

Samarbete mellan sluten och öppen åldringssjukvård

Några riktlinjer och erfarenheter

Av med. lic. J. E. Hedin, Vasa sjukhus, Göteborg.

Befolkningsutvecklingen i vårt land har medfört en stark ökning av antalet åldringar, både det absoluta antalet och ännu mer det relativa antalet i förhållande till den övriga befolkningen. Denna ökning kommer att ytterligare accentueras närmaste årtiondet (1). En sådan utveckling innebär ökade krav på samhällets sjukvård, vilket redan är starkt kännbart på alla sjukvårdsavdelningar och kommer att bli ännu mycket mer påtagligt. Detta beror dels på att den stigande medellivslängden inte åtföljs av motsvarande förlängning av hälsa och kroppskrafter, dels på att sjukdomar hos äldre blivit mer tillgängliga för terapi och föranleder intagning å sjukhus där de gamla oftast behöver en mycket längre vårdtid än yngre med motsvarande sjukdomar. Stig Thulin har statistiskt påvisat hur mycket längre vårdtiderna är för de högre åldersgrupperna på en kirurgisk avdelning (2). Prof. Wulff framhöll vid Svenska sällskapet för åldersforskning sammanträde i Malmö i maj i år, att de ökade möjligheterna till kirurgiskt ingrepp på äldre genom bl. a. den förbättrade narkostekniken, medfört en långt större påfrestning på de kirurgiska avdelningarna än motsvarande det ökade antalet operationer, genom att vårdtiderna blir så mycket längre för de äldre.

Prof. Wulff underströk att denna påfrestning redan nu innebär ett allvarligt problem för kirurgiska avdelningarna och att befolkningsutvecklingen inger mycket stora bekymmer för våra kirurgiska avdelningar.

Doc. Eckerström framhöll därvid betydelsen av lasarettstillslutna avdelningar för geriatrisk sjukvård, vilka avdelningar kan överta en stor del av för- och efterbehandling för de åldriga kirurgpatienterna. Sin huvudsakliga betydelse torde dock dessa avdelningar ha genom att ge åldringar av typ "vårdfall", åldringar som genom olika sjukdomskomplex inte längre kan klara sig

själva, bättre möjligheter till medicinsk utredning och därav följande adekvat medicinsk behandling, sjukgymnastik och sysselsättningsterapi med rehabiliterande inriktning i avsikt att ge så många som möjligt möjligheter att kunna vistas i det egna hemmet eller på ålderdomshem. Principerna och möjligheterna för en sådan lasarettsslutna geriatriska avdelning har kanske tydligast angivits av Majority Warren(3). I själva verket torde lasarettsslutna geriatriska avdelningar inta en nyckelställning i lösandet av 1960-talets geriatriska sjukvårdsproblem. Vi har helt enkelt inte råd att endast omhänderta för vård åldringar som genom olika sjukdomskomplex inte kan klara sig själva utan vi måste genom aktiv geriatrisk sjukvård ge fler åldringar möjlighet att klara sig längre tid i sina egna hem. Ur humanitär synpunkt är denna inställning självklar. De flesta åldringar vill vara så oberoende som möjligt och leva så länge som möjligt i det egna hemmet.

Men även med en forcerad utbyggnad av geriatriska lasarettssavdelningar spridda runt om i landstingen, en förbättrad åldringshjälp och ökade vårdmöjligheter i hemmen torde vi få komma att dras med långa väntelistor till dessa sjukvårdsplatser. För en säkrare bedömning av vårdbehovets angelägenhetsgrad och ett effektivare utnyttjande av sjukhusplatserna kan man då använda sig av en sjukvårdscentral av den typ som en tid varit i verksamhet här vid Vasa sjukhus i Göteborg.

Följande framställning är avsedd som en upplysning om och en redovisning för verksamheten vid denna central.

