

Psyko-geriatrisk omsorg og sosial-omsorgen

Viktor Gaustad

Vid planeringen av åldringsvården bör man bl.a. ta hänsyn till följande principer: Den förebyggande vården måste tillgodoses – bl.a. genom "riskregister" för vissa grupper av åldringar. Behandlingen bör betr. den sociala aspekten sikta till hjälp till självhjälp. Den medicinska och sociala vården måste integreras och vara gemensam för alla åldersgrupper – de gamla får icke segregeras.

I løpet av de siste desennier er det i de nordiske land gjort betydelige framsteg innen eldreomsorgen. Vi har søkt å bedre boligforholdene ved å bygge spesielle boliger for de eldre. Vi har forsøkt å bedre deres levkår ved å innføre hjemmehjelp, utdeling av ferdiglaget middagsmat osv. Hjemmesykepleien er utvidet slik at de syke eldre har fått bedre muligheter til å klare seg. Stort sett har dette arbeidet dreiet seg om enkelttiltak. Ved planleggingen og oppbyggingen av tiltakene har vi sett rent praktisk på det og tatt lite hensyn till ideologiske synspunkter. I første rekke har man tatt hensyn til de materielle behov, mens de eldres trivselsforhold, deres selvrespekt og aktive rolle i samfunnet har vært viet mindre oppmerksomhet.

I en del tilfelle har man forsøkt å klarlegge de eldres behov ved å foreta praktisk anlagte vitenskapelige undersøkelser. De resultater man har funnet frem til, har så dannet grunnlaget for den videre prioritering av de aktuelle tiltak. Slike undersøkelser har en viss begrensning. Ved intervjuundersøkelser får man vanligvis bare frem minimumsbehov, blant annet fordi de eldre ofte har vanskelig for å gi uttrykk for sine behov. Behov for tiltak som ennå ikke er satt i gang, vil de som regel ha vanskelig for å ta standpunkt til. Ofte må vi derfor sette i gang tiltakene ut fra ren praktisk innsikt. De tiltak som er satt i gang, har i liten utstrekning vært fulgt opp av undersøkelser for å vurdere hvilken virkning de har hatt.

Eldreomsorgens målsetting

I vårt fremtidige arbeid må vi tilstrebe en klarere målsetting, og vi må sørge for å gi denne til-

strekkelig ideologisk bakgrunn. Ut fra dette er det naturlig å spørre om vi mener at de eldre i størst mulig utstrekning skal integreres i samfunnet eller om vi mener at deres problemer er så særpregete at vi må basere oss på spesielle løsninger som de øvrige grupper av befolkningen ikke har behov for eller bare trenger i liten utstrekning. De konklusjoner som er trukket ut fra undersøkelser og praktisk erfaring, taler avgjort for at man i opplegget for den fremtidige eldreomsorg må basere seg på integrasjonsprinsippet.

Økonomiske vurderinger med hensyntagen både til de midler og det personale som står til disposisjon, blir ofte brukt som forsvar for segregering, og det er klart at service-tiltak kan bli både billigere å organisere og mindre personalkrevende når man samler større grupper av eldre på et sted, f. eks. i store boligblokker. På den annen side fører dette til at slekt og venner blir boende lengre borte. Muligheten for hyppig omgang mellom generasjonene og dermed også for praktisk hjelp fra de yngre vil bli mindre, noe som igjen vil gå ut over de eldres trivsel og deres behov for å leve et selvstendig liv.

Et av siktepunktene i det praktiske arbeid må være å sørge for at samholdet mellom generasjonene blir opprettholdt i størst mulig utstrekning. Man må her tre støtte til både med direkte økonomisk hjelp og andre støttetiltak. Personlig mener jeg at påstanden om at de yngre generasjoner er lite villige til å hjelpe de eldre i sin familie ikke er riktig. En undersøkelse av hjemmeboende eldre i Oslo som ble foretatt i 1964/65, viste at det først og fremst var barna som hjalp de eldre med husarbeidet. Av 1001 intervjuede var

