

Aldringsvården i Stockholm

Några erfarenheter från Socialnämndens Remitteringsbyrå.

Av leg. läk. Erik Allander, Stockholm

En del av svårigheterna inom dagens åldringsvård beror på åldringarnas växande antal, deras stigande ålder och därigenom ökade behov av omhändertagande. Olika beräkningar visar tydligt, att ökningen av antalet åldringar kommer att fortsätta. Beträffande Stockholm visar en prognos, att antalet ålderspensionärer, som 1960 var 79.000, kommer att stiga med 27.000 till år 1975. Denna ökning kommer att fortsätta och antalet åldringar 1981 beräknas vara 114.000. Inom denna befolkningsgrupp kommer kvinnoöverskottet att ytterligare accentueras. 1957 var könsfördelningen 166 kvinnor på 100 män; 1975 räknar man med 174 kvinnor på 100 män. Samtidigt kommer en minskning av det totala kvinnoöverskottet att ske från 114 kvinnor på 100 män till 109; med andra ord, den grupp som skall vårda det ökade antalet åldringar kommer att decimeras. Lyckligtvis kommer befolkningsutvecklingen i Stockholms län troligen att gestalta sig gynnsammare. 1950 hade Sverige 7 arbetande per pensionär. Denna siffra kommer att 1970 vara 5.

Med kännedom om detta ter sig framtiden för Stockholms åldringsvård tämligen mörk, speciellt som förhållandena redan är svårbemästrade. Redan utgångsläget är ogynnsamt. De två förvaltningarna, Sjukvårdsstyrelsen och Socialnämnden, har olika utgångspunkter, olika organisationer för bedömning av de intagningssökande och olika konstellationer, vårdhem och sjukhus bakom sig. Detta ger knappast den önskvärda enhetlighet som ju borde vara självklar i en storstad.

Vilka platsresurser står då till buds för den slutna åldringsvården eller långtidssjukvården, vilket i stort sett är samma sak? Platsresurserna finns inom tre stora grupper

1) Socialnämndens vårdhem

2) Sjukvårdsstyrelsens B-sjukhus och avdelningar för långvarigt sjuka

3) Privata sjukhem.

I den första gruppen finner man 9 vårdhem med tillsammans 2.474 platser, varav 1.321 kvinnliga. Sjukvårdsstyrelsens B-platser fördelar sig på 4 sjukhus med tillsammans 905 platser. De privata sjukhemmen utgör en heterogen grupp, vars platsantal är svävande och beroende på olika beräkningsprinciper. På många av dem betalar Stockholms stad en del av vårdkostnaden, om så är nödvändigt. I denna grupp finns allt från högkvalificerade platser för svårskötta långtidssjuka till enkla sjukhem, där endast lättare fall kan tas om hand under primitiva förhållanden. Antalet sådana platser beräknas till c:a 500. Summan av dessa tre grupper blir c:a 3.900 platser. Dessutom finns på Stockholms mentalsjukhus ett hundratal patienter, som utan större svårighet skulle kunna vara på vårdhem. Många av de till vårdhem remitterade patienterna har som huvuddiagnos senil demens, varför det synes klart, att mentalsjukhus och vårdhem har delvis gemensamma klientel. Var detta mellan-klientel skall vårdas är dock oklart, och olika uppfattningar gör sig därvid gällande hos social- och sjukvårdsförvaltning. Med hänsyn till ovanstående bedömningar kan man uppskatta antalet platser för långtidssjuka, som ej kräver mentalsjukhusvård, till c:a 4.200.

För bedömning av vårdbehov hos de långtidssjuka och deras intagningstur finns i Stockholm två institutioner, Sjukvårdsstyrelsens sjukhuscentral och Socialnämndens remitteringsbyrå. Inom sjukhuscentralen arbetar en särskild sektion med ansökningarna till långtidsvård. Remitteringsbyrån handhar dessutom ansökningar till ålderdomshem och pensionärsbostäder.

