om dödligheten i olika åldrar från 1890-talet till 1960 visar att dödsfallen under perioden kraftigt sjunkit under

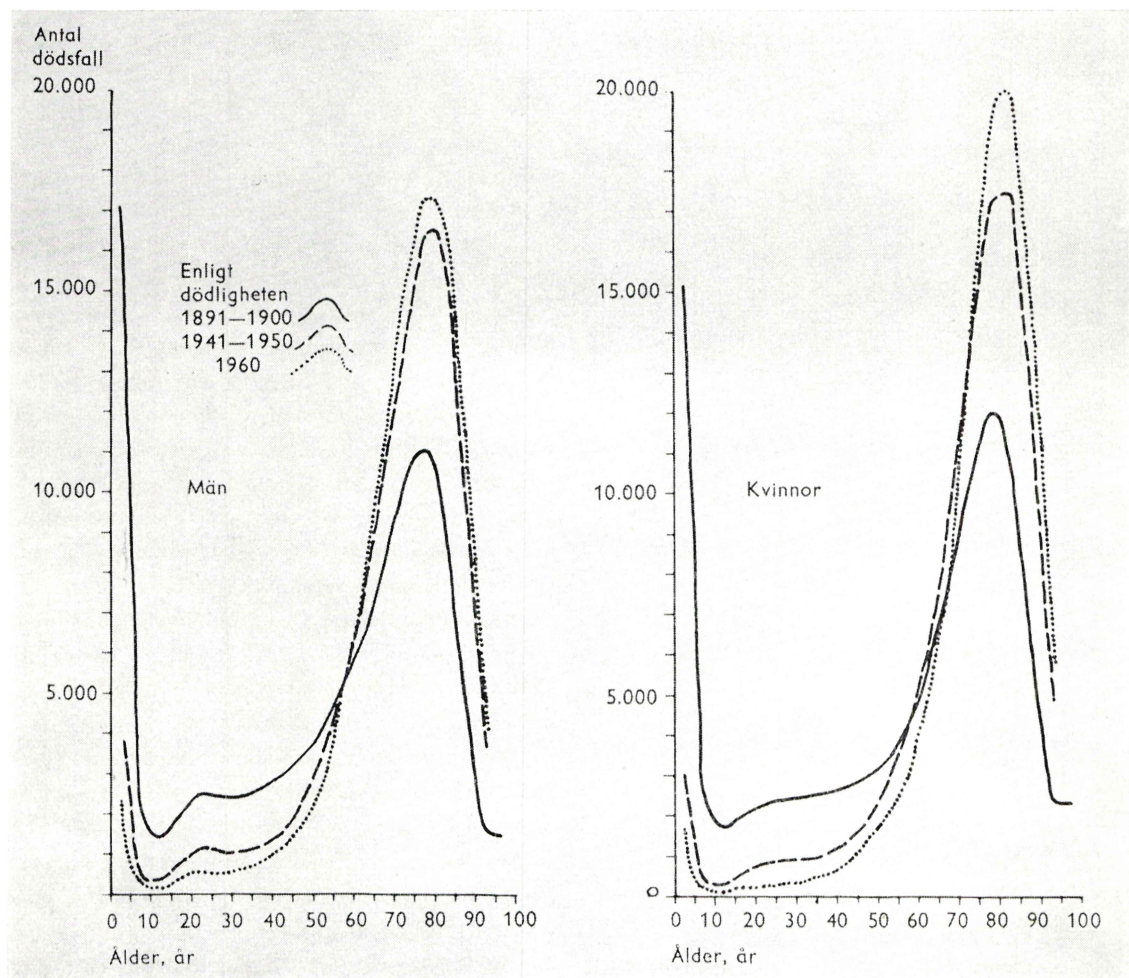


Diagram 2. Successiva dödsfall bland 100.000 levande födda i Sverige.

det första levnadsåret och de tidiga barnaåren ävensom i de aktiva mellanåldrarna till 65-års-åldern. Samtidigt eller på grund av denna utveckling har dödligheten i åldrarna över sistnämnda ålder ökat och stiger fortfarande kraftigt; se tablån och diagram 2.