det 1/6 som utførte alt husarbeid selv, 2/3 som fikk en del hjelp til dette og 1/6 som selv overhodet ikke gjorde noe. Av de kvinner som fikk en del hjelp, fikk nesten halvparten hjelp av barna mens til sammenlikning hadde bare 8 % hjemmehjelp. Av mennene fikk over halvparten hjelp av ektefelle og nesten 1/3 av barna, mens 6 % hadde hjemmehjelp. Gifte menn fikk hjelp av ektefelle. Ellers var det først og fremst barna som hjalp til med husarbeidet. Den organiserte hjemmehjelp var av meget lav størrelsesorden i forhold til den totale hjelp som ble gitt. Gifte menn deltok bare i husarbeidet i mindre utstrekning. 1/4 av dem som ble intervjuet, uttalte at de ønsket hjelp til husarbeidet eller mer hjelp utover den hjelpen de allerede hadde. Det var først og fremst ønske om hjelp til de tyngre deler av husarbeidet som hovedrengjøring, vinduspuss, alminnelig renhold og trappevask.

I den samme undersøkelsen ble de eldre spurt om hvor ofte de hadde omgang med barn og barnebarn, med andre slektninger og med venner og naboer. Med omgang forsto man besøk både hos den eldre og besøk som den eldre selv foretok. Omgang med samboende ble ikke tatt med. Nesten 2/3 av de intervjuede hadde barn/barnebarn boende utenfor sitt eget hjem. 3/4 av dem hadde omgang med disse minst 1 gang ukentlig og vel 90 % minst 1 gang månedlig. Med andre slektninger og med venner/naboer var omgangen mindre hyppig. Vel 1/4 hadde omgang med andre slektninger enn barn og barnebarn så hyppig som 1 gang ukentlig, mens 43 % sjeldnere eller aldri hadde slik omgang. 1/3 hadde omgang med naboer/venner 1 gang ukentlig, mens 43 % sjeldnere eller aldri hadde slik omgang. Omgangsmessig spilte således barn og barnebarn en dominerende rolle. 1/3 av de intervjuede hadde vært sengeliggende p.g.a. sykdom i løpet av de siste år, og relativt sett flere kvinner enn menn. Mennene hadde hatt tilsyn av ektefelle og dernest av barn og andre slektninger, og kvinnene først og fremst av barn og andre slektninger. Meget få hadde hatt hjemmesykepleie (4 %). Det var 34 (10 %) som uttalte at de hadde manglet tilsyn. Dette var noe hyppigere blant kvinner enn hos menn.

Når det så ofte blir klaget over at barna er lite villige til fortsatt å hjelpe sine foreldre, henger dette etter min oppfatning først og fremst sammen med at det ikke er satt i gang tilstrekkelig med støttetiltak for disse familiene hverken når det gjelder hjelp til å komme over en akutt krise eller når det gjelder hjelp på lengre sikt. Ved å sørge for dette vil de eldres integrering i samfunnet kunne bli atskillig bedre. Familier som hjelper sine eldre, bør i større utstrekning få økonomisk vederlag for den hjelpen de yter enn hva tilfellet er i dag. En hjemmeværende datter f.eks. som stiller en eller begge av sine foreldre, bør få såpass stort vederlag at familiens samlede inntekter kommer atskillig over eksistensminimum. Fra enkelte hold er det til og med hevdet at datterens vederlag i slike tilfelle burde svare til lønnen for en kvinnelig industriarbeider, men samfunnet har vel ennå ikke tilstrekkelig ressurser til å gå så langt.

I de nordiske land lider i dag få eldre direkte økonomisk nød. En undersøkelse foretatt i Danmark viste at de eldres økonomi var ganske god. Bare 14 % mente at de var dårligere økonomisk stillet etter pensjoneringen enn da de var 55—60 år. Oslo-undersøkelsen viste at de aller fleste mente at de hadde tilstrekkelig økonomi til å dekke sine basale behov som mat, brensel etc. Omkring 1/5 syntes at det var vanskelig å skaffe penger til innkjøp av større klesplagg, til fornøyelser og ferier og til presanger for familie og nære venner til jul, fødselsdager o.l.. I tillegg til klær var det behov som hadde betydning for selvrespekt og trivsel som en del eldre hadde vanskelig for å makte. Forståelsen av at de eldre stort sett har de samme behov som middelaldrende og at de derfor bør ha tilsvarende god økonomi, har vel ennå ikke trengt helt igjennom, selv om dette er et vesentlig grunnlag for innføringen av folkepensjonen.