På Socialnämndens begäran gjorde t. f. socialläkare Göte Johnson 1954 en utredning om den då aktuella kön av sökande till vård- och ålderdomshem. Resultatet blev bl. a., att man upptäckte, dels hur obearbetad denna kö var, dels att den trots sin relativa siffermässiga storlek på intet sätt gav uttryck för det verkliga vårdbehovet. Med utgångspunkt från resultatet av denna utredning framlade socialdirektör Helge Dahlström förslag om inrättande av en remitteringsbyrå med en organisation, för vilken han har redogjort i denna tidskrift (april 1957). Dahlström fann, att "... det är en omedelbar och trängande angelägenhet att få till stånd en samordning av de öppna åldringsvårdande åtgärderna och de anstaltsmässiga vårdresurserna så att ett smidigare och ett mer elastiskt vårdsystem tillskapas." Dahlström vände sig framför allt mot den "pappersbedömning" av de sökandes vårdbehov, som kännetecknade det dåvarande in-tagningsförfarandet. Före 1958 fanns endast två assistenter, som skötte alla utredningar och remitteringar till vård- och ålderdomshem samt försörjningshem. Då tog överläkaren på Stureby del av läkarintygen till vårdhem och bedömde, om sökanden med hänsyn till sjukdomens art och vårdbehov borde mottagas på vårdhem, en nog så besvärlig för att inte säga omöjlig uppgift. Fr. o. m. 1/1 1958 anställdes även två sjuk-sköterskor för hembesök i de fall, där man kunde anta att en viss medicinsk bedömning var behövlig. I maj samma år knöts till byrån en läkare med en tjänstgöring om 20 veckotimmar. Sedan augusti 1959 har jag under vakans uppehållit denna tjänst. För vissa psykiatriska bedömningar avseende framför allt om vårdattest kan ifrågakomma, konsulteras en prestationsersatt psykiater, som undersöker patienten i hemmet. Så småningom har byråns personal alltmer utökats och består f. n. av en byråassistent, tre assistenter för vård- och ålderdomshem, två assistenter för pensionärsbostäder och en assistent stationerad vid en filial för försörjningsfall vid Högalid. Därtill kommer kansli- och skrivbiträden. Någon speciell instruktion för läkartjänsten finns inte, utan mitt arbete har fått växa fram omkring de

problemställningar, där ett medicinskt utlåtande syns behövt. I detta har ingått att bedöma vårdbehovets angelägenhetsgrad, avgöra vilka som efter preliminär utredning troligen kräver vårdattest, kontakta kolleger, samarbeta med sjukhuscentralen samt att anlägga medicinska synpunkter på vissa sökande till pensionärslägenhet. Dessutom har jag på uppdrag av socialvårdens planeringskommitté deltagit i utredningsarbete.

De sökande, som den 29/3 1960 stod i remitteringsbyråns kö till vård- och ålderdomshem, undersöktes med avseende på diagnos, prestationsförmåga, sociala förhållanden etc. Denna undersökning var en del av en samma dag gjord inventering av de långtidssjuka på stadens vårdanstalter samt i sjukhuscentralens väntekö till B-sjukhus. Då det emellertid redan från början kunde förutses, att den uppläggning, som denna undersökning fått skulle ge ett relativt ointressant stoff och en bristfällig uppfattning av socialnämndens väntekö, gjordes i november samma år en ny undersökning, som lades upp för att närmare belysa köns struktur. Ett halvår senare gjordes en efterundersökning av det i november insamlade materialet.

Alla i november inkomna ansökningar gällande vård- och ålderdomshem ingick i ursprungsmaterialet. Det var möjligt att inhämta upplysningar om alla sökande utom två. Den ena av dessa innebrändes dagen efter det att ansökan inkommit. Den andra remitterades till Rosenlunds vårdhem men avvek därifrån efter ett par dagar och kunde ej spåras. Antalet kvarstående ansökningar, som bearbetats, var 239. November valdes, då denna månad inte uppvisar några särdrag vare sig beträffande placeringsmöjligheter (stängda avdelningar, nyöppnade hem) eller tillströmning av ansökningar. Ej heller har månaden några stora helger.

För varje sökande har ifyllts ett undersökningsformulär, omfattande förutom personliga data bl. a. uppgifter om placeringsönskemål, bostad, hjälp, funktionsförmåga, diagnos, rimlig placering med hänsyn till nuvarande förhållanden i Stockholm m. m. De sökande, som befann

sig utanför sluten vård, har besökts av någon av remitteringsbyråns sjuksköterskor, båda med flerårig vana att bedöma sjuka i hemmet och deras vårdbehov. Vid hembesöket har de ifyllt vissa delar av undersökningsformuläret. Rapporten över hembesöket har sedan diskuterats med mig, och på grundval av den och uppgifter från patientens läkare har vi kommit fram till en diagnos eller diagnosgrupp. När det gällt inläggande patienter, har upplysningar inhämtats av sjuksköterskan per telefon dels med avdelningen, dels med kuratorn.

Fördelen med en undersökning av denna typ i jämförelse med en undersökning som hänför sig till tillståndet en viss dag är väl rätt klar. Man behöver inte tillgripa några osäkra rekonstruktioner om tillståndet en bestämd dag, som kanske ligger en månad eller längre tillbaka. I det följande skall redogöras för vissa resultat och problemställningar i samband därmed.

Könsfördelning

37 % män och 63 % kvinnor. Medianålder 78 år. Ensamstående 78 %. Kvinnorna har alltid dominerat bland ansökningarna. Under "normala" tider har det rört sig om 1/3-del män och 2/3-delar kvinnor bland de trängande vårdfallen i hemmen. Även ansökningarna från sjukhus fördelar sig på liknande sätt. Då fördelningen på vårdhemmen är 45 % manliga och 55 % kvinnliga platser kommer alltså männen att vara gynnade, vilket även undersökningen visade. En överflyttning av platser till kvinnornas förmån syns starkt motiverad speciellt med hänsyn till åldersprognosen. Sådan har tyvärr ägt rum i alltför ringa omfattning. Under tider med plats-svårigheter (slutet av sommaren, stora helger) accentueras kvinnoöverskottet bland de trängande fallen i hemmen till mellan 4/5-delar och 9/10-delar av de sökande.

