

Guldår för svensk geriatrik under 1900-talet

Från kronikervård till modern specialitet – och internationell förebild

■ När Allmänna Svenska Läkartidningen för första gången utkom i december 1903 fanns ingenting som motsvarar geriatrik i vår tids mening i vårt land, och ingen annanstans heller. Först sex år senare lanserades begreppet geriatrik internationellt av *Nasher*. Men det var först på 1940-talet som geriatrik i någorlunda modern mening tillkom i Storbritannien genom pionjärinsatser av läkaren *Majorie Warren* och lord *Almullree*.

Den första brittiska geriatrikprofessuren (den första i världen) tillkom 1965, dess förste innehavare var *sir William Ferguson Anderson*. Redan två år därefter fick vi den första svenska professuren (i Uppsala) och 1977 den andra (i Göteborg). Numera finns lärostolar och akademiska institutioner vid varje svenskt universitet.

Utveckling till internationellt föredöme

Men naturligtvis hade det i det svenska samhället sedan århundraden funnits olika former av åldringsvård, i äldsta tider dock inte i organiserad form – man hjälptes åt inom släkten. När kristendomen infördes i Sverige ändrades synen på de orkeslösa och fattiga. Den katolska kyrkan lärde ut att den som hjälper en nödställd på jorden får belöning i himmelriket. Allmosor och sädestionde var uttryck för detta. Senare byggde kyrkan kloster i landet med avdelningar för äldre och medellösa personer.

Under 1300-talet tillkom hospital, helgeandshus, dårhus och själohus. Un-



Foto: STOCKHOLMS STADSMUSEUM

Bilden är tagen för drygt 100 år sedan, år 1899 på Rosenlunds ålderdomshem i Stockholm. Sedan dess har geriatriken utvecklats enormt – till en bred, tvärvetenskaplig specialitet där samarbete mellan läkare, arbetsterapeuter, logoped, nutritionister, psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor är centralt.

der 1500-talet blev hospitalen stora enheter som hade hand om fattigvård, sjukvård, barnavård, åldringsvård och mentaltvård – detta synsätt kan i viss utsträckning sägas ha fortlevt långt in på 1900-talet. I ett riksdagsbeslut 1947 bestämdes dock att de kommunala ålderdomshemmen, som ersatt fattigvården, skulle vara inackorderingshem utan fattigvårdskaraktär. Fattigvårdslagen ersattes så sent som 1956 av en lag om socialhjälp.

Vasa sjukhus i Göteborg, där jag med ett uppehåll på 1980-talet (som professor i Umeå och Lund) arbetat sedan 1966, var ett exempel på en stor inrättning med rötter i 1700-talet, i de nuvarande byggnaderna dock sedan 1888, då man flyttade från Drottningtorget »den 23 februari på släddar i tretton graders köld« enligt

maskinchefen *Isgrens* dagbok. Sammanlagt 1 200 vårdtagare flyttade dit. I en paviljong fanns somatiskt sjukhus, mödrahem, ålderdomshem, skyddad verkstad, tvångsarbetsplatser, mentalsjukhus, barnhem och arbetsplats för nödhjälpsarbeten. De vuxna försörjningstagarna fick tre andra paviljonger: en för kvinnor, en för män och en för sjuka.

I mitten av 1960-talet fanns på Vasa sjukhus fortfarande dessa vålnader kvar i de stora salarnas vrår och de djupa källarnas skrymslen. Under den kommande tioårsperioden började kronikervården dock förändras åt det mer medicinska hållet. Man skulle inte behöva vara kvar till döddagar – man skulle rehabiliteras! *Alvar Svanborg* hade stor del i detta, liksom i utvecklingen i riket som helhet.

En höjdpunkt vid Vasa sjukhus var

Författare



Bertil Steen

Bertil Steen är professor emeritus vid avdelningen för geriatrik, Göteborgs universitet. Han har varit ordförande i Svensk förening för geriatrik och långvårdsmedicin och i Svenska Läkaresällskapets sektion för åldersforskning.

när de första kliniska prövningarna av L-dopa började där 1969 [1], en annan när de gerontologiska och geriatrika populationsstudierna i Göteborg (H70) påbörjades 1971 [2].

