

Den geriatrika enheten som form för åldringsvård — och varför?¹

Av dr Will Kindstrand, Upsala

Efter en kort översikt av hur svensk åldrings-sjukvård ser ut i dag följer geriatrika synpunkter på vissa, för en funktionsduglig åldringssjukvård grundläggande frågor. Därefter belyses gällande stadgar angående skyldighet att ge vård åt vissa sjuka åldringar och till sist en schematisk framställning av modern åldringsvård i form av s. k. geriatrik enhet.

Hur fungerar svensk åldringssjukvård i dag?

En mycket stor del av de sjuka åldringarna är för slutna vård hänvisade till den sjukvård, vilken genom lagens bestämmelser och utvecklingens gång kommit att drivas i kommunal regi, främst i ålderdomshemmen, vare sig dessa har sjukavdelningar eller inte (hittills har väl endast enstaka större städer haft erforderliga resurser för dylik någorlunda kvalificerad åldringsvård). I övrigt vårdas sjuka åldringar på akutsjukhusens specialavdelningar, på mentalsjukhusen, på s. k. kronikerhem, privata vårdhem, pensionärshem, alkoholistanstalter och slutligen mer eller mindre ensamboende i egna hem eller hos anhöriga.

På så gott som alla anstalter råder långa väntelistor. För att komma in på akutsjukhus skall åldringen sjukna helst mycket svårt och gärna med ett kirurgiskt lidande. Inom akutsjukvården kan han då få en tekniskt högt specialiserad sjukvård i en jäktig miljö för att oftast utskrivas i ett tillstånd, vilket ännu omöjliggör för honom att klara sig i hemmet.

Den avsevärda mängd åldringar, vilka får stanna i akutsjukvården mycket länge, för veckor eller månader, tar inte bara upp synnerligen dyrbara platser, vilka väl behövs för nya akuta sjukdomsfall, utan de får dessutom ofta, när själva det akuta mera tekniska be-

handlingsstadiet är över, en sjukvård vilken för detta speciella ändamål hade kunnat ordnas både effektivare och billigare.

De som utskrivas efter kort tid är mer eller mindre jämställda med den stora grupp sjuka åldringar, vilka direkt från öppen vård kommer på väntelista till ålderdomshem eller till hem för s. k. kroniskt sjuka. För de svårare fallen på dessa väntelistor följer här en primitiv, men ofta mycket dyrbar hemsjukvård med nattpassning och dyl. som socialvården har stora svårigheter att ordna, samtidigt som ändå den sjuka åldringens anhöriga hinner pressas till bristningsgränsen med de stora vådor för senare hjälpvillighet detta medför. Ålderdomshemmens och de s. k. kronikerhemmens medicinska och personella standard är oftast helt otillfredsställande. Deras karaktär av hopplös definitivplacering gör begripligt varför många gamla räknar det som en förmån att få dö i hemmet framför att intagas i någon av dessa vårdformer.

Geriatrika synpunkter på vissa fundamentala frågor i aktiv åldringssjukvård

Svensk åldringsvård är icke blott helt otillräcklig, den är även planlös med olika hjälpformer delvis motarbetande varandras syftemål. För att komma fram till en väl fungerande lösning fordras en sakkunnig och förutsättningslös prövning efter förslagsvis följande riktlinjer:

1. Känner man några speciella medicinska och organisatoriska fordringar på sjukvård för åldringar och vilka är i så fall dessa?
2. Vem har enligt gällande lag skyldighet att ge vård åt i synnerhet de långvarigt sjuka åldringarna och vilka praktiska konsekvenser medför detta i dagens läge?
3. Begreppet "kroniskt sjuk" och dess relation till åldringssjukvård.

¹ Föredrag inom sektionen för Åldersforskning vid Medicinska Riksstämman i Stockholm, hållet den 8 dec. 1956.

4. Socialmedicinska, juridiska och ekonomiska synpunkter och frågeställningar.

ad 1. Känner man några speciella medicinska och organisatoriska fordringar på sjukvård för åldringar och vilka är i så fall dessa? Denna fråga kan också formuleras: *Vad innebär åldringssjukvård (geriatri) som praktisk verksamhet?*

Åldringarnas nedsatta kontaktförmåga, allmänna nivå-sänkning och stora osäkerhet i förening med att den biokemiskt reglerade inre jämvikten (homeostasen) hos dem lätt råkar ur balans gör åldringarna väsentligt mer känsliga och sårbara än andra människor i stressfrankallande situationer. Denna åldringarnas ökade känslighet för förändringar i såväl den yttre miljön som den inre gör att geriatri som praktisk verksamhet ej är begränsad till vissa sjukdomar (även om degenerativa hjärt-, kärl- och hjärnsjukdomar bildar en viktig grupp). Den omfattar i stället ett allmänt medicinskt, socialmedicinskt och socialt handlande med den odelade människan, anpassat efter åldringens biologiskt avvikande reaktioner och med hänsynstagande till individens totala situation i en utsträckning som icke är nödvändig i sjukvård av yngre människor. Åldringssjukvården och åldringssjukvården utgör också en av de största och viktigaste områdena av socialmedicinen.

Alla dessa förhållanden gör att åldringarna tagna som grupp har ett alldeles speciellt, man kan nästan säga biologiskt, behov av att inom ramen för sin normala sjukvård bli behandlade enligt principen "Den odelade människan". Åldringssjukvården skall med andra ord vara starkt medicinskt all-roundinriktad.