Intagningsvägran

21 % av ansökningarna hade inkommit utan att sökanden känt till dem. I denna grupp vägrade inte mindre än 65 % intagning. I hela materialet var vägrarna 61 personer eller 25 %. Detta antal är ju förhållandevis stort. De anhörigas

och kuratorernas tankegång bakom detta slags ansökningar är troligen, att patienten på något sätt skall övertalas. Vanligen finns ett klart vårdbehov, men några möjligheter att ta in sökande mot deras bestämda vilja finns inte enligt socialhjäpplagen. Några övertalningsförsök från remitteringsbyråns sida görs naturligtvis inte, då det alltid finns många personer med trängande vårdbehov, som omedelbart accepterar en plats. Däremot brukar vi söka ordna så, att den vägrande får rimlig tillsyn, helst genom två olika personer, t. ex. en hemhjälp från Hemtjänst för Gamla och någon anhörig. I sådana fall där det framgår, att patienten lider av psykisk sjukdom och där *möjlighet till intagning på mentalsjukhus finns*, gör vår konsulterande psykiater ett hembesök. På c:a 1/3-del av dessa patienter utfärdas vårdattest. I många fall av senil demens är ju den psykiska rubbningen ej så uttalad, att patienten, trots att en vårdattest finns, inte blir intagen på mentalsjukhus.

Det är alltså fullt klart, att vägrarna utgör ett stort problem för alla inblandade parter. Vid efterundersökningen ett halvår senare visade det sig, att av vägrarna, som inte var intagna i sluten vård, hade *icke en enda* ändrat sig, alla var fortfarande negativa till intagning. Ett allmänt intryck var, att det trots allt inte hade gått så illa som man skulle kunnat befara. Hos 12 av vägrarna har dock situationen blivit så prekär, att de av anhöriga eller annan kunnat övertalas att gå med på intagning. Av dessa hade 4 patienter dött på vårdhem inom ett halvår. Det syns alltså klart, att endast en ringa del av vägrarna ändrar sig, och om så sker endast i en mycket trängande situation. Någon korrelation mellan vägran vid intagning och diagnosen senil demens finns inte. Den sista gruppen har 29 % vägrare.

Ansökningar från sjukhus

Från kroppssjukhus kom 26 % av ansökningarna. Av dessa patienter hade 2/3 legat på sjukhuset endast en månad eller kortare tid. Detta visar alltså akutsjukhusens ringa tålamod med de långtidssjuka. Tyvärr lämnas många ansökningar in, innan man ännu helt kan bedöma

vårdbehovets art, d. v. s. om patienten kommer att behöva långtidsvård på vårdhem. Detta ansökningsförfarande motiveras med vaga uttalanden, som: "det är bra att stå i kön" eller "det är bra att ha en ansökan gjord". Dessa onödiga ansökningar ger inte den sökande någon fördel alls, eftersom intagningen inte sker efter någon köprincip utan *helt* är grundad på den sökandes vårdbehov, bedömt ur flera synpunkter, som hjälpmöjligheter i hemmet, bostadens standard, anhörigas hjälpsamhet, sjukdomens art och utveckling, d. v. s. patientens socialmedicinska status. Remitteringsbyråns knappa personal tas då i anspråk för utredning och hembesök på dessa ansökningar, och deras verksamhet avleds då från den viktigaste uppgiften, nämligen att bedöma sökande, som behöver och vill in på vård- eller ålderdomshem.

Vid efterundersökningen visade det sig, att av dessa 63 sjukhusansökningar var endast 3 registrerade som aktuell vårdhemsansökan. På vårdhem hade intagits 14 patienter, 19 befann sig i hemmet och endast hälften av dessa hade hemhjälp. 16 hade avlidit, varav 10 på akutsjukhus. Av dem som intagits på vårdhem hade ingen avlidit. 2 patienter hade inkommit till ålderdomshem. Det visar sig alltså, att akutsjukhusen i sin bedömning av patienterna dels har för bråttom att lämna in ansökan, dels är alltför pessimistiska i sin bedömning av den sociala prognosen, d. v. s. patientens möjligheter att med en sjukdom vistas i sin normala miljö.

Bostad och hemhjälp

De sökandes bostadsstandard var förvånansvärt god. Endast 7 % bedömdes ha en dålig bostad. 9 % av ansökningarna kom från boende i pensionärslägenheter. 27 % hade hjälp genom Hemtjänst för Gamla och endast 13 % hade ingen hjälp alls. Å andra sidan bedömdes 33 % vara i behov av ytterligare såväl hemhjälp som sjukvårdshjälp, och 18 % ansågs behöva vak.