Långvårdsmedicin blev en egen medicinsk specialitet 1969. Under 1970-talet fördes sedan en diskussion om man inte borde byta namn till geriatrik – detta tog dock lång tid, till 1988. Svensk geriatrik utvecklades under slutet av 1970-talet och under 1980-talet till ett internationellt föredöme med sina speciella nivåer, såsom klinikvård, sjukhemsvård, dagsjukvård, öppenvård, lasaretsansluten hemsjukvård, hälsokontroller och prevention. Vi har sedan början av 1990-talet sett en viss nedrustning av detta. Bland annat har antalet geriatrika kliniker i landet minskat ordentligt, och delar av det geriatrika konceptet har av politiker flyttats till primärvården!

Den mest genomgripande, omvälvande och negativa förändringen – Äldreformen – inträffade 1992 då den äldrevård som dittills varit sjukvårdens ansvar överfördes till kommunerna.

Professionella föreningar skapas

Svenska Läkaresällskapet sektion för åldersforskning, tillika Svenska sällskapet för åldersforskning, konstituerades 1946. Initiativtagare var professor *Folke Henschen* som kvarstod som ordförande i 20 år. Från början av 1970-talet minns jag ett årsmöte där han var med, över 90 år gammal. Jag minns också från en demonstrationsvandring genom ett lokalt ålderdomshem hans muttrande: »Hopas att man aldrig blir så gammal att man hamnar här.« Henschen påpekade för övrigt i Svenska Läkartidningen 1949 [3] att *Carl von Linné*, som 1759 skrev sin »Senium salomonium«, borde betraktas som vår förste gerontolog!

En alldeles påtaglig kvalitetsförbättring har skett vad gäller sektionens program vid riksstämman och på vårmötena. För bara ett par decennier sedan innehöll programmet ofta berättelser från olika håll om hur man kunde sköta sjukvården organisatoriskt. Sedan många år har sektionen emellertid intagit sin rättmätiga plats i sammanhanget med vetenskapligt goda program.

Vid sektionens årsmöte 1962 samlades en grupp läkare som »voro dels helt knutna till vården av de långvarigt sjuka, såsom lasaretsläkare, sjukhemsläkare och underläkare, dels knutna till denna vård såsom arvodesanställda läkare«. Av diskussionen framgick att det fanns en del problem beträffande anställnings- och arbetsvillkor samt meritvärdering. Detta ledde till bildandet av Svenska långvårdsläkarföreningen – en specialistförening inom Sveriges läkarför-

bund. Eldsjälarna var *Bertil Bjurwill*, *David Melcherson* och *Sture Tillman*.

År 1985 ändrades namnet till Svensk förening för geriatrik och långvårdsmedicin, 1992 till Svensk geriatrik förening och 2000 till Svensk förening för geriatrik och gerontologi.

Föreningen har haft stor betydelse för framväxten av svensk geriatrik. Kontroverser har hela tiden funnits mellan ämnet och andra medicinska specialiteter. Till en början dominerade internmedicin

Geriatrik är inte något slags internmedicin för gamla patienter utan ett brett verksamhetsområde med anknytning till inte bara internmedicin utan också t ex dermatologi, neurologi, ortopedi, psykiatri och urologi.

som sådan diskussionspartner, senare allmänmedicin och i viss mån rehabiliteringsmedicin.

Medicinska landvinningar gav längre liv

På ett begränsat utrymme är det omöjligt att ge en heltäckande bild av hur geriatriken utvecklats sjukvårdsmässigt. Många behandlingsmetoder har tillkommit under århundradet. De flesta av dem har kommit patienter i flertalet åldersgrupper till del, medan vissa haft störst betydelse i de högre åldersgrupperna.

När penicillin kom i praktiskt bruk efter andra världskriget innebar det drastiska vinster i människoliv. Fler levde då kvar till de högsta åldrarna. Och lunginflammationen var inte längre »the old man's best friend«.

När insulinet kom efter *Frederick Bantings* och *Charles Bests* upptäckt på 1920-talet innebar det att allt fler diabetiker uppnådde hög ålder. De perorala antidiabetiska medlen gav de flesta åldersdiabetiker en annan och bättre framtid.

När tuberkulostatika blev tillgängliga (såsom göteborgaren *Jörgen Lehmanns* upptäckt av PAS [para-aminosalicylsyra] på 1940-talet – han framställde för övrigt också apekumarol av multnande hisingsklöver sedan han sett hur korna blödde därav, en upptäckt till stor from-

ma för inte minst äldre patienter) överlevde allt fler till hög ålder. Det var tidigare inte ovanligt i vissa trakter att sju till åtta barn av tio i en familj dog före vuxen ålder. Dessutom minskade dispensär- och sanatorieverksamheten. Dödligheten i tuberkulos minskade snabbt, även om en inte negligerbar sjuklighet i tuberkulos fanns kvar långt in på 1960-talet.