Bakgrunden till sjukvårdscentralens verksamhet är det otillräckliga antalet sjukhusplatser för vårdbehövande åldringar och den därav föranledda långa väntetiden för intagning på Vasa sjukhus. Vi har f. n. på Vasa sjukhus med annexavdelningar på Frölundahemmet, inom Göteborgs

Ålderdomshem, inom Göteborgs privata sjuk- och förlossningshem och på Renströmska sjukhuset sammanlagt 1005 vårdplatser. Härtill förfogar staden vårdplatser på Göteborgs sjukhem med 106 st. och Göteborgs Diakonissanstalts sjukhem med 42 st. Vårdplatsantalet inom Göteborgs stad för långvarigt sjuka är alltså f. n. 1153. Det aktuella behovet har beräknats till omkring 1400 platser, en siffra som säkerligen inte är för hög. Vid en utredning i Malmö 1954 beräknades platsbehovet för långtidssjuka till 4,4 0/00 av befolkningen, vilket för Göteborgs del skulle innebära 1760 sjukvårdsplatser. Säkert är att Göteborgs behov av sjukhusplatser för långtidssjuka inte kan tillgodoses förrän ett nytt sjukhus för långtidssjuka erhålles. Vi har f. n. på Vasa sjukhus en väntelista på 564 personer (167 män, 394 kvinnor).

För ett effektivare utnyttjande av Vasa sjukhus vårdplatser och för en säkrare bedömning av vårdbehovets angelägenhetsgrad har vi nu en tid på Vasa sjukhus som en försöksverksamhet haft igång en sjukvårdscentral eller åldringsvårdscentral. Vid centralen arbetar en läkare, en kurator och en halvtidsanställd sjuksköterska. Verksamheten har varit igång sedan 15/6 1959. Jag har varit läkare vid centralen men fram till 15/9 1959 också tjänstgjort som underläkare vid sjukhuset. Under sommaren 1959 har också under semester inte någon vikarie varit anställd vid centralen varken för läkare, sjuksköterska eller kurator. Från och med 15/9 1959 har centralen varit i full gång och läkaren vid centralen har endast haft en liten avdelning vid sjukhuset. Den huvudsakliga verksamheten har varit hembesök hos till sjukhuset inremitterade patienter. Arbetet har lagts upp så att först göres ett hembesök av kurator eller sjuksköterska och därefter göres ett hembesök av centralens läkare som då från kurators och sjuksköterskas tidigare besök har uppgifter om bostadsförhållanden, om anhöriga som kan rycka in och sköta vården under väntetiden, en kortfattad anamnes och dessutom har kurator eller sköterska tagit fram ev. tidigare sjukhusjournaler. Läkarens hembesök har i allmänhet gjorts tillsammans med antingen kurator

eller sköterska. Det kan kanske synas som ett slöseri med tiden att bägge gör detta andra besök, men det har ansetts av värde bl. a. för att dra upp gemensamma riktlinjer för beömningen.

Fram till 15/2 1960 har kurator och sjuksköterska gjort sammanlagt 1068 (813 kvinnor, 255 män) hembesök, centralens läkare 675 (478 kvinnor, 197 män) hembesök. Under denna tid har sammanlagt 292 patienter (201 kvinnor, 91 män) tagits in i förtur medan 119 (95 kvinnor, 24 män) tagits in med "relativ förtur" och 219 (140 kvinnor, 79 män) efter väntelistan och 158 (135 kvinnor, 23 män) avförts från väntelistan. Indikationerna för förtursintagning har varit dels att sjukdomens natur ev. + sociala förhållanden gjort det helt orimligt att patienten skulle invänta sin turordning, dels också att en tidig intagning bedömts komma att få en avgörande inverkan på sjukvårdens resultat. Som det mest typiska exemplet på den senare kategorin kan anföras en åldring som i samband med en infektion blivit intorkad, svag och sängliggande så att de anhöriga inte förmår mobilisera henne eller honom igen. Vid en snabb intagning i en sådan situation med adekvat vätsketillförsel och mobilisering under sjukhusresurser kan vid många sådana tillfällen sjukhusvården inskränkas till några veckor medan i den händelsen att åldringen ligger hemma i tre månader, väntande på sin tur för intagning, motsvarande sjukhusvård ofta kommer att bli lika många månader.