Åldringssjukvårdsutredningen

gör i dessa sammanhang några intressanta konstateranden. Utredningen beskriver några olika grupper av sjuka åldringar, men erkänner i samma andedrag att *gränsen mellan dessa grupper är helt flytande och att fördelningen av dem på nuvarande typer av sjukvårdsanstalter är ett besvärligt problem utan fasta riktlinjer*. Utredningen refererar även statens sjukhusutrednings definition på begreppet "kroniskt sjuka".

Åldringssjukvårdsutredningen konstaterar vidare, att åldringssjukvården tar allt större del av akutsjukvårdens resurser i anspråk men att trots en sedan lång tid skeende specialisering med få undantag intet intresse ägnas åt geriatrik sjukvård. Vidare konstaterar utredningen, att sjukhusvården för åldringar måste följa en helt annan rytm än som gäller för nuvarande akutsjukvård, att åldringssjukvården har sina egna speciella diagnostiska och terapeutiska problem, att rehabiliteringen för detta klientel är särpräglad och slutligen, att vårdpersonalen måste vara vuxen delvis helt nya uppgifter och att de socialmedicinska aspekterna fordrar särskilt intresse i åldringssjukvården.

Då allt detta är lika viktigt som det är sant måste man djupt beklaga, att åldringssjukvårdsutredningen icke funnit skäl att av dessa sina konstateranden draga några för svensk åldringssjukvård i vardande livsviktiga slutsatser. I det planlöshetens och inkonsekvensens kaos, som nu råder, är alla för såväl friska som sjuka åldringar ansvariga myndigheter i brådskande behov av sakkunniga informationer. Kunskaper är den första förutsättningen för ett konstruktivt samarbete mellan alla de myndigheter, vilka måste medverka för att vi ska få en aktiv svensk åldringssjukvård.

En faktor av stor praktisk betydelse i den kommunala åldringssjukvården är själva intagningsförfarandet på ålderdomshemmen. Samma sak gäller oftast även de av landstingen drivna s. k. kronikerhemmen.

Åldringarnas strävan att leva oberoende sträcker sig ofta bortom den till synes sista möjligheten här till och utbytande av hemmet mot anstalt visar sig i praktiken ofta svårt utan att tillfoga den gamla allvarlig skada.

Bortsett från sjukdomstillstånd, på vilka sinnessjuklagen eller epidemilagen äger tillämpning, finnes intet stadgat, som stöder tvångsmässigt intagande av en åldring vare sig på ålderdomshem eller annan anstalt. Gäller det intagning på sjukhus på grund av sjukdom så erbjuder sig, såvida den gamle bemötes på ett psykologiskt riktigt sätt, alltså varmhjärtat kontaktbetonat, förstående och ärligt, som regel inga större svårigheter.

Helt annorlunda blir förhållandet då fråga

är om intagning på åldersdomhem eller s. k. kronikerhem. Förflyttning till dylik anstalt innebär för flertalet en definitiv uppräckning av själva tillvarons rötter, ett beseglat förstadium till slutet.

Helt följdriktigt upplever åldringen detta som en katastrofsituation och kan i panik betesig på ett sätt, som av den mindre kunnige lätt feltolkas som ytterligare anledning till omhändertagande (frihetsberövande).

Bortsett från att det utan undersökningar och ibland jämväl terapiförsök även för en läkare är omöjligt att avgöra om åldringen endast behöver en tids sjukvård eller är oförmögen att klara sig i hemmet för en längre framtid, så skulle ett intagande över den sjukvårdsanstalt kommunen måste ha tillgång till icke blott innebära en aktiv åldringsvård utan dessutom skulle, genom anpassning till fundamentala geriatrika principer, en mängd skadeverkningar och personliga åldringstragedier kunna undvikas.

Läkarens ställningstagande är här ofrånkomligt. Endast en socialmedicinsk penetrering ger möjlighet att klarlägga samband mellan orsak och verkan och blott om ett sådant förfaringsätt tillämpas kan den enskilde åldringens berättigade integritet garanteras.

ad 2. Vem har enligt gällande lag skyldighet att ge vård åt främst långvarigt sjuka åldringar och vilka konsekvenser medför detta redan i dagens läge? Vem har enligt lag skyldighet att ta vård om sjuka åldringar av olika kategorier? Primärkommunen? Landsting? Eller stat? Lagen skiljer här på *allmän skyldighet* och *individuell skyldighet*, varvid med allmän menas skyldighet att tillhandahålla vårdplatser till vissa kategorier sjuka. Skyldigheten gäller sålunda icke någon viss individ. S. k. individuell skyldighet däremot innebär att ge just det aktuella sjukdomsfallet erforderlig vård, var- till även räknas medicinsk vård.

Enligt nya socialhjälpslagen är det fortfarande primärkommunen som har individuell skyldighet att lämna vissa sjuka erforderlig vård. Kommunen har ensam såväl allmän som individuell skyldighet att lämna vård i följande fall:

a) *Långvarigt sjuka åldringar, vilka icke är*

att beteckna som kroniskt sjuka. Hit hör bl. a. en stor och viktig grupp åldringar, vilken av åldringsvårdsutredningen anses som normal för ålderdomshemmen. Den beskrives ha "sådana vårdbehov, vilka härrör från avancerad ålderdomssvaghet, i synnerhet då den är kombinerad med sjukdom för vilken icke kräves vård på sjukdomsanstalt". — Sjuklingar som uppfyller dessa krav kan naturligtvis framletas vid ett kort tidsbegränsat tillfälle. Var och en som dagligen sysslar med åldringsvård vet dock, att de icke utgör några definitivtillstånd, fastmer kännetecknas de av labilt pendlande mellan relativ hälsa och svår sjukdom, där realiter behov av vård på sjukvårdsanstalt ofta anmäler sig inom loppet av endast någon timma. Denna grupp är stor och väsentlig för den praktiska åldringsvården, då akutsjukvården i regel saknar plats för dem och dessutom är ur många synpunkter olämpligt organiserad för dylik vård.