Svenskars livslängd ökade. Vi har knappast någon befolkningspyramid längre utan snarare en mer jämn pelare. Den statistiska genomsnittliga livslängden steg kraftigt under 1900-talet – till en början huvudsakligen på grund av bättre levnadsförhållanden vad gäller t ex kost och hygien, senare också till följd av alla dessa medicinska framsteg. Man brukar säga att från 1950-talet beror den alltjämt fortskridande (numera måttliga) ökningen av den genomsnittliga livslängden mer på ökad livslängd hos de redan äldre än (som tidigare) på ökad livslängd hos spädbarn, barn och yngre vuxna.

Man kan naturligtvis undra om denna utökade livslängd är av ondo eller av godo. Tre scenarion brukar beskrivas. Det ena är en »postponing of morbidity«, dvs man blir sjuk senare, men sjukdomsperioden blir lika lång intill den senarelagda döden. Ett annat, och värre, scenario är en »prolongation of morbidity«, dvs sjukdomen börjar lika tidigt i livet som förr och pågår till den senarelagda döden. Det bästa alternativet måste vara »compression of morbidity«, dvs sjukdomsperioden blir kort och inträffar just i livets slutskede.

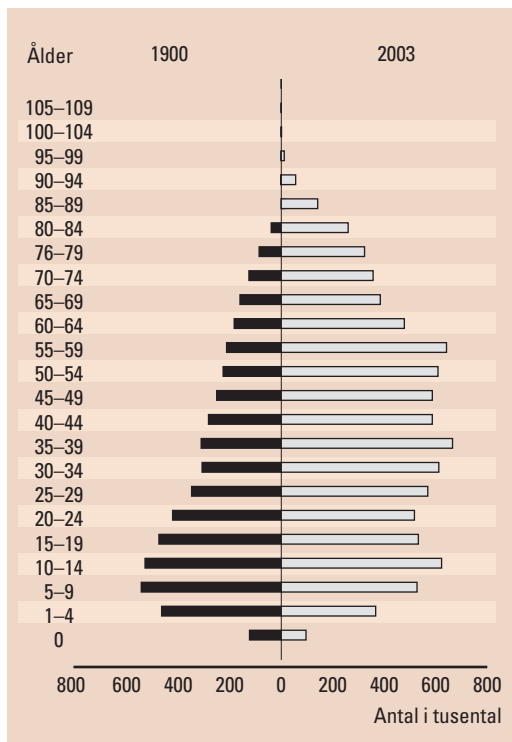
Jag tror att för de flesta åkomor gäller postponing och/eller prolongation of morbidity. I alla händelser är allt detta i stort positivt! *Fries* [t ex 4]) har diskuterat detta i detalj.

Antidepressiva medel viktigt framsteg

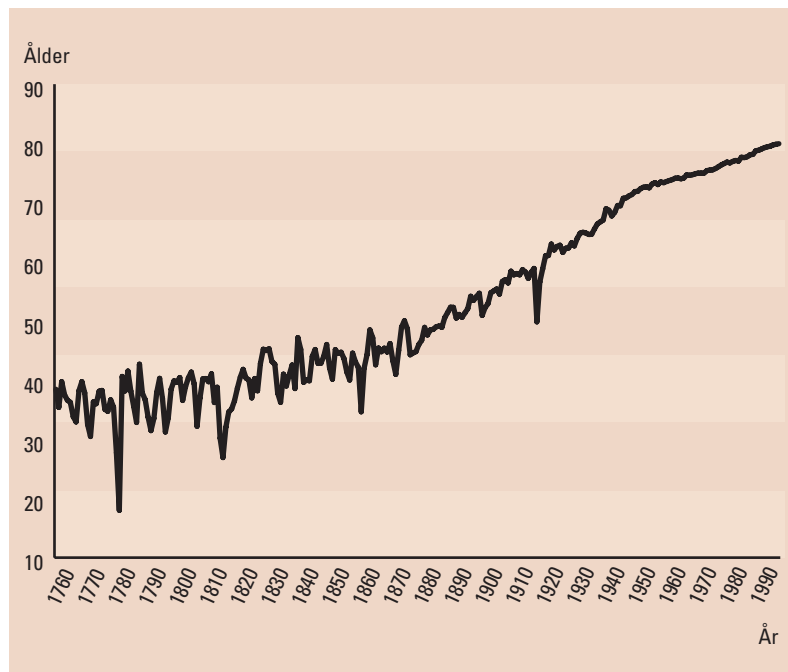
En drastisk förbättring av hälsa och livskvalitet hos de äldre gäller tillkomsten av psykofarmaka. När klorpromazin upptäcktes som första neuroleptikum på 1950-talet ändrade det snart miljön på äldrevårdsinrättningar. Det blev mycket vanligt att behandla med Hibernal. Min första översköterska på Vasa sjukhus på 1960-talet, syster Elin, visste berätta att omkring hälften av patienterna i slutet av 1950-talet behandlades med Hibernal! (De satt för övrigt längs de långa paviljongerna på skuggsidorna på grund av sin solöverkänslighet, övriga patienter på solsida. För att underlätta för personalen hade de förra skära hattar, de senare blå! – eller om det var tvärtom.)