Felles servicetiltak

Sosiale støttetiltak for eldre som f.eks. hjemmehjelp, fotpleie etc. bør inkorporeres i serviceordninger som er felles for samtlige aldersgrupper, og de bør tilstås på samme grunnlag. Hvis f.eks. personer i de yngre aldersgrupper må betale helt eller delvis for et hjelpetiltak avhengig av deres

ökonomiske stilling, bør dette prinsippet også gjelde de eldre, selv om størrelsen av den sum de betaler for en dels vedkommende nærmest vil være symbolsk.

Neppe noen vil benekte at den samme inkorporering i et felles system også må gjelde for adgang til kvalifisert medisinsk service både hjemme og i sykehus. 80 % av de hjemmeboende eldre som inngikk i Oslo-undersøkelsen, hadde vært hos lege i løpet av siste kalender-år. I en undersøkelse fra en mindre kommune i den sør-vestlige delen av Norge foretatt i 1966 av distriktslege *P. J. Lund* hadde 71 % av samtlige hjemmeboende eldre hatt legekontakt i samme tidsrom. De fleste eldre synes således å stå under regelmessig tilsyn av lege. 1/6 av de eldre i Oslo hadde vært innlagt på sykehus i løpet av siste kalender-år. Relativt sett lå innleggelsesfrekvensen høyere for aldersgruppen 75—80 år (20 %) enn for aldersgruppen 80 år og derover (16 %). Dette tyder på en diskriminering av de aller eldste når det gjelder sykehusinnleggelse, noe som henger sammen med mangel på sykehusplasser. I de senere år har det i Oslo vært særlig vanskelig å få lagt inn pasienter med senile psykoser.

Det er også aktuelt med støttetiltak som utelukkende tilgodeser de eldre, som klubber med variert opplegg, mosjonspartier, daghjem, spesielle tiltak for blinde og døve osv. Disse tiltak bør være på linje med liknende tiltak for andre aldersgrupper, daghjem for barn, ungdomsklubber, sportsklubber, husmorlag osv..

I denne forbindelse er det naturlig å reise spørsmålet om segregering blant de eldre selv. Bør man f.eks. opprettholde et skarpt skille i og utenfor institusjoner mellom de friske og förlige eldre og de syke og skröpelige? Svært mange vil svare ja til dette med den begrunnelse at de friske eldre vil reagere sterkt på omgangen med de skröpelige, og at de bör ha et opplegg som ligger så nær opp til det normale som mulig. Det er ikke sikkert at det synspunktet er riktig. En overser i et hvert fall den voldsomme virkning et slikt opplegg svært ofte vil ha for dem som må overføres til den skröpelige gruppen. En del eldre vil dessuten ha glede av å kunne hjelpe andre som er skröpeligere. Et

strengt skille mellom aldershjem og sykehjem skaper mange problemer ved overflytting fra aldershjemmet til sykehjemmet. Et felles hjem med mulighet for en viss differensiering innenfor hjemmet har avgjort sine fordeler.

Jeg har gått såpass grundig inn på betydningen av å integrere de eldre mest mulig i det övrige samfunn fordi dette vil influere på hyppigheten av psykiske lidelser hos eldre. De eldres trivsel, deres status i samfunnet og deres selvrespekt er altsammen faktorer som spiller stor rolle for deres psykiske helse.

Sociale faktorer i psykiatrien

Den hyppige forekomst av psykiske lidelser hos eldre må sees mot den bakgrunn av manglende status som de eldre har i dagens samfunn, og at vi hittil har gjort lite for å rette på dette. Selv om vi materielt sett har gjort en del, har vi hittil gjort lite for å bedre de eldres trivsel.