b) *Kroniskt sjuka åldringar och sinnessjuka åldringar, vilka ej kan beredas plats å specialanstalt.* Vid utredning, som företogs 1950, fanns det över 7.000 dylika sjuka på kommunernas ålderdomshem. Landstingen har ju endast allmän vårdskyldighet för s. k. kroniskt sjuka. I denna för varje år allt större grupp sjuka på de kommunala anstalterna har flertalet ur såväl geriatrik som rent humanitär synpunkt ett vårdbehov, vilket konstitueras i lika hög grad av krav på diagnostiska och terapeutiska som på allmänt personliga vårdresurser.

c) *Sinnessjuka åldringar, vilka icke är i behov av vård på sinnessjukanstalter.* Här finnes en ökande grupp åldringar, vilka på grund av smärre, tillfälliga, ofta banala kroppssjukdomar, reagerar med sinnessjukdomsliknande beteenden. Såväl akutsjukvården som landstingens s. k. kronikerhem vägrar helt att ta emot dessa. Sinnessjukvården har stora svårigheter på grund av rådande platsbrist och dessutom hör ju sådana sjuka hemma i en rätt fungerande åldringsvård. Till denna grupp kan av praktiska skäl också hänföras de i stark ökning varande senila demenserna.

För dessa tre, med pågående åldersförskjutning allt större grupper sjuka (a, b, c) har alltså kommunerna både allmän och individuell

vårdskyldighet och vare sig landsting eller stat kan åläggas att befatta sig med de individuella sjukdomsfallen även om de ofta för så väl anhöriga som för socialvården utgör verkliga katastroffall.

Med sådana, i gällande bestämmelser fixerade, både stora och viktiga sjukvårdsuppgifter, kan kommunerna inte undgå att själva eller i samverkan med andra storkommuner eller med landsting skaffa sig tillgång till erforderliga sjukvårdsplatser med för denna speciella verksamhet lämpade kvalifikationer (av utrymmesskäl ber jag här få hänvisa till två artiklar i Socialmedicinsk tidskrift, nämligen: Medicinska synpunkter på organisationen av slutna åldringsvård nr 10/1955 sid. 405 samt: Synpunkter på personalbehovet och personalens utbildning i slutna åldringsvård nr 5/1956 sid. 201).

ad 3. Begreppet "kroniskt sjuk" och dess relation till åldringssjukvård. Både kommuner och landsting har tydligen intresse av att skaffa sig sjukvårdsplatser för åldringar. Läget i dag är närmast att kommunerna har sina ålderdomshem tenderande mot rena, men alltför okvalificerade sjukavdelningar och landstingen håller på med utbyggnad av den s. k. kroniker-vården, ofta i tydlig okunnighet om vad praktisk geriatrisk sjukvård innebär. Jag vill i detta sammanhang peka på en utveckling som här kan vara farlig för kommunerna och därmed för deras åldringar. Det stora flertalet sjuka åldringar, vilka ej kan skötas i sina hem och av platsbrist ej heller kan omhändertagas i den slutna akutsjukvården, uppfyller nämligen icke lagens bestämmelser för s. k. kroniskt sjuka. Definitionen lyder som följer: Sådana långvarigt — dock icke tuberkulöst — kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd är i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras mera av krav på personlig skötsel än av krav på de diagnostiska och terapeutiska resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärker lasarett och sjukstugor. — Så skall alltså en s. k. kroniskt sjuk vara beskaffad.

Alldeles bortsett från, att ur geriatrisk synpunkt hela detta begrepp är konstlat, så leder det i förening med delat huvudmannaskap kommun—landsting lätt till intresse motsätt-

ningar i åldringssjukvården, där den tredje parten — alltså den vars väl och ve det gäller, den sjuka åldringen — inte är tillfrågad, än mindre har någon som för hans talan.

I själva verket utgör de sjuka, vilka överensstämmer med den i lagen givna definitionen, nästan uteslutande fall, vilka i en fullt utbyggd åldringssjukvård, skulle utgöra en relativt blygsam sektor. Ett gott samarbete kommun—landsting är därför i dessa, liksom i så gott som alla andra sjukvårdsfrågor, ett varmt önskemål. För såväl kommuner som landsting är det emellertid av grundläggande betydelse att först klargöra detta begrepp för sig så att man vet på vilka villkor samarbete kan bedrivas. Om kommun och landsting gemensamt driver slutna vårdplatser så kan det lilla magiska ordet "kroniskt sjuka" insatt i ett eventuellt avtal beröva kommunen rätt och möjlighet att använda sina vårdplatser för huvuddelen av de sjuka åldringar, vilka utgör katastroffall för kommunen och för vilka den har individuell vårdskyldighet, men vilka delvis beroende på vem som bedömer deras tillstånd, måhända ej anses överensstämma med ovanstående definition på s. k. kroniskt sjuka. Ju mera snävt s. a. s. paragrafvänligt bedömningen göres, ju färre av kommunens katastroffall befinnes vara utvalda.

