

Några reflektioner kring omhändertagande av åldersdementa

Rut Hedvall

Lennarth Johansson

Passar de åldersdementa inte längre in i de befintliga vårdformerna? Kan man påverka den på sina håll utbredda behandlingspessimismen, när det gäller vården av de åldersdementa?

Artikelförfattarna menar att det finns grund för en större optimism om vi tar tillvara de nya rön som framkommit i forsknings- och utvecklingsarbeten när det gäller diagnostik och behandling. I artikeln framhålls vidare att man som princip bör undvika särlösningar för de åldersdementa och i stället satsa på att utveckla nuvarande vårdformer.

Artikeln är skriven av Rut Hedvall och Lennarth Johansson som bägge arbetar som utredningssekreterare på Spri.

De åldersdementas situation har under de senaste åren kommit alltmer i fokus inom äldreomsorgerna. I takt med ökade kvalitativa ambitioner inom vården av de äldre, upplever åtskilliga att denna patientgrupp inte längre "passar in" i någon av de befintliga vårdformerna. I debatten har därför steget inte varit så långt till att förespråka nya vårdformer för de åldersdementa, företrädesvis någon slags ny typ av institutionsvård.

I och med att man lyft fram de åldersdementas situation så ser många plötsligt bara problem med denna patientgrupp. De har kommit att utgöra "B-laget" inom äldreomsorgerna och flertalet menar sig ha svårt att veta vad man "skall göra av dem eller för dem"¹. Behandlingspessimismen² är på många håll utbredd, vilket gör att man ofta pratar mer om "förvaring" än vård, när det gäller dessa patienter.

I kontrast till denna negativa bild, finns också en mera positiv motbild. Inom långvårdens ram bedrivs på många ställen engagerade försök att utveckla vården och omsorgen för de åldersdementa. Forskningen inom området har också de senaste åren tagit fart och bedrivs på ett flertal ställen med anknytning till de akademiska institutionerna, tex i Uppsala (geriatrik), Göteborg och Umeå (långvårdsmedicin särskilt geriatrik) samt i Malmö/Lund (långvårdsmedicin). Institutet för Gerontologi i Jönköping och Gerontologiskt Centrum i Lund bedriver också beteendevetenskaplig forskning inom området. Från centralt håll kan nämnas att Spri följer utvecklingen inom området och har publicerat rapporter om omhändertagande av åldersdementa³ och förebyggande psykisk hälsovård för äldre⁴. Socialstyrelsen har i några nyligen publicerade rapporter beskrivit erfarenheter från dels dagsjukvård för åldersdementa,⁵ dels sk gruppboende för åldersdementa⁶. Landstingsförbundet har slutligen arbetat fram undervisningsmaterial för personal som arbetar med åldersdementa.

Allt detta är självfallet positivt, men man kan fråga sig hur mycket av de här nya kunskaperna eller erfarenheterna som har spritts och fått genomslagskraft ute i den praktiska verkligheten. Samtidigt som man fått nya kunskaper om de här människornas behov och problem så har det blottats en hel del kunskapsbrister, fördomar och missuppfattningar.

Myter och okunskap

Det finns på sina håll utbredda negativa attityder gentemot dessa patienter. Trots att nästan samtliga

En vanlig uppfattning som skymtar fram är att alla åldersdementa på något sätt är störande. Fakta talar dock för motsatsen

sjukvårdshuvudmän är överens om att de åldersdementa som behöver heldygnsomhändertagande bäst får sina behov tillgodosedda inom den somatiska långtidssjukvården (närmare bestämt vid de lokala sjukhemmen) blir de inte alltid mottagna med öppna armar. En långvårdsläkare har tex uttryckt sin rädsla för att dessa patienter skall förstöra miljön på de fina små lokala sjukhemmen!

En vanlig uppfattning som skymtar fram är att alla åldersdementa på något sätt är störande. Fakta talar dock för motsatsen. I en studie av samtliga patienter som vårdades inom somatisk långtidsvård i Stockholms län 1980, fann man att knappt 4% av de som vårdades pga "åldersbetingade psykiska sjukdomar", uppvisade ett gravt störande beteende⁷. Det som är utmärkande för flertalet åldersdementa är ett stillsamt och passivt tillstånd. Bedömningen av vilka beteende som betecknas som störande varierar också mycket från individ till individ, från avdelning till avdelning etc. Avgörande är främst toleransen, förståelsen och inlevelseförmågan hos personal och medpatienter/pensionärer.

