

Några synpunkter på dagens åldringsvård

Av provinsialläkare *Gunnar Boström*, Vara

I landsbygdens avfolkningsområden är en av de största arbetsuppgifterna som provinsialläkare skötseln av åldringsklientelet och placering av åldringar, då dessa ej längre själva kan taga vård om sig. Vid denna placering kan man möta svårigheter från två håll — dels från vederbörande patients sida, då denne måhända själv anser sig kapabel att sköta sig i sitt hem — dels en "kronisk" platsbrist på de i övrigt väldisponerade, moderna ålderdomshemmen. Platsantalet på dessa har nämligen beräknats efter antalet invånare i kommunen utan hänsynstagande till åldersfördelningen, vilket gör att vissa avfolkningkommuner kommit i mycket dåligt läge med långa väntelistor till hemmen. De yngre årgångarna, som flyttar ut, orsakar lägre befolkningsunderlag men lämnar dessutom de kvarvarande äldre i många fall utan nödig tillsyn. Svårigheten i dessa kommuner att placera en åldring, som måhända plötsligt blivit lämnad ensam, då en trotjänare eller släkting insjuknat eller då hon själv genom ett mindre olycksfall eller genom en medicinsk åkomma för kortare eller längre tid blivit oförmögen att sköta sig är mycket stor och tar ofta mycken tid. Man får lätt intryck av att samhället ej intresserat sig för de praktiska åldringsproblemen i önskad omfattning. Lasaretten driver medicinsk och kirurgisk verksamhet i huvudsak inriktad på de aktiva åldersgrupperna och så länge vi ej inom varje landstingsområde har en geriatrisk avdelning så länge är samtliga åldringar i vårt samhälle relativt till övriga åldersgrupper missgynnade. Egendomligt är att medan det i pressen talas om "gubbvälde" i det politiska skeendet — intet sker inom denna sektor av hälso- och sjukvården. Ett aktivt försvar av åldringens rättigheter finnes ej — troligen delvis beroende på dennes egen inenboende passivitet. Orättvisan i systemet belyses av att väntelistan ofta står oförändrad år efter år. Åldringarna får vänta ibland under svåra förhål-

landen på plats på fullbelagda ålderdomshem, vilka är byggda i mycket hög standard. Frågan är om samhället ej varit mer rättvist mot denna åldersgrupp om de på grund av bristande ekonomi byggt i lägre standard men sett till att platsantalet varit tillfredsställande. Standarden går emellertid att jämföra kommuner emellan medan däremot ej många tänker på de, som blivit lämnade utanför. Än mer förvånande är det, då kommuner, som själva föreslår och vill bygga hem med tillfredsställande platsantal, får avslag från högre ort med hänvisning till sitt befolkningsunderlag.

Organisationen vad gäller intagning på ålderdomshem och kronikerhem visar även enligt min mening brister. På ålderdomshem skall endast emottagas s. k. friska åldringar, vilkas status bedömes av hemmets läkare före intagningen. Om vederbörande patient är sjuklig och anses för svårskött på ett ålderdomshem skrives ansökan till intagning på ett av landstingens kronikerhem. Denna ansökan ställs till landstinget och bedömes där av vederbörande länsläkare, som har att taga ställning till angelägenhetsgraden och eventuellt sätta patienten på väntelista till dessa hem. Kronikerhemmen är i regel fullbelagda och väntelistan lång, vilket har medfört att då det gäller mer akuta fall, som ej bedömts som lasaretsfall, svårigheterna för anhöriga och patienter under långa dagar och nätter kanske i omoderna, ensliga stugor varit synnerligen stora.

Från ekonomisk synvinkel finnes även en del anmärkningsvärda förhållanden, vilket framgår av nedanstående:

1. sjuklig åldring intagen på landstingets kronikeravdelning har att betala 5 kr om dagen i vårdkostnad.

2. åldring intagen på ålderdomshemmet mantalsskriven i kommunen betalar 12 kr om dagen om han har kapital överstigande 3000 kr i annat fall betalar han 8 kr per dag.

3. åldring intagen på ålderdomshemmet men skriven i annan kommun betalar vårdkostnaden själv, om han har kapital, i annat fall skall överenskommelse med hemortskommunen göras. Denna vårdkostnad per dag kan för den gamle bli mycket betungande och röra sig omkring 25 kr per dag. Efter några år är måhända patientens eget kapital slut och hemortskommunen kan då, om plats finnes på eget hem, kräva förflyttning av den gamle, vilket i de flesta fall nog får bedömas som medicinskt olämpligt. Från ekonomisk synpunkt är det således viktigt för den gamle att från början bli rätt placerad.

Ett av de mer angelägna problemen, som i samband med den bebådade kommunsammanslagningen skulle kunna lösas, är samordningen av vederbörande kommuners vård av såväl friska som sjuka åldringar. Samordningen borde skötas av en socialassistent, som skulle utföra de erforderliga utredningarna och i varje intagningsärende ha kontakt med vederbörande tjänsteläkare. Att intagningens angelägenhetsgrad rättvisare kan bedömas av de i periferien verksamma tjänstemännen, som kunnat följa fallen i många år och känner den sociala bakgrunden, anser jag självklart. Socialnämnden i storkommunen bör ha följande placeringsmöjligheter för den gamle själv att välja:

1. pensionärsbostäder insprängda i konventionella bostadsfastigheter för de mer vitala.

2. pensionärsbostäder i nära anslutning till ålderdomshemmet med möjlighet för den gamle, som så önskar, intaga måltid på hemmet samt få medicinutdelning och viss tillsyn från hemmet.

3. intagning på ålderdomshemmet.

4. i anslutning till detta en sjukavdelning, där den gamle vid såväl kortare som längre sjukdomsperiod kan intagas, då lasarettsvård ej an-

ses påkallad. Möjligheten står då också öppen att förkorta vårdtiden på lasaretten samtidigt som den gamle kommer närmare hemorten och anhöriga. Intimt samarbete med vederbörande landstingsområdes geriatriska avdelning bör självfallet även upprätthållas. Vårdavgiften för den gamle bör vara enhetlig och ej påverkas av förflyttning mellan olika avdelningar.

I all åldringsvård är enligt min uppfattning den intensiva strävan att bibehålla aktivitet såväl psykiskt som fysiskt det absolut viktigaste. Den största medicinska faran med intagning på ett ålderdomshem idag är den inaktiva tillvaro, vederbörande råkar in i. De äldre hemmen, där man såg de gamla hugga ved eller sköta trädgårdssysslor m. m., var vad gäller sysselsättningsterapi bättre än dagens oljeeldade fastigheter med maskinklippta gräsmattor. Centralt bör därför finnas, som ett synnerligen viktigt led i den gamles tillvaro en aktiveringscentral med bibliotek och skrivrum samt möjlighet till manuellt arbete: trä- och pappersslöjd, sy- och vävsalar, porslins- eller keramiktillverkning, lättare monteringsarbeten m. m. En daglig arbetsrytm bör eftersträvas, där även möjlighet finnes för dem, som så önskar, att själva delta i hemmets skötsel.

Ett insmygande ont är en alltför kalorimättad kost, vilket tillsammans med inaktiviteten gör den gamle fet och ännu mer inaktiv osv. Upplysningsföreskrifter om vad man vet vad gäller lämplig kostsammansättning borde tillställas varje socialnämnd likaså bör forskning på detta område stimuleras.

Att låta de äldre åldersgrupperna få del i stigande levnadsstandard är allas vår önskan. Att göra detta på för den gamle lämpligaste sätt bör vara vår strävan.