Då det gäller åldringsvård råder på de flesta håll en utpräglad begreppsförvirring. Man kan träffa läkare som tror, att aktiv åldringsvård är ett nytt namn på s. k. kronikervård eller att åldringsvård är senilvård. Högt uppsatta landstingstjänstemän betar sig närmast som chockskadade då man framhåller hur väl åldringarna skulle må av att alla parter i samarbetets intresse sökte bli en smula åldringsvårdssinnade. Det bästa gehöret för vad modern åldringsvård medicinskt fordrar tycker jag ofta man får i kommunerna. Om någon enstaka kommunalman energiskt motarbetar även aldrig så välmotiverade nödlägesbehov på t. ex. personalfronten så utgör detta snarast undantag från regeln, att kommunernas såväl känslor som förståndsmässiga engagement i åldringssjukvården är en reell faktor av värde att ta vara på. I praktiken flätas också socialvård och åldringssjukvård samman till en naturlig enhet.

En rätt fungerande åldringssjukvård måste vara inriktad på att för den sjuka, oroliga, i

sina kontaktmöjligheter skadade och ur nästan alla synpunkter illa fungerande gamlingen så långt detta är möjligt återställa och till funktionsdugligt skick samordna det pussel av detaljer i både den inre och yttre miljön, vilka tillsammans bildar det dynamiskt labila system en åldring utgör.

Både praktiskt och biologiskt är det verklighetsfrämmande att dela upp åldringarna i friska, sjuka, kroniska, ålderdomssvaga, kropps-sjuka m. m. utan hänsynstagande till de faktorer vi ovan berört.

Det fordras ej mångårig erfarenhet i åldringsvård för att inse hur fullständigt omöjligt det är att organisera, sortera och placera åldringar som rörde det sig om djupfrysta grönsaker. Om man försöker sig på en dylik katalogisering och sedan följer åldringens utveckling och inte bara nöjer sig med att titta på papper (intyg) så skall man mycket snart finna, att antingen får man dessbättre göra ideliga nyklassificeringar av samma patient eller också får man göra postulat av det gamla militära skämtet: "Om terrängen icke stämmer med kartan, så skall kartan äga vitsord".

Organisation i åldringsvården fordrar kunskaper, försiktighet och anpassningsförmåga ty knappast på något annat område går det så lätt att även med små felgrepp totalt organisera bort människan—individ.

Att medverka till en åldringsvård, vilken icke tar hänsyn till dessa elementära fakta, är icke blott inkonsekvent och för samhället dyrbart, det är även en oansvarig förmyndelse mot enkla, humanitära begrepp.

I den tid av nydaning på detta område vi nu upplever och medan hela frågan är under utredning måste man beklaga, att vissa landsting har föregått händelseutvecklingen med inrättande av s. k. kronikeröverläkartjänster. Liksom den moderna psykiatrin strävar geriatri mot en dynamik inom hela vårdformen, vilken blir svårare att uppnå ju mer utav den stלבenta gamla s. k. kronikervården som konserveras. Det är att varmt hoppas att landstingen kan göras så åldringsvårdssinnade, att de icke definitivt bestämmer sig för någon föråldrad organisation innan läget hunnit bättre klarna och olika möjligheter praktiskt prövats. En annan sak är sedan att resultatet bortsett från

vårdformen alltid kommer att bestämmas av vederbörandes personliga egenskaper. Med andra ord här fordras utöver kunskaper och erfarenhet även åldringsvårdssinne, generositet och övriga egenskaper, vilka möjliggör ett aktivt och harmoniskt teamarbete.

ad 4) Socialmedicinska, juridiska och ekonomiska synpunkter och frågeställningar. Såväl ur rent geriatriskt som ur ett vidare socialmedicinskt betraktande måste åldringssjukvård—åldringsvård—socialvård organiseras till harmoniskt funktionell samverkan.

Den normala slutna åldringssjukvårdens ställning till akutsjukvården skall samarbetsmässigt vara analog med mentalsjukvårdens, tbc-sjukvårdens och reumatikersjukvårdens. Författningen enligt åvilar primärkommunerna en avsevärd både allmän och individuell vårdskyldighet av gamla sjuka människor. Detta krav på kommunerna är stort och i praktiken innebär det ofta att kommunens slutna anstalter skall kunna ge erforderlig vård åt även outredda, svårdiagnostiserade och dessutom svårskötta patienter.

De kommuner, vilka velat fatta vidden av sitt ansvar, har hittills i sina strävanden till medicinsk upprustning mött segt motstånd från Socialstyrelsen och föga entusiasm från Medicinalstyrelsen. De landsting slutligen, vilka insett den samhällsekonomiska, geriatriska och humanitära betydelsen av ett aktivt samarbete med kommunerna i denna fråga utgör t. v. endast undantag.

För att riktigt sätta kronan på detta planlöshetens och motsättningarnas verk kommer i en, dessbättre tills vidare endast i förslag, reviderad sjukhuslag — vad? Jo, förbud mot erforderlig medicinsk standardhöjning av den slutna kommunala åldringssjukvården. Här har vi alltså: å ena sidan åläggande att ge erforderlig vård, även medicinsk, å andra sidan förbud att ordna förutsättningar för åläggandets fullgörande. Man får hoppas, att denna upprörande diskriminering av sjuka åldringar liksom så mycket annat i åldringsvården icke skett medvetet. Går detta lagförslag igenom, kommer kommunernas nyligen påbörjade och för åldringssjukvården så trängande nödvändiga medicinska upprustning av den slutna

vården att få en kraftig törn men åt fel håll — i riktning mot den gamla ättestupan, eller något ännu värre — en passiv förvaring.