Från primärkommunalt håll har påtalats stora problem med att hjälpa speciellt de åldersdementa att bo kvar hemma. I en undersökning från Göteborg⁸ framkommer att det är få personer som erhåller hemtjänst pga problem relaterade till åldersdemens (3% eller 26 av totalt 948 personer). Ofta visar det sig att det inte är fråga om en åldersdemens som förorsakar de största problemen, utan andra typer av psykiska besvär eller särpräglade personligheter. I Göteborgsundersökningen framkom således att det var fler personer som erhöll hemtjänst pga "annan psykisk orsak" (6% eller totalt 53 av 948 personer).

Enzell och Wetterberg⁹ pekar på tre vanliga fördomar som drabbar de äldre:

"För det första är gamla människor inte normalt sjuka eller psykiskt avvikande. 73 procent av personer över 65 år anser sig må bra. Nanna Swartz och Ivar Lo-Johansson är mer representa-

tiva för normalt årande än en förvirrad 70-årig patient. Gamla människor som ter sig psykiskt störda har antingen alltid varit det, blivit det på grund av sjukdom eller ibland på grund av understimulering (sensory deprivation).

För det andra är även gamla människor mottagliga för och svarar på behandling. Många psykiatriska tillstånd är symtomatiska, och om dessa är behandlingsbara hos yngre personer så är de det också hos äldre och med samma metoder.

För det tredje är "senilitet" varken en oundviklig följeslagare till ålderdom eller den vanligaste psykiska sjukdomen hos gamla. På äldre dagar är depression det största hotet mot den psykiska hälsan, och den förblir tyvärr ofta odiagnostiserad."

Några fakta

Fokuseringen på problemen för och kring de åldersdementa, gör att man glömmer att flera äldre personer drabbas av andra psykiska besvär, främst depressioner. Många somatiska sjukdomar medför också psykiska symtom hos de äldre. För att belysa detta kan det vara värt att återigen citera Enzell och Wetterbergs⁹ uttalande i Läkartidningen:

"Senilitet" är inte en diagnos i sig utan mer en signal att utreda och ställa korrekt diagnos. Mental störning kan vara det enda framträdande symtomet på många sjukdomar hos gamla, många av dem reversibla, en del iatrogena. Av alla gamla som söker för ett "psykiatriskt" problem har mellan 10 och 30 procent, beroende på åldern, en odiagnostiserad medicinsk åkomma, en medicinerings effekt eller båda. Ju äldre patienterna är desto oftare är de psykiska störningarna symtomatiska."

Osäkerheten är mycket stor när det gäller att ange hur många äldre som har eller drabbas av en reell åldersdemens. Här i Sverige anges oftast att 5% av de äldre över 65 år har en grav åldersdemens¹⁰. I en japansk undersökning anges att andelen är mindre än 1%¹¹. Någon avancerad differentialdiagnostik har vanligtvis inte legat som grund i flertalet undersökningar. I de undersökningar i vilka man kommit fram till en relativt stor andel åldersdementa ingår

"Senilitet" är varken en oundviklig följeslagare till ålderdomen eller den vanligaste psykiska sjukdomen hos gamla

säkerligen en hel del personer med sk pseudodemens (falsk demens).

Alla personer med en reell åldersdemens har ett åldersdement beteende men alla personer med ett åldersdement beteende har inte en reell åldersdemens och flertalet "pseudodemenstillstånd" går att förebygga eller bota.

I Socialstyrelsens inventeringar av patienter inom den psykiatriska vården framkommer stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen när det gäller antal patienter med en åldersdemensdiagnos sett i förhållande till den totala äldre befolkningen¹². Detta tyder på att bevekelsegrunder för att sätta en diagnos av typ åldersdemens varierar starkt.