Avlidna av 100.000 levande födda, procentuell fördelning på åldrar. Enligt dödlighets- och livslängdstabellerna för åren 1891—1900 och 1960.

Ålder	1891—1900		1960	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0—4	17.0	15.0	2.2	1.7
5—19	5.6	5.9	0.8	0.5
20—39	10.0	9.5	2.5	1.5
40—54	10.3	8.9	5.8	4.5
55—64	11.5	10.0	12.4	8.3
65—79	29.4	30.3	43.1	40.1
80—	16.2	20.5	33.2	43.4
Samtliga	100.0	100.0	100.0	100.0

Av samtliga dödsfall inträffade 1891—1900 46 % bland män och 51 % bland kvinnor i åldrarna 65 år och över; 1960 var motsvarande andelar 76 % för män och 84 % för kvinnor, alltså en mycket kraftig förskjutning till de högre åldrarna.

Orsakssammanhanget bakom utvecklingen är invecklat, men i stort sett ger man den förklaringen, att i början av detta sekel kunde man dirigera den moderna pediatrikens kunskaper och resurser direkt till de nyfödda och småbarnen. Följden blev en första successiv nedgång i morbiditeten och mortaliteten i de yngre åldersgrupperna. Senare har resultatet av medicinsk forskning och praktisk läkekonst tillämpats med växande effekt särskilt för sjukvårdsanstaltens patienter i mellanåldrarna, med därav följande minskning av dödligheten. Nu står medicinsk vetenskap och praktisk sjukvård, geriatriken, inför åldringarnas hälso- och sjukvårdsproblem.

Att detta krav är ofrånkomligt blir alldeles klart, när man ser på dödsorsakerna i de högre åldrarna. År 1960 var dödsfallen över 65-årsåldern icke mindre än 72 % av samtliga dödsfall i hela befolkningen; män 68 %, kvinnor 76 %. Till det ljusa i bilden hör emellertid det faktum

att samtliga dessa dödsfall i åldrarna över 65 år (54.261) utgjorde endast 6 % av hela folkmängden i dessa åldrar.

c) Stark ökning av arteriosklerosens dominans

Av specifikt geriatriskt intresse är att arteriosklerosen numera dominerar sjukdoms- och dödsanamnet. Sålunda utgjorde hjärt- och kärlsjukdomar 44 % av dödsorsakerna bland samtliga döda i dessa åldrar och hjärnblödningar etc. 16 %, dvs. tillhopa 60 %. Cancersjukdomar hör också till de största dödsfallen med 16 %. Redan de nämnda sjukdomsgrupperna innebär uppenbarligen så allvarliga och specifika sjukdomsförlopp, att deras förebyggande, tidigdiagnostisering, behandling och eftervård inklusive rehabilitering kräver geriatriska resurser av både personell, teknisk och annan art.

Social åldringsvård contra medicinsk åldringssjukvård

I ljuset av den moderna biologiens och geriatrikens uppfattning av åldrandet och sjukdomarna ger nu skildrade fakta entydiga anvisningar om vikten av praktisk differentiering mellan geriatrisk hälsokontroll, sjukvård och eftervård å ena sidan och social åldringsvård å den andra sidan. I Sverige har den viktiga principen fastslagits av statsmakterna att den sjukvård, som man måste vara beredd att lämna på sociala ålderdomshem måste begränsas till vad som kan betecknas såsom god hemsjukvård, medan aktiv diagnostisering, behandling, eftervård och rehabilitering skall lämnas i sjukvårdsorganisationens regi på sjukhus och sjukhem av olika slag.