Den kommunala åldringsvårdens mest brännande problem är sjukvårdsplatser och åter sjukvårdsplatser. Under sådana förhållanden svär det ju mot varje sunt förnuft att kommunerna i första hand bygger ålderdomshem i form av friskplatser. Både humanitärt och ekonomiskt bör socialvården föredra att i vederbörandes egna hem kunna sköta dem, vilka kunde vara på en friskavdelning, framför att nödgas på så sätt sköta sjuka människor i trängande behov av sjukhusvård. Det saknas icke åskådningsexempel hur det går för kommuner, som avyttrar sina sjukvårdsinrättningar till landstinget och i stället för pengarna bygger friskavdelningar, vilka ganska omedelbart till dyrare pengar och sämre resultat måste drivas som sjukhus.

Samhällets kostnader för akutsjukvården har stigit ofantligt såväl totalt som räknat i kronor pr säng och dag. Redan nu vårdas ett mycket stort antal åldringar som långliggare inom denna mycket dyra — och för deras speciella behov ej särskilt lämpliga vårdform — och pressen på akutsjukvården synes man av utbyggnadsplanerna att döma, ej vänta nedgång i.

Detta i förening med vad som ovan framförts beträffande kraven på slutna åldringssjukvård gör en omprövning ofrånkomlig av åldringssjukvårdens ställning till vårt gamla sjukvårdssystem och detta ur såväl humanitär som medicinsk och ekonomisk synpunkt.

Genom att stimulera kommuner och tillräckligt stora kommunsammanslutningar själva eller i samarbete med landsting (vilket som i olika områden kan visa sig lämpligast) till sådan investering i sina egna anstalter för åldringssjukvård att de kan fullgöra sina skyldigheter enligt gällande författningar, skulle åldringssjukvården icke blott bli effektiv sådan utan dessutom ej draga större kostnader än nödvändigt. Den enormt dyra vidareutbyggnaden av akutsjukvården skulle härigenom kunna minskas, delvis kanske väsentligt.

En så uppbyggd åldringssjukvård garanterar åldringarna erforderlig vård och innebär dessutom en icke oväsentlig avlastning för akutsjukvården, men då måste man inse att skrivbords-

klyschor som "god hemsjukvård" är irrelevanta för varje form av slutna åldringssjukvård. Skall åldringssjukvården ordnas t. ex. efter det i England väl prövade systemet med geriatrika enheter, så behöver inom varje sådan enhet finnas en central med i vissa delar en sjukstugas tekniska resurser.

Låt oss återgå till kommunens skyldigheter enligt lagen och se på grupperna ad 2: a, b, c.

a) *Långvarigt sjuka åldringar, vilka icke är att beteckna som kroniskt sjuka.*

b) *Kroniskt sjuka åldringar och sinnessjuka åldringar, vilka ej kan beredas plats å specialanstalt.*

c) *Sinnessjuka åldringar, vilka ej är i behov av vård på sinnessjukanstalter.*

Till dessa kommer en fjärde grupp:

d) *Kortvarigt sjuka åldringar vilka ej kan beredas plats i akutsjukvården.*

Som framgår av föregående diskussion är a) en mycket stor grupp i behov av sjukhusvård för kortare eller längre tid men mycket få kan uppfylla definitionen på s. k. "kroniskt sjuka" ens med hänsyn till sitt rent somatiska status. En liten del anses för friska (kan kläda sig själva och delvis vistas uppe osv.). En stor del är för sjuka emedan de har just det behov av sjukstugans diagnostiska och terapeutiska resurser, vilket de enligt definitionen på s. k. kroniskt sjuka icke får ha. Sist men icke minst har åldringssjukvården att räkna med mentala symptom hos icke sinnessjuka åldringar, vilka för socialvården utgör katastrofall och vilka är i trängande behov av sjukhusvård.

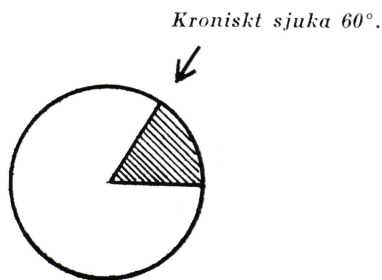
b) Även om den s. k. kronikervården utbygges till att omfatta alla vilka omfattas av definitionen, kommer denna grupp för kommunen att bli stor.

c) Med nya behandlingsmetoder och mediciner kommer även denna grupp att öka.

d) Denna grupp är väl markerad redan nu, den kommer att öka med antalet åldringar och kan endast bringas att minska genom ytterligare utbyggnad av akutsjukvården, såframt åldringssjukvården ej ges tillräckliga resurser.

Om man markerar hela åldringssjukvården med en cirkel så kommer de sjuka åldringar, vilkas tillstånd överensstämmer med den för "kroniskt sjuka" gällande definitionen, endast

att utgöra en relativt obetydlig sektor på högt räknat 60° av cirkeln. (Se bilden.)



*Övriga sjuka åldringar
a+b+c+d enl. ovan.*

Om kommunerna ensamma eller i samarbete med landstingen skall svara för en rätt bedriven åldringsvård på sätt som ovan skisserats, är emellertid otvetydigt, att denna till stora delar är utpräglad sluten sjukvård av sådan natur att den kommer att spara landstingens akutsjukvård avsevärda pengar genom att sagda akutsjukvård kan få överlämna de sjuka gamlingarna redan efter den ofta mycket korta vårdtid, när patienten icke längre har behov av dess högt specialiserade tekniska resurser.