Diagnoser

Endast somatisk diagnos hade 61 % och psykiatrisk 14 %. Bland de somatiska diagnoserna

dominerade hjärtsjukdomarna med 33 % av de sökande. 6 % hade hemiplegier. Inte mindre än 28 % av de sökande hade psykiatriska sjukdomar (senila demenser, psykos etc.). Denna stora grupp är problematisk ur flera synpunkter. Antalet ansökningar på senildementa utgör c:a 700 per år. Vårdmässigt faller de ju utanför samhällets vårdresurser. Endast en mindre del, i den aktuella undersökningen 3 %, bedömdes vara i behov av vård på mentalsjukhus i nuvarande vård- och intagningssituation. Dessa patienters möjligheter till vård för somatiska sjukdomar syns vara kraftigt begränsad. Av undersökningens 77 senildemenser hade under ett halvår endast 3 varit intagna på akutsjukhus. Däremot var 25 av dem avlidna efter detta halvår, de flesta på vårdhem, i hemmet avled 2.

Funktionsschema

Bara 30 % kunde vistas uppe och klara trappor. 17 % var helt sängliggande. Av den senare gruppen var hälften döda inom ett halvår. 10 % var dubbelinkontinenta, 4 % hade liggsår, 31 % klarade ej toalettbesök, inte ens med hjälp, och 40 % kunde ej klä sig själva. 9 % bedömdes ha grövre psykiatriska störningar i form av svåra vanföreställningar, hallucinationer, kraftig oro och/eller desorientering. Inte mindre än 40 % var dock endast i behov av okvalificerad hjälp för servering av mediciner, som patienten inte kunde handha själv.

Placering

Hälften av de sökande bedömdes vara i behov av vårdhemsvård, då definierad som kvalificerad, sluten sjukvård av tidigare diagnostiskt till stor del utredda långtidssjuka. 6 % borde vara på akutklinik, 3 % på mentalsjukhus samt 12 % på B-sjukhus. Med B-sjukhus menas här sluten vårdanstalt för kvalificerad vård av sådana långtidssjuka, som kräver speciella anordningar för sin vård eller som är speciellt laboratoriekrävande eller som är relativt unga, oberoende av diagnos, eller långtidssjuka, vars sjukdom efter behandling borde så förbättras, att den sjuke så småningom antas kunna vistas i sitt hem.

9 % bedömdes kunna vara på ålderdomshem, dock skulle *alla* dessa kunnat få sitt vårdbehov avhjälp genom en bättre bostad och/eller hemhjälp. Hjälpmöjligheterna på de nuvarande ålderdomshemmen i Stockholm varierar, men som grundprincip kan man säga, att det går lättare att ordna tillsyn och hjälp i hemmet än på ett ålderdomshem, där även lättare sjukdomsfall flyttas till vårdavdelning. Detta kan synas paradoxalt, men det illustrerar, att det klassiska ålderdomshemmet är en inaktuell skapelse. Det har även hänt, att ett ålderdomshem har begärt utskrivning av inackorderade, då man inte ansåg sig kunna ge dem tillfredsställande tillsyn. Av de sökande i november 1960 hade efter ett halvår 43 % eller 102 personer intagits varav 91 patienter på vårdhem och 11 på ålderdomshem. Av de patienter som intagits på vårdhem hade 4/5-delar placerats redan under de tre första månaderna. Av dessa 91 patienter hade 26 avlidit, 1 överförts till mentalsjukhus, medan endast 4 utskrivits till hemmet. Det visade sig också, att 58 % av dödsfallen bland de intagna patienterna skedde under den första månaden. Det är alltså klart, att de patienter, som kommer in på vårdhem, är svårt sjuka. Eftersom vårdhemmen i motsats till sjukhusen inte har möjlighet att skriva ut en patient, måste man vid intagningen i allmänhet tänka på att den remitterades vårdtid inte kommer att bli alltför lång och/eller att ingen uppenbar chans till så stor förbättring föreligger, att den sökande skulle komma att kunna vårdas i sitt hem. Sådana fall bör då hellre tas in på B-sjukhus, såsom tidigare har påpekats. Detta betraktningssätt kan tyckas vara mycket negativt och inte alls ha något att göra med den positiva attityden till åldringsvård som under senare år har kommit fram. Skälet är helt enkelt den synnerligen uttalade platsbristen på vårdhem och B-sjukhus. Skulle man börja ta in patienter i ej alltför dåligt tillstånd skulle mycket snart kön av svårt sjuka med vidriga vårdförhållanden i hemmet växa remitteringsbyrån över huvudet och endast leda till, att rehabiliteringsfall skulle komma att vårdas på vårdhemmen och de svårast sjuka i hemmen.

Närmast idylliska verkar förhållandena i Göteborg enligt en artikel av J. E. Hedin, Vasa sjukhus, i denna tidskrift (november 1960). Endast hälften av patienterna togs in som förtursfall och övriga enligt en väntelista. Ett besök på intagningscentralen har bekräftat, att detta system verkligen fungerar.

