

Äldrehälsovård

Erfarenheter från försök i Huvudsta, Solna kommun

Lars Olov Bygren

Begreppet hälsa är svårt att avgränsa i yngre åldrar och det är ännu svårare bland gamla. Teorin om åldrandets biologiska bakgrund har inte kunnat ge en sammanhängande bild av mekanismerna och ej heller de psykologiska och sociala förklaringsmodellerna gör oss särskilt väl rustade att förebygga problemen med åldrandet. Detta hävdar professor Lars-Olov Bygren i en redovisning av erfarenheter med försök med äldrehälsovård i Solna kommun. Resultaten presenterades vid Hässelby seminariet om förebyggande arbete idag och i morgondagens samhälle. Lars Olov Bygren är professor i förebyggande medicin vid Tromsø universitet, Norge, och tidigare aktiv vid institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet.

Begreppet hälsa är svårt att avgränsa i yngre åldrar och det är ännu svårare bland gamla. Det hänger samman med att ett gott hälsotillstånd i hög ålder innefattar de förändringar som hör samman med normalt åldrande. Men vad är då normalt åldrande? Teorierna om åldrandets biologiska bakgrund har inte kunnat ge en sammanhängande bild av mekanismerna.

Inte heller de psykologiska och sociala förklaringsmodellerna gör oss särskilt väl rustade att förebygga problemen med åldrandet. Det är tex normalt att minska kontakterna med omvärlden men i någon punkt uppkommer isolering som är ett av åldrandets lidanden etc. Ett första steg i försöken med äldrehälsovård bör vara att skaffa sig en bild av hur de gamla i ett område har det medicinskt och socialt.

En vanlig reaktion efter detta brukar vara att överraskande många är någorlunda friska.

Hälsoserviceavdelningen inom Stockholms läns landsting gjorde för ett par år sedan en kartläggning i Huvudsta, ett område i Solna strax norr om Stockholm. Metodiken var en uppsökande verksamhet där distriktssköterskor gjorde hembesök och leddes av en erfaren socialarbetare. Totalt undersöktes 1 103 personer eller 92 % av alla personer i området som var 65 år eller äldre. Så mycket som 54 % av de undersökta tyckte att de hade en bra hälsa och bara 9 % tyckte hälsan var dålig.

Å andra sidan hade nästan alla 92 % minst en diagnos och en av de besökta fick 14 diagnoser. Det finns synbarligen många folksjukdomar i dessa åldrar men i många fall är de lindriga.

Förflyttningssvårigheter är vanliga. Det är hela 34 % som har svårt att gå i trappor. I allmänhet finns hiss men 23 % har svårt att röra sig utomhus, ännu fler bland dem som är 75 år eller mera. Bland dem är det 36 % som har svårt att röra sig utomhus.

Många har svårt att klara att åka buss, 23 %, och tunnelbana, också 23 %. Till det bör fogas att 48 % inte vågar gå ut ensam på kvällen. Rörelsefriheten måste alltså upplevas vara begränsad även om 49 % har tillgång till bil eller bilskjuts och 16 % har färdtjänst.

En viktig funktion i alla åldrar är hörseln. En knapp femtedel upplever att de har svårt att höra.

.....
Förflyttningssvårigheter är vanliga. Det är hela 34 % som har svårt att gå i trappor.
.....

Tabell 1. Förflyttningsförmåga, hörsel och syn. Procentuell andel individer med problem.

	Ålder			Alla
	65-69	70-74	75	åldrar
Svårt att gå i trappor	26	35	46	34
Svårt att röra sig utomhus	15	23	36	23
Svårt att höra	14	18	24	18
Kan inte läsa texten i tidningen	1	3	8	4

Naturligtvis ökar det med åldern. Synen är helt perfekt för 4%. De kan läsa telefonkatalogen utan glasögon. Faktiskt kan 96% läsa tidningstexten, de flesta då med glasögon. (Tabell 1)

Tandproblemen är många. Tanderna är dåligt skötta, proteserna glappar etc. Hälften av de besökta hade inga egna tänder och 70% hade hel- eller delprotes. Av protesbärarna var det en fjärdedel som inte var nöjda med protesen, 16% av hela gruppen besökta personer. Många av proteserna var mycket gamla. Den äldsta hade burits i ett halvsekel och 12% av dem som hade protes hade haft protesen i mer än 20 år. Trots allt kunde emellertid 91% av de besökta tugga maten bra. Tandvårdsbehoven är som bekant dåligt tillgodosedda i hela landet och skälet är dels prioriteringarna inom tandvården, dels begränsade resurser, främst ett begränsat antal tandläkare. En stor del av tandvårdsbehoven kan emellertid tillgodoses av andra personalkategorier.