De psyko-geriatiske lidelsers epidemiologi er behandlet tidligere i dette symposiet. Det må presiseres at psykiske lidelser er meget hyppige hos hjemmeboende eldre, og at det både opptreer lidelser som er felles for alle aldersgrupper og lidelser som er aldersbetinget. Ved undersøkelsen av de hjemmeboende eldre i Oslo hadde 3 % av de intervjuede tydelige tegn på senil demens, og 1 % hadde paranoide psykoser. En fikk ikke opplysninger om de lettere tilfelle av senil demens. En frekvens på 3 % svarer til et totalt antall på 1200 for hele Oslo. Hyppigheten var 3 ganger så stor i aldersgruppen 80 år og derover som i aldersgruppen 70—79 år. I årene fremover vil det skje en forskyvning mot de eldste aldersgrupper. Av Norges befolkning på 70 år og derover var i 1965 17.6 % 80 år og derover. I 1980 vil 21 % være så gamle, noe som förer til at antallet av senil demente vil öke. Tidligere har man lagt overveien- de vekt på at senil demens skyldtes organiske hjerneforandringer og ment at muligheten for behandling og bedring var meget små. I dag er vi på det rene med at forskjellige miljø-faktorer utvilsomt har stor betydning for den videre utvikling av senil demens, og at det i mange tilfelle er muligheter til å bedre tilstanden eller å holde den

stasjonær. Dette vil særlig gjelde lettere tilfelle av senil demens. Det er ikke sjelden at man treffer på eldre med tydelige tegn på senil demens som likevel fungerer godt, og hvor sykdommen holder seg påfallende stasjonær når livsmiljøet er trygt uten problemer av noen art. Når derimot slike eldre blir stillet overfor problemer som de ikke makter å løse, kan dette føre til opptreden av akutte psykotiske tilstander som uten raskt innsettende og adekvat terapi enten har dødelig utgang eller fører til en betydelig foreværelse av tilstanden. Det er en rekke forskjellige miljøfaktorer av sosial og psykologisk art som har betydning for opptreden av psykiske lidelser hos eldre. Dette gjelder også de lidelser som er organisk betinget. Ensomhetsproblemet har vært mye diskutert og har størrelsesmessig blitt tillagt varierende betydning. For å ta omtrent midt på treet kan man si at det er en tendens til at de eldre i det moderne samfunn får en sosial rolle som er mindre aktiv enn i deres tidligere liv. En del blir av denne grunn isolerte og ensomme, mens andre klarer å tilpasse seg. Om de eldre synes at tiden faller lang eller ikke, synes å være et godt kriterium på om de er ensomme eller ikke. I Oslo-undersøkelsen var det 8 % av de intervjuede som syntes at tiden alltid falt lang og 1/5 som syntes at den falt lang av og til.

Nedsatt helse og förlighet spiller stor rolle for kontaktmulighetene. I Oslo-undersøkelsen var 9 % så skrøpelige at de overhodet ikke eller bare med meget store vansker kunne komme ut av huset. Det var flere kvinner enn menn i denne gruppen. Disse eldre må ansees som en særlig sårbar gruppe som har stort behov for støttetiltak, kanskje særlig av trivselsmessig art. Hva ferdse i trafikken angår, var det 23 % som overhodet ikke eller bare med hjelp fra andre klarte å ferdes i trafikken. Også her var det overvekt av kvinner.

De vansker som er forbundet med å bo dårlig, öker med årene. Boligundersökkelser blant annet fra Sverige har vist at det relativt sett er langt flere eldre enn yngre som bor dårlig. Boligstandarden avtar med ökt alder slik at flere eldre over 80 år bor i dårligere boliger enn eldre mellom 70 og 80 år. I Oslo bodde 1/5 av de eldre i boliger hvor de hadde ovnsfyring eller ovnsfyring kombinert med

andre fyringsmåter, hvor de måtte ut av leiligheten for å komme på toalettet og ut av huset for å bade.

Tidspunktet for pensjoneringen har mange sett på som en kritisk periode. Enkelte har brukt uttrykket "retirement — shock". Andre har hevdet at problemene i forbindelse med pensjoneringen kanskje ikke er så store. De utslagsgivende faktorer ser ut til å være de økonomiske forhold og helsetilstanden. I föolge en amerikansk undersökelse syntes mange å ta pensjoneringen som en befrielse fra arbeidspresset. Pensjoneringen förtte ikke til at helsetilstanden ble dårligere. På den annen side var det tydelig at dårlig helse var en viktig faktor ved frivillig pensjonering. Det så ikke ut til at pensjoneringen tydelig förtte til dårligere tilpasning og trivsel. En del, som var godt tilpasset för pensjoneringen, fikk tilpasningsvansker, men det omvendte — at tilpasning var dårlig för og bedre etterpå — var omtrent like hyppig. Vi bör kanskje ikke overdrive pensjoneringens betydning for tilpasning og trivsel. En annen sak er at en bevisst forberedelse og planlegging av pensjonsalderen spiller stor rolle. I England har man opprettet et spesielt organ, "The Pre-Retirement Association", som et service-organ for slik virksomhet. Det blir holdt en rekke kurser for vordende pensjonister. I Norden har vi hittil gjort lite på dette området.