Många patienter fick stor hjälp av medicineringen – men den iatrogena parkinsonismen var inte ovanlig.

Tillkomsten av de antidepressiva lä-



Allt fler svenskar lever allt längre. Den tidigare befolkningspyramiden har därför nu mer antagit formen av en pelare. (Källa: Human Mortality Database.)



Den genomsnittliga livslängden i Sverige steg kraftigt under 1900-talet. Till en början tack vare bättre levnadsförhållanden, senare också till följd av medicinska landvinningar som penicillin, insulin och tuberkulostatika. (Källa: Human Mortality Database.)

kemedlen blev ett av de viktigaste framstegen. Depression är vanlig hos äldre – och ett svårdiagnostiserat tillstånd. Depression brukar få exemplifiera underdiagnostik inom geriatriken, och tveklöst får för få av dessa patienter rätt läkemedelsbehandling. Vi har från H70 visat att psykofarmakakonsumtionen visserligen är generellt hög, men att vissa psykofarmaka sannolikt överkonsumeras medan antidepressiva underkonsumeras [5].

Forskningen kring behandling av demens är på snabb frammarsch. Än är vi långt ifrån kausal behandling, men »bromsmediciner« betyder mycket för livskvaliteten hos patienter och anhöriga. Bara något eller ett par års fördröjning av de riktigt allvarliga symtomen har också stor betydelse i ett samhälls-ekonomiskt perspektiv.

Den farmakologiska behandlingen av parkinsonism med L-dopa, som första gången i vårt land påbörjades på Vasa sjukhus [1], har fått en enorm positiv betydelse för dessa patienter. Med L-dopa, och senare även andra läkemedel, har de fått ett drägligare och längre liv.

Vad är hälsa, vad är sjukdom?

Några kirurgiska ingrepp som betytt särskilt mycket för äldre patienter är katarakt-, bypass- och höftoperationer. I stället för att i årtal/decennier traggla med läkemedel, gånghjälpmiddel och insatser från social hemtjänst kan dessa patienter efter

operation oftast få ett helt annat liv. Häri ligger också en samhällsekonomisk vinst.

Dessutom är få patienter så nöjda!

Sättet att arbeta inom geriatriken har också ändrats avsevärt under de senaste decennierna. Tillkomsten av den differentierade geriatriken i olika nivåer under guldåren på 1970- och 1980-talen visar på en förändring. En annan är det framväxande täta samarbetet mellan olika personalkategorier, t ex arbetsterapeuter, dietister, läkare, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandläkare.

Geriatrik är medicinsk gerontologi och en viktig del av den gerontologiska familjen. I detta ligger också nödvändigheten av att i de högre åldersgrupperna

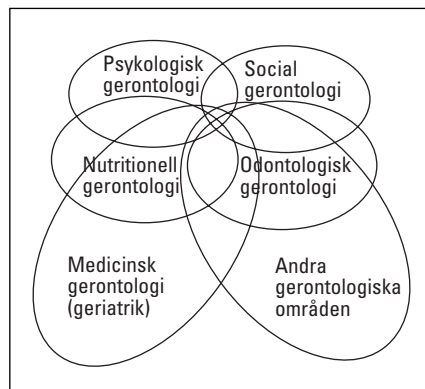
skilja mellan normalt åldrande och sjukdom. Vad är hälsa, vad är sjukdom? Bristande kunskaper i detta avseende kan leda till såväl över- som underdiagnostik [6]. Över huvud taget är diagnostik mycket viktig inom geriatrik [7] – jämsides med prevention, behandling och rehabilitering. Och geriatrisk diagnostik är svår!