Förtursintagningarna har vid några tillfällen kunnat verkställas samma dag, i ett relativt stort antal fall inom de närmaste dagarna och i övriga fall inom närmaste eller de två närmaste veckorna. Det relativa antalet förtursintagningar i förhållande till patienter intagna enligt väntelistan kan förefalla stort men siffrorna förrycks här dels av att till en början innan tillräckligt antal patienter hunnit hembesökas många togs in utan föregående hembesök, dels av att vi vissa tider när väntetiden för män minskat betydligt, koncentrerat verksamheten huvudsakligen till väntande kvinnor och hembesökt väntande inremitterade män endast där inremitterande läkare eller anhöriga slagit larm. Siffrorna gäller alltså en-

dast antalet patienter av de hembesökta som intagits efter väntelistan och i själva verket har betydligt fler intagits i turordning. Antalet beviljade förtursintagningar har dock varit ganska högt och det är möjligt att vi i fortsättningen får vara mer återhållsamma i bedömningen.

Som "relativt förtursfall" har vi betecknat patienter där intagningsbehovet inte är omedelbart överhängande men där hela väntetiden ut skulle innebära en väsentlig nackdel, t. ex. en patient med deformansbesvär som i samband med sängläge vid en infektion blivit sängliggande och stelnat till så att han eller hon inte kan ta sig upp och komma igång på egen hand. För dessa patienter är ju intagningsbehovet ej överhängande men om vederbörande patient väntar tre månader på intagning kan det bli mycket svårt att mobilisera honom igen, så att han kan klara sig i hemmet.

De patienter som avförts från väntelistan har varit sådana som remitterats in av tillfällig jourhavande läkare, från Sahlgrenska sjukhusets öppna vård eller i mindre antal patienter från privatpraktiserande och som släppt kontakten med sin läkare i väntan på intagning men under väntetiden blivit väsentligt bättre och där vid läkarbesöket framkommit att patienten är i ganska gott skick och att han i själva verket hellre vill fortsätta skötas i hemmet av läkare i öppna vård. I det här antalet 158 avförda patienter har inte inräknats patienter som endast meddelat att de inte vill komma in, utan siffran gäller patienter som varit beredda att komma in på kallelse men där det enligt ovanstående förutsättningar visat sig lämpligare med fortsatt vistelse i hemmet. Ingen inremitterad patient som själv önskar komma in på sjukhuset har avförts från väntelistan och vid alla tillfällen har innan patienten avföres från väntelistan tagits kontakt med inremitterande läkare där sådan kontakt gått att få, i andra fall har jag tagit kontakt med den läkare som patienten i fortsättningen önskar vända sig till.

Trots det stora antalet förtursintagningar har väntetiden inte ökat. Det antal patienter som tas in i förtur och på så sätt passerar de som tas in enligt väntelistan kompenseras tydligen för de se-

nares del av antalet avförda patienter och av att vården i vissa fall effektiviseras genom den tidigare intagningen.

Hembesöken har också föranlett en rad andra åtgärder. I flera fall där patienterna avförts från väntelistan har bostadssituationen utgjort ett stort bekymmer för patienten och vi har hjälpt till med ansökningar till pensionärshem 5 gånger (4 kvinnor, 1 man), ansökningar till ålderdomshem 16 gånger (14 kvinnor, 2 män), anmälningar till bostadsförmedlingen 2 gånger. Vid andra tillfällen har situationen för den väntande kunnat förbättras genom hjälp till anskaffande av hemsamarit eller annan hemhjälp. I några fall har det akuta sjukdomstillståndet klingat av, men patienten varit mycket trött och skröplig efteråt och dåliga bostadsförhållanden har gjort den aktuella situationen bekymmersam. Vi har i sådana situationer vid 14 tillfällen (13 kvinnor, 1 man) efter samråd med inremitterande läkare ordnat med konvalescensvistelse. 5 gånger (4 kvinnor, 1 man) har vi också hjälpt till med ansökningar om ekonomisk hjälp till sådan. Då patienten avförts från väntelistan har i väntan på hans kontakt med läkare i öppna vården utfärdats remisser för sjukgymnastik i hemmet 4 gånger (3 kvinnor, 1 man) och recept 51 gånger (31 kvinnor, 20 män). Jag har varit mycket återhållsam med dessa åtgärder, ty det är inte meningen att vi skall blanda oss i den öppna vården eller överta ansvaret för vården i väntan på intagning, utan centralen skall tjänstgöra som sorterings- och kontaktorgan. 14 patienter (11 kvinnor och 3 män) har jag remitterat till andra sjukhus, två gånger gällde det vårdtest till Lillhagens sjukhus och beträffande två patienter (2 män) till lungkliniken vid Renströmska sjukhuset.