I vissa sammanhang har det låtit som om de åldersdementa ökar snabbt i antal. I Dalbyundersökningen har man visat att risken för att en person skall insjukna i en ålderspsykos har minskat¹³. Där emot har förekomsten av antalet individer med ålderspsykos i en given befolkning ökat avsevärt mellan åren 1947 och 1972. Denna ökning beror till största delen på att de åldersdementa lever längre med sin sjukdom bl a tack vare bättre möjlighet att bekämpa infektioner. I en undersökning i Jönköpings län, av samtliga pensionärer boende på servicehus med helinackordering, framkom inte heller att behovet av psykogeriatrisk vård skulle ha ökat under en 14-årsperiod (1967–1981), utan snarare minskat!¹⁴

Nuvarande vårdformer och vårdmöjligheter

I dag återfinns åldersdementa i nära nog samtliga existerande boende- och vårdformer. Så bör det också vara i framtiden. Det är arten och graden av beteendet som tillsammans med den enskildes sociala situation och därav föranledda behov som avgör vilken hjälp som skall sättas in och var denna skall ges. Det kan vara fråga om hjälp i det egna hemmet, i serviceboende av olika slag, vård på lokalt sjukhem och för ett litet fåtal vård på en psykiatrisk enhet.

Vad kan och vad bör man göra ytterligare för att

förbättra omhändertagandet av de åldersdementa? Svaret på den frågan kan bli en mycket lång uppräknin g. Vi vill peka på det vi tror är mest väsentligt i sammanhanget.

Enligt en grov uppskattning vistas omkring 20 000 gravt åldersdementa i sina egna hem³. Detta är möjligt tack vare insatser av social hemtjänst och hemsjukvård med stöd av dagsjukvård. En nära nog nödvändig förutsättning är dock att anhöriga är villiga att ställa upp och påta sig omsorgs- och tillsynsuppgifter. Att på olika sätt stödja, stimulera och lösa av de anhöriga är därför mycket väsentligt och detta är i allmänhet inte tillräckligt beaktat i dag.

Serviceboende kan vara en lämplig boende/vårdform när det inte längre är möjligt för den åldersdementa att bo kvar hemma. Här spelar serviceboende med helinackordering en viktig roll, med sina möjligheter till tillsyn dygnet runt. Idag bor ca 12 000–14 000 åldersdementa i serviceboende³. Majoriteten av dessa har inga problem att smälta in i denna miljö. I vissa fall har man dock inom serviceboendets ram, avdelat någon mindre enhet inom t ex ålderdomshemmet för de åldersdementa. Detta kan säkert vara bra för både den åldersdementa själv och personalen. På så sätt kan personalen lättare ge denna grupp av boende den speciella uppmärksamhet de kräver.

De åldersdementa beskrivs ibland som en grå och anonym massa. Detta är naturligtvis inte någon riktig beskrivning utan varje åldersdement peson är unik på sitt sätt, med känslor, tankar och upplevelser som alla andra. På de ställen där man skapat en fin miljö för dessa patienter har man lyckats lyfta fram just det unika hos varje åldersdement person.

I några radioprogram i juli månad redovisades vårdmiljö och arbetssätt dels på dagvården för åldersdementa vid Sabbatsbergs⁵ sjukhus och dels vid Råbyhemmet⁶. Personalens inställning präglades av entusiasm, arbetsglädje och inlevelseförmåga. "Kontakten med en ny patient är som att ha en

.....

Att på olika sätt stödja, stimulera och lösa av de anhöriga är mycket väsentligt och detta är i allmänhet inte tillräckligt beaktat i dag

.....

spännande roman framför sig'', berättade någon ur personalen.

Vad är det egentligen i grunden som skapar ett sådant positivt arbetsklimat och denna fina vårdmiljö? Kring frågor som dessa har man i dag inte forskat så mycket. Är det de små enheterna, är det pionjärkaraktären på arbetet och den uppmärksamhet verksamheten får? Är det en enda individ som har den rätta andan och lyckas överföra denna till de andra osv?

Självfallet måste samma fina anda och förhållande för patienterna kunna skapas inom den "vanliga" långtidsvården och den behövs även för de långvårdspatienter som inte är betecknade som åldersdementa. Men det krävs massiva insatser för att sprida denna positiva anda överallt. Medlen kan vara många, tex kan nämnas internutbildning, personalkonferenser, gruppvård, individuell vårdplanering, kontaktmannaskap och förbättrade anhörigkontakter¹⁵. På många håll har man anpassat den fysiska vårdmiljön (tex märkt ut dörren till toaletten och det egna rummet bättre) till de åldersdementas speciella handikapp med lyckade resultat¹⁶. Detta sammantaget med orienteringsträning och mentalstimulering gör att det finns ett optimistiskt perspektiv i vården av de åldersdementa¹⁷.

Vårdkvaliteten är säkerligen inte så mycket en fråga om personaltäthet, vilket man åtminstone tidigare velat göra gällande i många sammanhang. Det specifika som det hela handlar om är förhållnings-sättet – respekten – och inlevelseförmågan som måste finnas med i allt som man gör för och tillsam-mans med patienterna.