Schematisk framställning av den geriatriiska enheten med dess relationer till annan öppen och sluten sjukvård

Begreppet "geriatric unit" innebär en samling avdelningar eller sjukhus med differentierade vårdmöjligheter allt efter fallens art och behov av vård. Det primära är en eller flera avdelningar för nyintagning, medicinsk utredning och aktivare behandling av de nyintagna fallen. Till denna är knuten en rehabiliteringsavdelning, vilken är avsedd att tjäna samtliga sjukavdelningar och även sedermera från sjukhuset utskrivna eller från öppen vård rehabiliteringsbehövande gamlingar.

Olika vårdavdelningar differentieras inom denna avdelnings- eller sjukhusgrupp för t. ex. stora medicinska och stora servicebehov, måttliga medicinska och stora servicebehov, små medicinska och små servicebehov (konvalescentavdelning = halfwayhome) vidare vårdavdelningar för senila dvs. patienter med starkt nedsatta själsförmögenheter, vilka efter under-

sökning, observation och erforderliga terapiförsök, förmodas orsakade av sådana förändringar i främst centrala nervsystemets funktion, vilka är att betrakta som irreversibla.

Vidare avdelningar för obetydliga medicinska och måttliga servicebehov, dessa skulle utgöra vad våra ålderdomshem från början var tänkta att vara. Önskvärt i en sådan enhet är även en avdelning för störande asociala åldringar, i främsta hand icke förbättringsbara alkoholsjuka.

På den bifogade planen ser vi en schematisk framställning av en dylik geriatriisk enhet med dess relationer till gamlingar, som bor i det egna hemmet, i pensionärshem, gamlingar som söker familjeläkare och likaså dess relationer till kliniker såväl geriatriiska som andra, samt lasarett och mentalsjukhus.

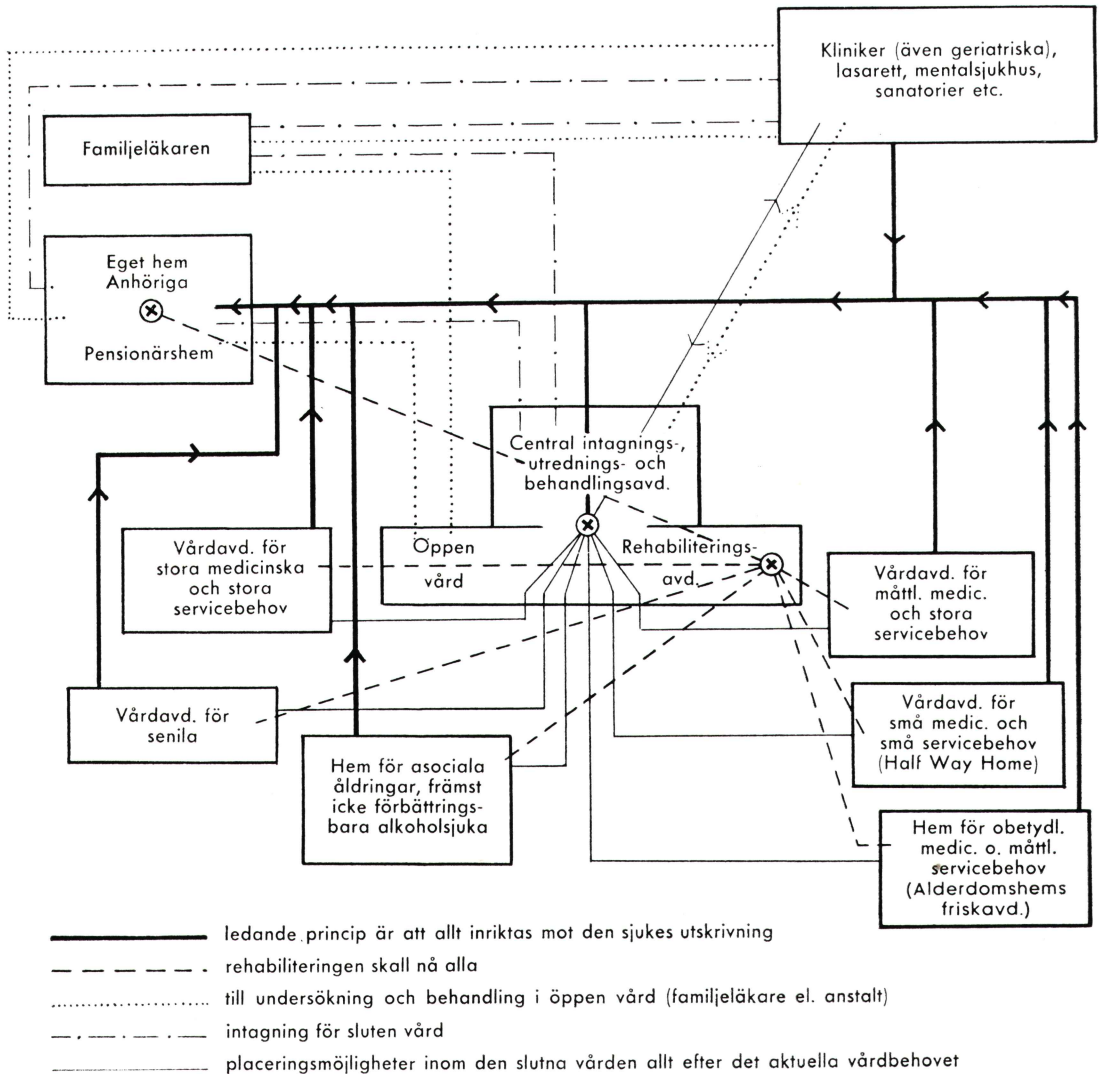
För den i åldringsvård och socialmedicin oerfarne är måhända här en förklaring nödvändig. Den schematiska bilden av en geriatriisk enhet med dess olika möjligheter till placering och omplacering av de gamla får icke misstolkas. I själva verket utgör just omflyttning av åldringar ett problem, vilket ställer stora fordringar på kunskaper och förståelse hos såväl läkare som all övrig personal. Förflyttningar inom enheten är sålunda intet självändamål men önskvärda eller erforderliga dylika kan inom en så uppbyggd åldringsvård lättare genomföras och med mindre skadeverkan på den gamle än vad som med nuvarande organisation är fallet.