Många gånger har vi också hjälpt till med olika mindre praktiska åtgärder, som anskaffande av toalettspann, utlåning av rullstol med flera detaljer vilka ansetts vara av väsentlig betydelse för skötseln av patienten i hemmet under väntetiden före intagning.

Allteftersom centralens verksamhet blivit mera känd har antalet kontakter med kolleger och an-

höriga ökat. Vi har bokfört sammanlagt 377 (196 kvinnor, 141 män) telefonkontakter däri inte inräknat otaliga enkla förfrågningar, utan kontakter som medfört åtgärd. I 30 fall (11 kvinnor, 19 män) har vi också haft besök av anhöriga på centralens expedition där vi diskuterat igenom situationen.

Vi har också inom ramen för sjukvårdscentralen förbättringar i samarbete med klinikerna på Sahlgrenska sjukhuset, och reserverar om möjligt varje morgon två platser för övertagning från observationsavdelningen där. Övertagning sker efter konferens mellan läkaren på centralen och resp. jourhavande läkare på Sahlgrenska sjukhuset.

Sammanfattningsvis anser vi oss genom denna "central" å Vasa sjukhus ha åstadkommit ett effektivare samarbete mellan den slutna och den öppna åldringssjukvården och ett bättre utnyttjande av sjukhusplatserna. Verksamheten är provisorisk men det planeras att fortsätta och ytterligare utbygga den, bl. a. genom att anställa ytterligare en halvtidsanställd sjuksköterska samt en sekreterare så att den övriga personalen kan ägna sig helt åt kontakten med de sjuka. En åtgärd som enligt min uppfattning skulle vara angelägen vore dessutom att vi kunde få disponera några hemsystrar av samma typ som nu finns för barnfamiljer där husmodern sjuknat och som man under väntetiden en kortare tidsperiod kunde sätta in för skötseln av ensamstående åldringar. Detta skulle innebära att angelägenhetsgraden för intagning kunde följa mer strikta medicinska indikationer och ett riktgare användande av sjukhusresurserna för rent medicinska åtgärder.

The cooperation between hospital care and the open care of old aged patients

The increasing number of departments for geriatric medicine in the general hospitals in Sweden will not cover the needs of hospital care for old aged people during the immediate years. That is why we have to count with a great number of patients waiting for hospital beds and therefore collaboration and contact with the open

care of the aged sick is both necessary and important.

The author presents his experiences from Vasa Hospital, Gothenburg, where he works as a physician and since June 1959 he is responsible for a centre to establish a sort of Home Hospital Service cooperating with a part-time working nurse and an almoner.

The service is designed:

In the first place by visit at home to find out those cases recommended to the hospital, where the need for care is most urgent; in that way the general practitioner, under whose care the patient still remains is helped with getting the most sick patients under hospital treatment.

Secondly to contact the organisations for the home-care and to give advice on treatment while the old patients are waiting for hospital care.

During the time June 1950—Febr. 1960 about 1700 home-visits were made and as a result of those visits about 300 patients were received for hospital care after only a few days' waiting.

In not less than 158 cases it was possible to arrange for a good home care instead of hospital care, through the authority for Home Help and district nurses cooperating with the general practitioners. Apart from its sparing of available beds this arrangement is of great value in making the patient and the practitioner feel that they are in touch with the hospital, that the hospital has investigated the medical state and home conditions of the patient and any crisis should develop, will know which patient ought to have priority of admission. It is also very useful for the hospital doctor to have a good knowledge of the surroundings from which his patients come.

Author's address:

Dr. J. E. Hedin. First Geriatric Clinic, Vasa Hospital, Göteborg C, Sweden.

LITTERATUR:

1. Eckerström, S.: Långtidsvård — åldringssvård. Svenska Läkartidningen 1959:56:2985 (nr 44).
2. Thulin, Stig O.: Sjukhusplanering, vårdplatsbehov och sjukhusvårdtider. AB Hasse W. Tullberg Stockholm 1956.
3. Warren, M.: The Evolution of Geriatric Medicine. Gerontologia Clinica 1960, vol. 2, sid. 1.