60 % av alla gamla är aktiva, 20 % direkt vårdbehövande

Den nämnda principen överensstämmer med geriatrikens huvudsynpunkter på den åldrande eller åldriga och gamla delen av befolkningen. Geriatriken skiljer alltså i princip mellan de normalt åldrande och normalt gamla å ena sidan och de sjuka åldringarna å andra sidan. En snabbanalys av befolkningen över 65-årsåldern stärker sinnet för proportioner och väsentlighe-

ter. Ett tvärsnitt i dag ger sålunda ungefärligen vid handen att av nära millionen över 65-års-åldern klarar sig bortåt 600.000 bra på egen hand och är upptagna av fortsatt arbete. Omkring 200.000 har en del svårigheter med att klara sig själva. Bortåt 50.000 bor på ålderdomshem och åtnjuter ständig omvårdnad och tillsyn och service i allehanda avseenden; dock borde omkring 5.000 sjuka behöva egentlig vård på sjukhus, sjukhem etc. Resten 150.000 har sjukhusmässig vård på alla slag av sjukvårdsanstalter eller av läkare kontrollerad hemsjukvård av anhöriga eller hemsamariter. Denna fördelning ur vårdsynpunkt av åldringarna överensstämmer i stora drag med motsvarande fördelningar i några områden i östra Förenta staterna.

Preventiv folkupplysning och forskning — former av konstruktiv geriatrik

Man kan nu säga att den i längden viktigaste uppgiften för geriatrisk forskning och aktivitet består i att öka de 60 % av de gamla, som är verksamma och klarar sig själva i relativt god positiv hälsa. Detta kan tydligen försökas på skilda vägar, dels genom preventiv folkupplysning och medicinsk tidigkontroll, och dels genom forskning. Vi vet t.ex. av geografiskt-patologiska undersökningar (Henschens och medarbetares studier av obduktionsmaterial från skilda områden i Sverige) liksom av erfarenheterna från krigsårens fettransoneringar att en korrelation föreligger mellan uppträdandet av arterioskleros och hög kalorikonsumtion i förening med stillasittande. Vad görs på detta område för folkupplysning?

Okunnighet diskriminerar gamla människor

Bristfälliga insikter om den normala och den patologiska ålderdomens innebörd leder lätt till en suddig och onyanserad uppfattning om den gamla människans kapacitet och funktionsförmåga samt mottaglighet för sjukdomsbehandling. Det är väl mest vi utanför läkarnas krets, som syndar mot kravet på kunskap och logik, men det är icke desto mindre farligt med hänsyn till det inflytande som beslutande församlingar och

tjänstemän har på utformningen av samhällets sociala åldringssvård och åldringssjukvården.

Jag har funderat över hur denna konfusion uppkommit och vidmakthålles. Såsom nästan alltid i våra sociala, och jag tror också medicinska, studier vet vi vida mer om det patologiska än om det normala åldrandet. Och vi blir ofta frestade att applicera vad vi vet om det abnorma på vår inställning till det normala. Det är på denna väg folk i allmänhet ännu formar och när sina fördomar, framför allt den ödesdigra benägenheten att likställa ålderdom med sjukdom, åderförkalkning som man säger. Det förefaller onekligen som om det mesta av diskrimineringen av gamla människor härrör från intryck och föreställningar, som vi får genom att observera de brister och störningar som förekommer hos de patologiskt åldrande.

Geriatriken löser medicinska problem — och skapar socialvårdsproblem

Nu påstås från vissa håll att antalet normalt åldrande är litet — vilket är felaktigt — och att alla som kan behöva omvårdnad och passning är sjuka och behöver sjukvård, vilket också är riktigt. Bland annat därför skulle de kommunala sociala ålderdomshemmen planeras såsom sjukhem. Sjuka människor skall naturligtvis oavsett åldern vårdas i sjukvårdsorganisationens regi, och normalt åldrande men hjälplösa på ålderdomshemmen. Men låt oss anta att sjukdomen dominerar gamlas vårdbehov! Då är det precis den situation som geriatriken enligt samstämmiga utsagor av talrika forskare och läkare vill ändra på. Om den medicinska forskningen och läkarna vare sig de kallar sig geriatriker eller icke når allt bättre resultat i åldringssjukvården, så kommer vi att i en framtid få hastigt växande grupper av mer eller mindre arbetsförmögna åldringar — alltså raka motsatsen till den först refererade uppfattningen. Denna uppgift går tydligen utöver den praktiska medicinens möjligheter, men samarbetet mellan läkare och socialvård blir allt nödvändigare. Såsom Henschen säger: vi kommer att med tiden lösa medicinska problem och skapa socialvårdsproblem.