Hela gruppen med nervösa problem stannar vid en fjärdedel av de besökta. Det är knappast möjligt att möta det motsvarande behovet av service med psykiaterinsatser. Här måste andra lösningar utvecklas, tex psykiater handleda distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare och socialassistenter.

De medicinska problemen är ganska väl mötta av samhällsservice. Två tredjedelar av de besökta från 70 år och uppåt hade regelbunden kontakt med läka-

De medicinska problemen är ganska väl mötta av samhällsservice.

Tabell 2. Regelbunden kontakt med läkare och distriktssköterska. Procentuell andel personer.

	Kontakt	Ej tillgodosedda behov
Läkare	63	7
Distriktssköterska	8	7

re och en knapp tiondel med distriktssköterska. Förhållandevis få hade behov av kontakt utan att ha det. (Tabell 2)

Ensamhet och isolering är naturligtvis inte något som regelmässigt hör samman med pensioneringen. En tredjedel var emellertid ensamboende och ensamhetskänsla fanns hos drygt 100 av de besökta, 12%. Ungefär hälften så många kände sig isolerade. Sannolikt skulle det betyda mycket för deras hälsa och förmåga att klara sig i hemmet om isoleringen kunde brytas. Det bör å andra sidan sägas att vi alla har ett behov av att vara ensamma ibland.

Sysselsättningen var ett problem för en del, men 88% var nöjda med vad de uträttade och bara 6% ville ha någon fritidssysselsättning, där de fick träffa nya människor. Mycket få önskade andra fritidssysselsättningar. Man har talat ibland om integration av skolor och institutioner för äldre. Vi frågade dem vi besökte om de ville ha kontakt med barn på daghem eller fritidshem; det ville 2%. Kontakt med skolbarn i skolan, skolbarn som eftermiddagsförälder eller ungdomar på fritidsgård var ännu mindre populära aktiviteter.

Om sådana aktiviteter hade ingått i vår aktion och organiserats kan förstås resultatet ha blivit ett annat och frågorna känts mindre hypotetiska. Det var 23% som ville ha (mera) fritidssysselsättningar. Enligt vår bedömning i teamet behövde 7% fysisk aktivering och 7% mental aktivering. Naturligtvis behöver alla aktivering men dessa hade behov av hjälp för att den skulle komma till stånd. De flesta klarar aktiviteterna i dagliga livsföringen och de

Ensamhet och isolering är naturligtvis inte något som regelmässigt hör samman med pensioneringen.

som inte kan har ordnat det på något sätt. Uppkö-
 pen är relativt ofta problematiska. Det är en knapp
 femtedel som inte klarar dem. Samhället har här
 ställt upp ganska bra. (Tabell 3)

Tabell 3. Aktiviteter i dagliga livsföringen. Procentuell
 andel individer med behov av hjälp.

Aktivitet	Samhälls- hjälp	Privat ordnat	Kvarstående hjälpbehov	S:a behov
Laga mat	5	6	0	11
Duscha	5	3	0	8
Bada	7	4	1	11
Gå på toaletten	1	0	0	1
Bädda sängen	4	3	0	6
Göra uppköpen	12	7	0	18
Bära hem varorna	12	8	0	21

De flesta ville förstås vara kvar i sina hem, men
 13 % hade sökt till institution och 11 % hade tänkt
 söka. Ensamboende har givetvis svårare att klara
 sig i hemmet när sjukdomarna och besvären börjar
 bli ett hinder för den personliga skötseln, men det är
 i hög grad känslan av ensamhet och isolering som
 gör att man hade sökt sig till institution. Det är
 naturligt att man söker sig till institution när man
 inte längre klarar de dagliga aktiviteterna. Man hade
 sökt eller tänkt söka sig dit fastän behoven av hjälp
 med inköpen etc i nästan alla fall var tillgodosedda.
 (Tabell 4)

Jag vill poängtera värdet av hembesöket och
 värdet av att få en balans mellan den medi-
 cinska och sociala sakkunskapen hos dem som
 har den direkta kontakten med de gamla.

Tabell 4. Har sökt eller tänker söka in på institution.
 Procentuell andel personer.

	Känner sig ensam eller isolerad		Känner sig inte ensam – isolerad	
	Ensam- boende	Sam- boende	Ensam- boende	Sam- boende
Behöver hjälp med dagliga aktiviteter	44	40	37	28
Behöver inte hjälp med dagliga aktiviteter	36	26	22	17

På vilket sätt bör då en hälsoservice för gamla
 utformas? Den organisatoriska utformningen måste
 naturligtvis ske utifrån sjuk- och socialvårdspoli-
 tiska förutsättningar. Jag vill för min del poängtera
 värdet av hembesöket och värdet av att få en balans
 mellan den medicinska och sociala sakkunskapen
 hos dem som har den direkta kontakten med de
 gamla. Resultatet blir enkla åtgärder som i många
 fall säkert kan vara av avgörande betydelse för den
 gamles levnadsnivå.