På skissen å nästa sida ser vi en schematisk framställning av en geriatriisk enhet med dess relationer till gamlingar, som bor i det egna hemmet, i pensionärshem, gamlingar som söker familjeläkare och likaså dess relationer till kliniker — såväl geriatriiska som andra — samt till lasarett och mentalsjukhus.

Den *heldragna, tjocka linjen* får illustrera en ledande princip i åldringssjukvård. Varje individ skall så omhändertagas och behandlas, att vederbörande kan se fram emot och hoppas på en om också tillfällig vistelse i det egna hemmet, hos anhöriga eller på en avdelning för mindre handicappade t. ex. vilohem eller en del av uniten, ofta belägen på avstånd från de övriga, vilken motsvarar vad våra ålderdomshem ursprungligen var tänkta

EN GERIATRISK ENHET

Organisation samt relationer till övrig öppen och sluten sjukvård



till. Dessa hem, ålderdomshemmen alltså, skall därför verkligen ha karaktär av hem och där i första hand ta hänsyn till individens berättigade integritet. Ensamma rum för alla som så önskar, ett fåtal dubbelrum kan behövas för äkta makar eller annars ute i livet samboende, de skall ha möjlighet att efter önskan få maten serverad på rummet. Först under sådana omständigheter kan ålderdomshemmet bli ett verkligt hem för individen och livet där komma att innebära ett hägrande mål för den som

undergår rehabilitering på någon av sjukavdelningarna men som kanske ej har eget hem eller eljest kan räkna med att orka sköta sig helt själv. Om detta hem ej direkt ingår i en geriatrisk enhet är det önskvärt om läkare från dylik enhet kan ställa sig till förfogande som konsult.

De punkterade linjerna visar hur den sjuke kommer till undersökning och behandling i öppen åldringsvård (familjeläkare eller anstalt). Linjerna med streck och punkter markerar

gången för den sjukes intagning för slutna vård. *De heldragna tunna linjerna* markerar den sjukes möjlighet till placering inom den slutna åldringssjukvården alltefter behovet för det enskilda fallet vid den aktuella tidpunkten. *De streckade linjerna* illustrerar en annan bärande princip i åldringssjukvård, nämligen att det inbyggda och för sitt ändamål särskilt tränade rehabiliteringsteamet skall nå alla. Att ingen sådan linje når den vanliga akutsjukvården beror på att dels denna anstalt har viss egen rehabilitering, dels på att åldringarnas vistelse inom akutsjukvårdens specialavdelningar skall göras kortast tänkbart, varefter de övertagas av åldringsvårdsteamet.

För hur stora upptagningsområden den geriatriiska enheten skall ordnas får givetvis bli en erfarenhetssak. Enheten bör emellertid inte vara mindre än att minst två läkare där är anställda och inte större än att överläkaren kan få verklig personlig kontakt med varje där intagen. En av våra mest erfarna geriatriker brukar målande uttrycka detta förhållande så: Unitens överläkare skall minst en gång i veckan ta var och en av åldringarna i hand. Dessa enkla ord lär oss en av geriatriks viktigaste arbetshypoteser: känslomässig kontakt öppnar vägen för all vidare geriatrik behandling medan logisk argumentation ofta utgör ett hinder, ibland t. o. m. en stressfaktor.

För att få tillräckligt stora enheter för dylik verksamhet torde ett betydligt samgående över storkommunernas gränser erfordras. För att med de medel, som står till buds, med de investeringar vi har möjlighet att göra, kunna skaffa en aktivt funktionerande svensk åldringssjukvård, blir det nödvändigt att kommunerna inbördes och ev. i samarbete med landstingen gör en inventering av tillgång på lämpliga byggnader såsom ålderdomshem med eller utan sjukavdelning, sjukstugor, s. k. kronikerhem, konvalescenthem o. dyl.

Det primära är då att bestämma var man skall inrätta ett medicinskt centrum, intagningsavdelningen för denna geriatriiska enhet. Finnes inom området redan en sjukstuga, torde denna vara naturlig utgångspunkt för intagnings- och behandlingsavdelning. Begreppet sjukstuga synes just så väl vad beträffar teknisk utrustning som all-roundinställning på att

hjälpa den odelade människan, som ej längre fungerar tillfredsställande, utgöra en anordning som väl lämpar sig för praktisk geriatri.

Skall man bygga nya ålderdomshem kanske t. o. m. i flera angränsande kommuner samtidigt är det rimligt, att dessa byggkvoter delvis användes till uppförande av ett gemensamt medicinskt centrum om inom området andra lämpliga lokaler härför saknas. Det är klart, att vid en sådan organisation med nu tillgängliga medel de olika avdelningarna inom samma enhet kommer att många gånger ligga på rätt stort avstånd från varandra och givetvis även i skilda kommuner. Erforderliga transportkostnader torde dock vara oväsentliga i jämförelse med vad investering i erforderliga nybyggnader annars skulle innebära. Det fundamentala är en teamverksamhet inom enhetens samtliga avdelningar och att teamet är utrustat med sociala möjligheter till aktivt deltagande i såväl intagning som utskrivning. Endast på så sätt kan vi få en aktiv åldringsvård, vilken dessutom verksamt bidrar till den slutna akutsjukvårdens avlastning.