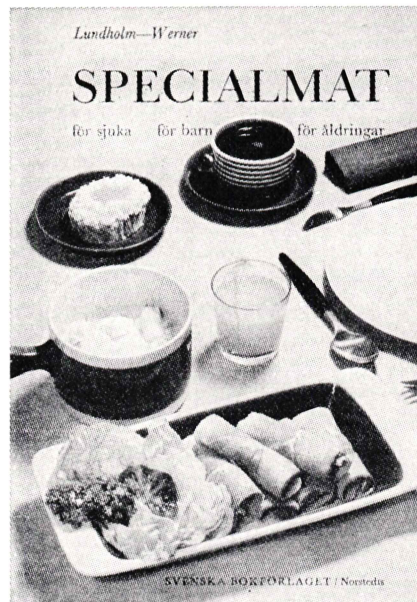
Ett skriande behov av utbyggd sjukvård i geriatrisk anda

Vare sig tiden ännu anses mogen eller icke i detta land för ett medvetet accepterande i medicinsk vetenskap och praktisk läkekonst av den geriatriska helhetssynen på den åldrande och gamla människan, så är tiden i skriande behov av en upprustning av sjukvården i geriatrisk anda. Varenda gammal medborgare bör vid inträffande sjukdom få tillgång till läkarvård i samma omfattning samt adekvat vård på samma sjukhus och sjukhem som alla andra sjuka människor och icke, såsom högst beklagligt ännu på många håll är fallet, bli föremål för en allt annat än adekvat vård på kommunala ålderdomshem eller vänta i månader på sjukhusplats eller — vilket icke sällan händer — skickas från sjukhus till ålderdomshem, icke till sjukvårdsmyndighetens sjukhem, i hjälplöst eller döende tillstånd. Ålderdomshemmen har en annan och omistlig funktion i samhällets åldringsvårdssystem.

Inkvartering av gamla sjuka på ålderdomshem — en ovärdig fattigvårdsmetod

Bristen på sjukvårdsresurser och framför allt personal för vård av gamla sjuka människor kan icke botas genom en slags återgång till 1920-talets sjukavdelningssystem på ålderdomshemmen. Det är ett allvarligt mänskligt intresse för alla gamla sjuka och deras anhöriga och därmed också för den sociala åldringsvården att åldrings-sjukvården i enlighet med upprepade uttalanden av statsmakterna byggs ut kvantitativt och kvalitativt i så rask takt som möjligt till att bättre än nu motsvara den snabba pågående förskjutningen i sjukdomspanoramat till allvarliga sjukdomar i åldrarna över 65-årsåldern. Vi har råd till det.

Att i en tid, som — vare sig man ännu är mogen för att använda ordet eller icke — bär geriatrikens signatur, vända tillbaka och slå in på den övergivna fattigvårdsvägen till inkvartering av en del gamla sjuka människor på ålderdomshem borde vara uteslutet i Sverige i mitten av det tjugonde århundradet.



Lundholm - Werner

SPECIALMAT

för sjuka, för barn och
för åldringar

8:50

”Man får belägg för att tesen dietmat=tråkig mat är felaktig. *Specialmat* är ett innehållsrikt häfte. De vanligaste förekommande dieterna behandlas. Varje diet behandlas så, att det inledningsvis talas något om sjukdomen, den är avsedd för. Matsedelsförslagen, som följer varje diet, är varierade och välkomponerade.

Specialmat är värd att ha i åtanke när hemvårdande dietpatienter uttrycker sina farhågor för hur dieten skall kunna klaras i hemmet.”

Tidskrift för Sveriges Sjuksköterskor
Gurli Sundelin



Svenka Bokförlaget

NORSTEDTS • BONNIERS