Äldre idag – inte som äldre igår

Vi har sett ett starkt svenskt engagemang och stora framgångar inom olika delar av gerontologisk och geriatrisk forskning [6]. Kliniska exempel är hjärnans åldrande och demens, nutrition, osteoporos, parkinsonism och urininkontinens. Den svenska gerontologiska epidemiologiska forskningen kan exemplifieras av de gerontologiska och geriatriska populationsstudierna i Göteborg (H70).

En epidemiologisk ansats är nödvändig för att få ett longitudinellt perspektiv på åldrande, referensvärden/normalvärden och riskindikatorer/riskfaktorer, vilka senare inte sällan skiljer sig avsevärt från motsvarande förhållanden hos medelålders individer.

Ett faktum är dessutom att de äldre vi idag diagnostiserar och behandlar skiljer sig påtagligt från motsvarande äldre personer med samma kronologiska ålder för bara ett par decennier sedan. Detta bekräftas alltmer i H70 [8]. Vi möter nu-



Gerontologin och några av dess delområden, varav geriatriken är ett.

mera en annan grupp av äldre, med andra fysiska, psykiska och sociala egenskaper. Exempel är längd/vikt, kognitiv funktion, livsmedelsval, bakterieserologi och oral hälsa. Det är uppenbart att dessa kohortskillnader har stor betydelse inte bara för planering av hälsovård och socialtjänst, utan också för geriatrisk diagnostik och behandling.

Ädelreformen ett sorgligt, politiskt tilltag

Utvecklingen av svensk gerontologisk och geriatrisk forskning har således varit god och lett till en förbättrad geriatrisk sjukvård. Dessutom har den kliniska forskningen sedan tre decennier kompletterats med den nödvändiga epidemiologiska forskningen. Denna forskning är utpräglad tvärvetenskaplig och understryker att geriatrik (medicinsk gerontologi) är en del av gerontologin.

På den negativa sidan finns tillkomsten av den s k Ädelreformen 1992. Över en natt överfördes det mesta av landstingens äldrevård till kommunerna. Dessa oftast mycket gamla, skröpliga och sjuka patienter blev plötsligt »boende«, »gäster« eller »pensionärer«. Sjukhemmen avmedikaliserades, och det hela kallades »särskilt boende«. Den medicinska, nutritionella etc kompetensen följde inte alls efter i tillräcklig utsträckning.

Detta politiska tilltag var ett av de allra mest genomgripande och sorgliga som jag professionellt varit med om – och jag har sett mycket! Barbro Beck-Friis har nyligen i Läkarförbundets jubileumsskrift »Ett sekel med läkaren i fokus« givit en målande bild av Ädelreformens konsekvenser [9]. I Läkartidningen har företrädare från myndighetshåll och från verkstadsgolv under det senaste decenniet livligt debatterat nackdelar och eventuella fördelar med Ädelreformen. De flesta från professionen har ställt sig kallsinniga till tilltagat.

Kortsynt resonemang kring forskning

Ett annat negativt exempel är att vi det senaste decenniet sett hur det blivit allt svårare för exempelvis läkare i Sverige att finna tid för forskning – till och med på universitetsklinikerna. Sjukvården prioriteras. Jag tror att detta är ett kortsynt resonemang. Utan forskning ingen god sjukvård, utan närhet till sjukvården ingen god klinisk forskning. Utbildningen är länken mellan forskning och sjukvård.

Geriatrisk klinisk forskning och undervisning måste avsevärt stärkas i vårt land! Detta i all synnerhet eftersom det råder stor brist på vetenskapliga studier av god kvalitet angående effekten av olika behandlingsmetoder vid sjukdomar hos äldre. Det behövs mer klinisk geriat-

risk forskning – nyligen belagt i en god och utförlig SBU-rapport [10].

Ser det friska hos människan

Prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering är hörnstenar inom geriatriken såväl som inom flertalet andra medicinska områden.