Ålderdomshem

För intagning till ålderdomshem gäller (i varje fall teoretiskt) att vederbörande skall vara relativt frisk och ha en relativt dålig bostad. Annars borde ju vårdbehovet kunna avhjälpas genom en hemhjälp och sökanden kunde vara kvar i sitt hem. Antalet ålderdomshemsplatser i Stockholm är f. n. 1.019. Man kan med skäl säga, att det till dessa ålderdomshemsplatser finns en verklig väntekö, även om man här har en individuell bedömning och t. ex. ger en person med dålig bostad företräde framför en person med en något bättre sådan. Ifråga om ålderdomshem kommer ett moment in, som när det gäller ansökningar till vårdhem är av underordnad betydelse, nämligen önskan att komma till ett visst bestämt hem. Det är ju fullt naturligt, att de modernaste ålderdomshemmen i innerstaden har stor dragningskraft och att den sökande gärna väntar flera år på att få komma till något av dessa hem. En ålderdomshemsplats som sådan (vanligen ett delat rum på något av de äldre hemmen) kan däremot relativt snart erbjudas.

En genomgång av alla aktuella ålderdomshemsansökningar (600 st.) vid årsskiftet 1960/61, gav vid handen, att endast 8 % ville ha omgående placering på vilket hem som helst, 17 % ville placeras omgående och hade speciella önskemål, 21 % ville placeras men först "senare" och endast på ett speciellt hem. 41 % ville över huvudtaget ej placeras på ålderdomshem, utan betraktade ansökan som en viss trygghetsåtgärd för den händelse deras förhållanden ändrades till det sämre. Som skäl till ansökan anfördes vanligen, att "den kunde vara bra att ha om man blev sjuk". Dessa ansökningar har inget värde alls, då de ju endast representerar en önskan att ha

det ordnat för sig, om man får det sämre, ett önskemål gemensamt för alla människor. I 6 % av ansökningarna ville sökanden över huvudtaget inte alls ifrågakomma för placering.

Alla ansökningar till ålderdomshem prövas av åldringsvårdsdelegerade, detta för att utesluta att personer med ett, som man anser, relativt ringa vårdbehov blir berättigade till ålderdomshemsplats. Denna prövning företas efter en utredning. En bortgallring av alltför välsituerade sker där, då man med visst fog anser, att dessa själva kan skaffa sig den hjälp, som ett ålderdomshem erbjuder. Sökande med en modern bostad borde även ha mindre möjlighet att få sin ansökan beviljad.

Granskar man de olika grupperna, som blivit berättigade (123 st.) och icke berättigade (123 st.) 1961, finner man bl. a. följande: bland de berättigade fanns ingen med månadsinkomst över 800:— kr. Däremot hade 15 % mellan 8.000—30.000 i tillgångar. Bland avslagen hade 21 % kapital i någon form också mellan 8.000 och 30.000. Bland avslagen hade dock 74 % en månadsinkomst under 600:— kr. Man finner alltså inte här några påtagliga skillnader annat än att de "välsituerade" icke var med bland de berättigade. När det gäller bostadsstandard fanns heller ingen skillnad mellan grupperna. De berättigade hade modern bostad och bedömdes kunna klara sig med hemhjälp till 26 %. Av dem som fått avslag föll 28 % inom samma grupp. Ansökan som trygghetsåtgärd utan speciellt vårdbehov hade 21 % av de berättigade och 18 % av avslagen. Därtill kom, att ytterligare 24 % av de berättigade hade modern bostad och bedömdes t. v. kunna klara sig utan hjälp. Åldersmässigt visade grupperna ingen skillnad. Att man bland avslagen finner självklara grupper, som "ej mantalsskrivna i Stockholm" (6 %) och "på grund av sjukdom olämplig" (8 %), kan inte undanröja det intryck av slump eller godtycke som ligger bakom dessa beslut. Detta sett mot bakgrunden av att ålderdomshemmet är ett inackorderingshem för relativt friska åldringar, som i sin bostad ej kan få tillfredsställande hjälp och tillsyn.

Pensionärsbostäder

Antalet pensionärsbostäder i Stockholm närmar sig nu 4.500. Även ansökningarna till dessa prövas av åldringsvårdsdelegerade, men linjerna är här mera klara. Kön utgör f. n. c:a 2.000 ansökningar, varav hälften är obehandlade. För att man skall bli berättigad fordras i praktiken ålders- eller invalidpension, en omodern eller halvmodern bostad samt att den sökande har förutsättningar att utan större hjälp kunna sköta en modern bostad. Relativt få av dessa ansökningar är åtföljda av läkarintyg, då detta icke är obligatoriskt som till vård- och ålderdomshem. Med detta har följt, att den medicinska bedömningen av dessa sökande blir sporadisk och slumpmässig. Ett klart undantag från denna regel är samarbetet med mentalsjukhusen, där patienten efter en långvarig och noggrann bedömning av sin psykiater med ofta utförliga intyg styrker, att vederbörande borde kunna klara sig i en pensionärsbostad (Mårtens o. Peterson). Eftersom pensionärshemsexpeditionen närmast fungerar som en regelrätt bostadsförmedling faller dess verksamhet oftast utanför läkarens arbete på remitteringsbyrån. Detta förhållande accentueras av att två register finns, ett för ansökningar till vård- och ålderdomshem och ett för ansökningar till pensionärshem. Pensionärshemsutredningarna är därjämte betydligt tunnare; sålunda företas hembesök sällan och kontakten med klienten är relativt ytlig. Denna del av remitteringsbyrån är klart underbemannad. Eftersom man kan få hemhjälp till en pensionärslägenhet, kan man i praktiken vara i sämre skick på ett pensionärshem än på ett ålderdomshem. Av detta förhållande följer, att en del sökande efter att ha blivit avrädda från ålderdomshemsplats kommit att ansöka om pensionärslägenhet. Dessa ansökningar kan då löpa parallellt utan att man inom remitteringsbyråns två hälfter känner till att bägge handlägger ärendet. Sådana missförhållanden kan naturligtvis förekommas med ett centralt register, vilket också socialdirektören föreslog i sitt ursprungliga förslag.