Åldringsvårdsutredningen nämner som lämpligt direktanslutna geriatriiska avdelningar för långvarigt kroppssjuka vid centrallasaretten. Mot ett sådant arrangemang finnes tungt vägande geriatriiska invändningar. Överläkaren på en dylik lasaretsansluten avdelning blir rätt fastlåst där och får icke den nödvändiga kontakten med den geriatriiska enheten i övrigt. Man får på så sätt en snedvridning i själva den geriatriiska principen om åldringsvårdsteamets dynamiska samverkan och kontakt i enhetens alla dimensioner. Dessutom har den geriatriiska enheten ett intimt samarbete fungerande med klinikerna, även de geriatriiska alltså, länslasaretten, mentalsjukhusen liksom också med familjeläkaren och med åldringarna i sina hem via den öppna mottagningen vid det medicinska centrumet.

Den geriatriiska enheten blir på så sätt för åldringarna vad sanatorierna är för de tuberkulösa, kuranstalterna för neuroserna och de kroniska polyarthriterna samt mentalsjukhusen för de psykiskt sjuka. Även för skötsel av människor, som ligger på dessa typer av sjukhus fordras ett intimt samarbete med akutsjukvårdens anstalter. Den geriatriiska enheten är med

sin dynamiska funktion anpassad efter åldringens biologiska behov, den tar hänsyn till hans överkänslighet, till den särskilda rytmen med vilken sjukvårdsarbetet måste bedrivas, till de särpräglade behov av rehabilitering, som i åldringsvården anmäler sig och dessutom genom sin inbyggda kuratorsverksamhet till de praktiska socialmedicinska utredningar och ställningstaganden, vilka är nödvändiga. Denna form för åldringsvård synes sålunda vara helt i överensstämmelse med de kriterier som åldringsvårdsutredningen uppsatte för åldringsjukvård.

Den nya socialhjälpsslagen har äntligen satt stopp för det skändliga interkommunala bolandet med individer (el. ofta t. o. m. stora barnfamiljer), vilka främst kännetecknats av nedsatt ekonomisk förvärvsförmåga. Däremot anses tydligen fortfarande sjuka, oerhört stresskänsliga och helt försvarslösa åldringar vara tillåtet villebråd i kommuner och landsting för hur omdömes- och hänsynslösa utskrivningar, intagningar el. andra omplaceringar som helst. Att okunnigheten härvid i även enkla och lättfattliga geriatrika samband ofta är den verkliga orsaken till missgreppen är för offren en klen tröst.

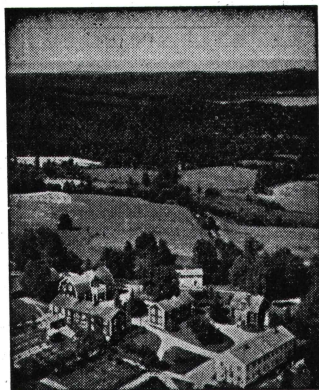
Den geriatrika enheten som norm för åldersjukvård—åldringsvård skulle härvidlag betyda en revolution, därför att genom hela enheten från dess medicinska centrum ända till hem för friska åldringar har samma överläkare personligt intresse och personligt ansvar för den mer eller mindre sjuka gamlingen, var han än placeras i slutna åldringsvård. Man skriver med andra ord ut en patient till en annan vårdform

men fortfarande med samme läkare som ansvarig. Härigenom underlättas icke blott ev. omplaceringar för den gamle, vilkens tillstånd bättre enhetligt kan följas, utan vederbörande läkare faller ej heller för frestelsen att genom för tidiga omplaceringar (utskrivningar) söka uppvisa skenbart goda vårdresultat genom en sorts bortsortering.

Med en så organiserad åldringsvård följer automatiskt att hit söker förmodligen endast läkare med intresse för den odelade sjuka åldringen, i vilken skepnad han än uppträder.

Skall något göras för åldringssjukvården så görs det billigast och bäst genom att man ej dröjer för länge. Tillståndet för närvarande är sett ur både åldringarnas och kommunernas synpunkt på de flesta ställen ohållbart och någon bättring är svårt att se med det nuvarande systemet. I åldringarnas namn måste man vädja till de kvinnor och män, vilka i medicinalstyrelsen, i socialstyrelsen, i kommuner och landsting, i riksdag och regering inom detta område har möjlighet att öva inflytande på en human och förnuftig utveckling, att dessa först närmare söker sätta sig in i åldringssjukvårdens frågor och därefter samverka till en för åldringarna acceptabel lösning. Glöm inte bort, att när Ni själva kommer i den åldern det här gäller, så lyssnar icke längre några makthavande till Edra åsikter ens i sådant som då måhända ligger Ert hjärta närmast.

Det rör sig om en uppgift som angår oss alla. Principiella och taktiska synpunkter borde här vara något lättare än annars att avlägga till förmån för en saklig lösning, som passar dem det gäller — åldringarna.



Nyhyttans Badanstalt

Fysikalisk-dietisk kurort

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation.

Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. Järnboås 13.

OBS! Post- och järnvägsstation JÄRNBOÅS.