Preventiva åtgärder såsom »hälso-sam« kost och lagom fysisk aktivitet kan vara väl så verksamma i högre åldrar som hos medelålders personer, och andra aktiviteter snarast gynnsamma! Över huvud taget kan hävdas att användande av organ och funktioner är minst lika viktigt hos äldre som tidigare i livet – exempel är blodtrycksregulation, balans, muskelkraft och benstimulering. I en fas i livet då åldrandeförändringar sätter in kan sådana aktiviteter vara särskilt gynnsamma eftersom marginalerna är små.

Riskindikatorer kan också vara anorlunda hos äldre än hos människor mitt i livet. Det gäller t ex kroppsmasseindex (BMI). Vi har från H70 visat att den lägsta dödligheten mellan 70 och 80 års ålder uppvisas av dem som vid 70 års ålder är någonstans i det område som i böckerna kallas »överbikt« (BMI 25–30) [11]. Det är därför viktigt, tycker jag, att dels påpeka att äldre människor riskfaktormässigt inte behöver vara som medelålders, dels undvika begreppet »överbikt« i högre åldersgrupper och i stället koncentrera sig på fetma.

Vid behandling är en anpassning till patienternas ålder självklar, det är man numera medveten om inom alla specialiteter (men var det sällan när jag läste medicin på 1950- och 1960-talen!). Vad gäller rehabilitering var geriatriken tidigt ute med att förbättra det friska och hela hos den åldrande människan likaväl som att koncentrera sig på det sjuka – bra exempel är slaganfalls- och demensrehabiliteringen.

Som framgått föredrar jag att se geriatriken som en bland andra medicinska specialiteter. För många ter sig dock geriatriken felaktigt som huvudsakligen en omvårdande medicinsk specialitet.

Brett fält med tätt samarbete

I samband med att ett förslag till översyn av specialistläkarutbildningen nyligen remissbehandlades skrev vi från Göteborgshåll ett kritiskt inlägg i Läkartidningen [12]. En av grundtankarna i förslaget var att satsa på basspecialiteter för att minska antalet specialiteter.

Ur vår artikel kan citeras: »Det är därför en logisk kullerbytta när man i förslaget föreslår att en generalistspecialitet och bred basspecialitet som geriatrik inordnas i invärtesmedicin och blir en grenspecialitet till denna.«

Och vidare: »Geriatrik är inte en smal subspecialitet utan tvärtom en problemorienterad generalistspecialitet med en bred kompetensuppbyggnad som också inkluderar kunskap om kroppens normala åldrande.«

Dessa citat pekar på något vi geriatriker anser självklart: Geriatrik är inte något slags internmedicin för gamla patienter utan ett brett verksamhetsområde med anknytning till inte bara internmedicin utan också t ex dermatologi, neurologi, ortopedi, psykiatri och urologi. Helt nödvändigt för framgång inom geriatrisk rehabilitering är också det täta samspelet mellan t ex arbetsterapeuter, logopeder, läkare, nutritionister, psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor.

Referenser

- Andén NE, Carlsson A, Kerstell J, Magnusson T, Olsson R, Roos BE, et al. Oral L-dopa treatment of Parkinsonism. *Acta Med Scand* 1970;187:247-55.
- Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. 70-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. General design of the study. *Acta Med Scand* 1975;198:397-407.
- Henschen F. Gerontologi och geriatrik. *Svenska Läkartidningen* 1949;46:1133-6.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130-5.
- Skoog I, Nilsson L, Landahl S, Steen B. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old representative urban population. *Int Psychogeriatr* 1993;5:33-48.
- Steen B. Stora framsteg inom geriatriken. Ändå svår balansgång mellan över- och underdiagnostik. *Läkartidningen* 1997;94:1693-4.
- Steen B. The importance of diagnostic procedures to ensure quality of health care in geriatric medicine. Example from recent studies. *Quality Assurance in Health Care* 1990;2:387-92.
- Steen B. The elderly yesterday, today and tomorrow: Aspects on cohort differences from the gerontological and geriatric population studies in Göteborg, Sweden (H70). *Arch Gerontol Geriatr* 2002;35 Suppl:359-70.
- Beck-Friis B. Äldreomsorg – ekonomiskt eller humanitärt åtagande? I: Sjöstrand NO, redaktör. *Ett sekel med läkaren i fokus*. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2003. p. 269-83.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
- Dey D, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:482-92.
- Landahl S, Rundgren Å, Wallén T, Friberg E, Martinsson M, Steen B, et al. Översynsutredningens förslag försvårar läkarrekryteringen till äldresjukvården. *Läkartidningen* 2003;100:1825.