Placering av lättskötta vårdfall

Bland vårdhemsfallen finns ett ej ringa antal patienter, som är relativt sett friska och/eller som har det tämligen välordnat i sitt hem, men där man dock kan säga att ett klart vårdbehov föreligger. De skulle alltså, om tillräckligt med platser funnes, fått komma in på ett vårdhem. Vad kan då remitteringsbyrån erbjuda dessa för placering?

På vissa av socialnämndens egna vårdhem finns s. k. krankavdelningar för ej speciellt svårskötta patienter, som kan vara uppe något. Dessa avdelningar rekryterar dock sitt klientel från ålderdomshemmen och från vårdhemmen. För remittering direkt från remitteringsbyrån har nästan inga sådana platser stått till förfogande. En av vårdinstitutionerna erbjuder kanske någon plats om året. På övriga är det svårt att placera patienter, då lokaliteterna är rätt trista, och de flesta som erbjudes då hellre vill stanna i sina hem. Dessutom är personaltätheten på dessa avdelningar sådana, att de medelsvåra vårdfallen ej kan skötas där.

Då uppstår problemet var dessa patienter skall vårdas. Det enda alternativ till institutionell vård, som återstår, finns då inom den heterogena grupp som de privata sjuk- och vårdhemmen utgör. Denna representerar såsom tidigare nämnts c:a 500 platser i Stockholm. Det är en i stort sett exklusiv företeelse för denna stad. I landet i övrigt representerar den inga större siffror enligt medicinalstyrelsen. En stadga för privata sjukhem, fastställd 22/4 1960, finns, där det bl. a. fastslås, att varje hem med mer än 4 platser faller därunder. En anstaltsläkare skall finnas. Hemmet skall förestås av därför lämpad person. Härutöver skall vara anställd läkare och annan personal i den omfattning verksamheten kräver. På anstaltsläkaren vilar huvudansvaret för verksamheten på hemmet. Erfarenheten har visat, att de allmänt formulerade bestämmelserna beträffande Stockholm inte ger de sjuka den garanti för god vård, som man kan kräva. Till saken hör, att socialnämnden beviljar bidrag till vården på vissa privata sjukhem, om den sjukas kapital är under 6.000:— kr. och/eller inkomsten ej täcker vård-

avgiften. Även sjukvårdsstyrelsen lämnar bidrag men har andra normer. Eftersom de flesta vårdavgifter ligger på omkring 50:—kr/dag, kommer det allmännas bidrag till de privata sjukhemmen att vara stort, socialnämndens närmare 2 milj. per år och sjukvårdsstyrelsens enligt uppgift ungefär samma belopp. Denna vård kostar alltså samhället c:a 4 milj. kronor årligen. Socialnämnden betalar ett s. k. utjämningsbidrag för c:a 250 patienter. Standarden är mycket skiftande, från mönsteranläggningar med naturligtvis höga priser (70:—kr per dag) till ruffiga, nedslitna sjukhem med underhållig vård men med höga priser, vars tillståndsbevis medicinalstyrelsen med stor tvekan tillstyrkt och som flera gånger blivit anmälda för bristande skötsel. Hemmens olika standard är relativt väl känd av remitteringsbyrån, som icke tillstyrker bidrag till vården, där denna veterligen är otillfredsställande, även om den av medicinalstyrelsen godkännts. Eftersom placeringarna genom remitteringsbyrån i allmänhet är för längre tid, är det ju rimligt, att standarden inte alltför mycket avviker från de vanliga vårdhemmens. Patienten får ju oftast på för honom såväl ekonomiskt som lokal- och vårdmässigt ogynnsamma villkor acceptera en dylik plats, just därför att samhället inte kan bereda lämplig vårdplats. Då någon affärsmässig granskning av sjukhemmen inte sker, vet man ej, vart det allmännas medel tar vägen. De privata sjukhemmen kan bara välja och vraka bland patienterna och alltid vara säkra på att få ut en hög avgift. Å andra sidan kan man säga, att om inte dessa sjukhem funnes, vore åldrvården i Stockholm ännu mera katastrofbetonad än den nu är. Trots detta beroende syns det felaktigt, att av den anledningen avstå från en skärpt kontroll. Om dessa pengar i stället kunde sättas in att hålla befintliga vårdavdelningar på stadens vårdinrättningar öppna, borde ju mycket vara vunnet i kampen mot den många gånger otrevliga exploateringen av de långtids-sjukas nuvarande situation. Att en sådan ekonomisk transferering ur förvaltningsteknisk synpunkt naturligtvis är helt ogenomförbar måste tyvärr förutsättas. Under fem år kommer 20