Några slutsatser

Principiellt menar vi att man bör undvika särlosningar vad gäller vården av de åldersdementa. Vi måste även fortsättningsvis sträva efter att vården av de åldersdementa kan integreras med övrig äld-

Vi måste även fortsättningsvis sträva efter att vården av de åldersdementa kan integreras med övrig äldreomsorg

reomsorg. Huvuduppgiften blir alltså att utveckla nuvarande vårdformer.

Någon har sagt att den bästa förebyggande åtgärden är att så sällan som möjligt använda någon diagnos av åldersdementtyp. Har en person väl fått en sådan "etikett" på sig så startar lätt en ond cirkel med negativa förväntningar som försämrar vederbörandes tillstånd eller beteende. I detta sammanhang är det viktigt att man tillvaratar nya rön när det gäller differentialdiagnostik och behandlingsmöjligheter. Här spelar psykiatrin tillsammans med andra discipliner en väsentlig roll.

En utveckling av samverkan mellan olika vårdgivare är på gång. Främst gäller detta samverkan mellan primärvård, primärkommunal verksamhet och psykiatri. Viktigast i detta sammanhang är samvekan mellan sjukvården i hemmet och den sociala hemtjänsten, såväl de mer eller mindre dagliga kontakterna som de regelbundet återkommande kontakterna i vårdplaneringsgrupperna. I detta forum kan samtliga deltagare ta upp problematiska situationer och där kan man hjälpas åt att finna så goda lösningar som möjligt. Psykiatri har här en viktig roll bl.a. med att stötta hemtjänstens och primärvårdens personal med utbildningsinsatser och handledning.

REFERENSER

1. *Holmgren, A-L*: Vårdpersonalens upplevelser kring vården av åldersdementa patienter. Institutet för Gerontologi, Jönköping, Spris utredningsbank reg.nr 1014:2, 1978.
2. *Adolfsson, R, Nyström, L, Sandman, P-O, Winblad, B, Åström, S*: Personal i åldersdemensvården – utbildning, kunskaper, arbetssätt och attityd till vården. Läkartidningen, Volym 790, nr 41, 1982.
3. Omhändertagandet av åldersdementa, Spri rapport S 104, Stockholm 1978.
4. Kan vi förebygga psykiska besvär hos de äldre? Spri rapport 83, Stockholm 1981.
5. Socialstyrelsen redovisar. Att kunna bo kvar hemma – en rättighet. Dagvård för åldersdementa, 1983: 1.
6. Socialstyrelsen redovisar. Annorlunda långvård, k1983: 2.

7. Stockholms läns landsting. Patientinventering vid somatisk långtidssjukvård. HSN, Driftsavdelningen. 1980.10.14.
8. *Porath, R, Örtenblad, M:* Undersökning rörande hemtjänstens målgrupper. Göteborgs socialförvaltning, delrapport från kanslibyrå 3, 1983.02.14.
9. *Enzell, K, Wetterberg, L:* Geropsykiatri – problem och framtidsutsikter. Läkartidningen, volym 79, nr 41, 1982.
10. Åldrandet, problem och strategi, Rapport från läkar- dagarna i Örebro 19–20 april, 1982. Utgiven av Svenska läkaresällskapet och Spri. Spri rapport nr 82, 1982.
11. Åldrande och Psykisk Hälsa. Rapport från ett Wennergren Center symposium. Publiceras 1984.
12. Socialstyrelsen redovisar. Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – en förstudie. 1981: 1.
13. Socialstyrelsen redovisar. Åldersdemens – Vården av åldersdementa personer, 1980: 7.
14. *Berg, S, Nordquist, P, Tubbin, M, Arfwidson, S:* Vårdbehov och medicinkonsumtion bland äldre på servicehus med helinackordering – en 14-års uppföljning. Rapport nr 49 från Institutet för Gerontologi i Jönköping, 1983.
15. Stockholms läns landsting. Åldersdemensavdelningar inom långtidsvården, HSN, juni 1983.
16. *Edvardsson, B:* Metodkatalog för geriatrisk aktiv- ring. Spris utredningsbank, reg nr 1842, 1976.
17. *Papasiropoulos, S, Ohlsson, M, Alfonsson, S:* Men- talstimulering. Utgiven av Essex Läkemedel AB, Klippan 1980.