milj. kronor att satsas på privat sjukhemsverksamhet i Stockholm. Vore ej en koncentrerad samhällelig verksamhet betydligt bättre?

Samarbetsfrågor

Eftersom två institutioner nu har hand om intagningen av långtidssjuka, är det ju rimligt, att så länge dessa institutioner ej är förenade till en enhet, samarbete och försök till viss uppdelning av klientelet sker. Meningslöst dubbelarbete inom detta ansträngda fält måste ju undvikas. Krav på likvärdiga utredningar av intagningsbehovet kan också anses vara rimligt. Av socialdirektör Dahlströms tidigare citerade artikel från 1957 framgår, att "... samråd ägt rum mellan sjukhusdirektören och socialdirektören att såväl sjukhusdirektionens som socialnämndens utredningspersonal borde förstärkas så att å bägge håll undersökningar om ansökningarnas verkliga angelägenhetsgrad kunde baseras på iakttagelser av socialt och medicinskt utbildad personal." Har då remitteringsbyrån och sjukhuscentralen blivit likvärdiga? Tyvärr inte. Remitteringsbyrån bygger till stor del prövningen på hembesök av egen personal, som vid bedömningen ständigt kan ta hänsyn till den aktuella situationen i kön och hur platsläget utvecklar sig. Under vissa gynnsamma tider på hösten kan man alltså på ett vårdhem tänkas ta in en patient, som t. ex. under sommaren måste hänvisas till vård i hemmet eller till privat sjukhem. Utan att på något sätt förringa värdet av omdömet hos de socialvårdssystrar och läkare, som utifrån sina fall kan anse, att ett trängande vårdbehov föreligger, kan remitteringsbyrån komma till motsatt resultat, eftersom remitteringsbyråns sköterskor känner till hela stadens läge. På grund av vårdplatsbristen måste man ju till det yttersta pressa frågan: finns möjlighet till vård utan intagning på vårdhem? Sjukhuscentralen har fortfarande betydligt blygsammare personalresurser än remitteringsbyrån, och dessa medger ej hembesök. Eftersom platsbehovet alltid är stort, ligger det nära till hands, att patientens anhöriga, läkare eller sköterskor omedvetet, någon gång medvetet, överdriver vårdbehovet och "fel" patient kommer in. Sjuk-

hussidan måste även förhöra sig om att vederbörande sjukhus är villigt att ta emot patienten. Någon sådan förfrågan behöver inte göras på vårdhemssidan.

En uppdelning av klientelet är, som tidigare nämnts, en rimlig praktisk anordning. En teoretisk uppdelning med hänsyn till de olika förvaltningarnas vårdresurser är olämplig, eftersom de i stort sett är likvärdiga. För att en uppdelning skall komma till stånd, måste man även ta viss hänsyn till en irrationell faktor, de flesta läkares definition av vårdfall. Inom denna grupp hamnar framför allt de senila demenserna, de i stort sett stationära hemiplegierna, de avancerade reumatoida arthriterna och de "misslyckade" columfracturerna. Såsom fall för B-sjukhus har vi hittills ansett maligna tumörer, urämier, instabila diabetiker samt yngre långtidssjuka patienter, oavsett diagnos. Denna uppdelning har skett i samråd med sjukhuscentralen sedan hösten 1960. Avsikten har varit att minska dubbelarbetet och få det något redigare för anhöriga, kuratorer och läkare. Systemet har fungerat relativt bra. Antalet dubbelanmälda patienter är nu obetydligt från att tidigare ha varit c:a 1/3-del av antalet sökande. Samråd sker ofta mellan sjukhuscentralens "B-sjuksköterska" angående fall, vars placering syns oklar och det bestämmes vilken institution som i fortsättningen skall ha ansvaret för sökanden.

I samband med denna uppdelning stod det klart, att remitteringsbyrån för att kompensera bortfallet av de maligna tumörerna borde öka sin remittering av vårdfall från såväl akut- som B-sjukhus. En sådan ökning har också skett. Ungefär var 10:de remittering till vårdhem sker nu direkt från sjukhus, en 5-faldig ökning mot tidigare. Detta gör c:a 100 patienter årligen. Sommartid och på förhösten sker dock praktiskt taget ingen remittering från sjukhus på grund av det ökade trycket på den öppna-vårdssidan. Det är naturligtvis önskvärt, att remitteringen direkt från sjukhus ytterligare ökas för att därigenom något minska den negativa inställningen till de sjuka gamla, som trots vad som säges utåt är nog så påtaglig. Sjukhusen anser ofta, att

om de tar in t. ex. en hemiplegi, kommer de att få behålla den en mycket lång tid. Patienten skickas alltså hem. Om han har det tillräckligt besvärligt, sker intagning på vårdhem. Kanske en förbättring inträder, men trots att patienten skulle kunna skötas hemma, vill han ej återvända hem. Patienten har det ju utmärkt på vårdhemmet. Ingen kan utskrivas från ett vårdhem, såvida vårdtaren inte bryter mot föreskrifterna där, och han blir alltså kvar, kanske många år. Om patienten istället hade intagits på sjukhus, hade tiden för sluten vård kanske endast varat ett par månader.

Tyvärr bekämpas intagningen av sjuka åldringar med cerebrala insulter på sjukhusen av de jourhavande läkarna, som i en stämning av allmän maktlöshet ofta endast skriver ett vårdhemsintyg och icke medverkar till plats på sjukhus. En del av de patienter, som på anhörigas initiativ far till sjukhus utan att kontakta sjukhuscentral eller jourhavande, blir däremot intagna, vilket knappast stärker sjukhuscentralens eller läkarnas ställning.

I augusti 1960 hade remitteringsbyrån 70 vårdsökande markerade såsom synnerligen trängande vårdbehov. 1961 hade vi 80, och när detta skrives, i slutet av augusti 1962 är detta antal 100. Av dessa är 4/5 kvinnor. Trycket från sjukhusen ökar. Denna årstid är alltid den värsta. Ökningen är förskräckande, och det är den som skall räknas, inte längden på kön. Den kan vara 2.000, som den var 1959, eller 200 och ändå markera samma eller t. o. m. ökat vårdbehov. Det beror helt på bearbetningen av kömaterialet. Intagningen av vårdhemsfall var år 1956 900, år 1957 780, år 1958 876, år 1959 1.058, år 1960 851, år 1961 1.013, första hälften av år 1962 450. Den högsta siffran, år 1961, berodde på att ett nytt vårdhem togs i bruk. Under hösten 1962 öppnar ytterligare ett vårdhem om 100 platser.

Nu är den tidpunkt nådd, då en omprövning av remitteringsbyråns organisation och arbetsätt borde ske. Från början avsågs ju, att byråns arbete skulle ha karaktären av en försöksverksamhet. Det var tidigare ett önskemål, att de aktuella ansökningarna skulle följas upp för att

uppdaga latent vårdbehov. Detta har visat sig omöjligt på grund av de löpande ärendenas mängd och svårighetsgrad. Å andra sidan visade efterundersökningen av novembermaterialet, att ansökningens gruppering var inaktuell endast i ett fåtal fall. Man bör därför räkna med att de vårdsökandes och deras anhörigas kontakter med byrån anses som tillräckliga.

Utvecklingen av remitteringsbyrån har gått i den riktningen, att pensionärshemsexpeditionen har blivit en självständig enhet, som har praktiskt taget inget arbete gemensamt med ålderdoms- och vårdsidan. Vårdhemsansökningarna tar mycken tid för assistenterna och ålderdomshemsansökningarna blir då en obetydlig del av deras arbete. Den naturliga utvecklingen borde då bli, att ålderdomshems- och pensionärshemsidan sammanslås och att vårdhemssidan och sjukhuscentralens B-sektion bildar en ny enhet.

Socialdirektör Dahlström påpekade i sin tidigare citerade artikel, att borgarrådsberedningen (utlåtande 392/1956) förutsatte, att någon form av gemensamt intagningsförfarande borde komma till stånd. Det nuvarande provisoriet bygger på personliga kontakter och inte på någon fast organisation. En fördel med en gemensam intagningscentral vore, att den skulle ge den enhetlighet åt bedömandet av vårdbehovet för de långtidssjuka i Stockholm, som nu saknas.

LITTERATUR:

- Berglin, C.-G.: Vem får tvångsintagas på sinnessjukhus? Socialmed. Tidskr. 1960:9:323.
Dahlström, H.: Ett reformförslag inom åldringsvården i Stockholm. Socialmed. Tidskr. 1957:4:135.
Dahlström, H.: Vårdbehoven och paragraferna. Sv. Socialvårdsförb. Tidskr. 1959, häfte 5.
Hedin, J. E.: Samarbete mellan slutna och öppna åldringsvård. Socialmed. Tidskr. 1960:9:338.
Mårtens, S. och Peterson, K.: Erfarenheter av rehabilitering av kroniska, långtidsvårdade mentalsjukhuspatienter. Sv. Läkartidn. 1962:59:1965 (nr 26).
Sallstrand, M.: Geriatriska kliniken vid Södersjukhuset. Några erfarenheter av 1½ års verksamhet. Sv. Läkartidn. 1956:53:517.
Sociala meddelanden 1960:6:379 (Åldringsvård i olika länder).