De eldre vil ofte reagere meget kraftig på forandringer i sin vante tilværelse. Vi ser dette ved sykehusinnleggelser, når de flyttes til andre boliger osv.. Tap av nære slektninger, særlig ektefelle, er også et typisk eksempel, og ofte förer dette tapet til at det oppstår alvorlig psykisk lidelse hos den gjennlevende.

Fra psykiatrisk hold blir det stadig fremhevet hvor stor betydning et normalt og tilvart miljø har både för å opprettholde den psykiske helse og for mulighetene til helbredelse ved inntrått sykdom. Vi må slå fast at de eldre med psykiske lidelser også i størst mulig utstrekning skal integreres i det övrige samfunn. Psyko-geriatrien må derfor så langt som det er mulig gjøre bruk av det vanlige sosiale omsorgsapparat. Det er nödvendig å understreke dette fordi særlig senil demente i mange

land er utsatt for sterke krav om segregering. De særtiltak som tas i bruk, må være nødvendige og hensiktsmessige og svare til særtiltak som vi gjør bruk av for *andre eldre*. Det vil først og fremst bli spørsmål om særskilt omsorg for senil demente som på grunn av adferdsforstyrrelser vanskelig kan være sammen med andre eldre, — som de vandrende, de sterkt hallusinerte og urolige, de voldsomme og destruktive osv.. Det spiller størst rolle i den institusjonelle forpleining, men det kan også være aktuelt f.eks å opprette egne daghospitaller eller daghjem for senil demente som forpleies hjemme.

Organisering av psykiogeriatrisk service

Den psykiatriske service må ha god mulighet for hjelp fra andre spesialiteter fordi de eldre ofte lider både av psykiske og somatiske sykdommer. Samarbeid med indremedisinen, øyelegen og ørelegen er viktig. De syns- og hørselssvekkede er særlig disponerte for psykiske lidelser. Best mulig korreksjon av slike defekter har mentalhygienisk betydning fordi kontakten med omverdenen blir bedre. Hva spesialistbehandlingen angår, vil i Norge den psyko-geriatriske omsorg i første rekke måtte tas opp av forvernsavdelingene ved de psykiatriske sykehus og av fylkespsykiaterne. I de større byer vil helserådets avdeling for psykiatri komme i stedet for fylkespsykiaterne. I en by av Oslos størrelse kan det sykehusmessig bli tale om å dele opp byen i sektorer både når det gjelder psykiatriske og somatiske sykehus slik at hver sektor dekkes av bestemte sykehus. Dette vil også ha betydning for det psykiatriske forvern. Hvis den psyko-geriatriske service skal bli effektiv, må legestaben økes, bl.a. fordi man må komme i gang med tidlig behandling og mer preventivt pregete tiltak — som f.eks. rådgivning og behandling når en eldre har mistet sin ektefelle og ikke makter å tilpasse seg. Skal dette opplegget fungere tilfredsstillende må psykiaterne være godt informert om oppbyggingen av den sosiale omsorg og hvilke muligheter denne har å by på. Likeledes må sosialarbeiderne ved sosialkontorene og innen de frivillige organisasjoner som arbeider i eldreomsorgen, få anledning til å henvise de klienter som de me-

ner har behov for psykiatrisk undersøkelse, behandling og vurdering. Det siste er viktig fordi sosialarbeiderne ofte vil trenge gode opplysninger om hvor mentalt svekket en klient er for det blir bestemt hvilke hjelpetiltak som kan komme på tale.

Aktiv sosialomsorg

I Norge er grunnlaget for sosial omsorg fastlagt ved lov av 5. juni 1964 som trådte i kraft 1. jan. 1965. I hovedtrekkene bygger denne loven på de samme prinsipper som lovverket for sosial omsorg i de andre nordiske land. Ansvaret for den sosiale omsorg hviler på den enkelte kommune. Hver kommune skal ha et kommunevalgt sosialstyre. Det faglige arbeid utføres av sosialkontoret, som trenger velutdannede sosialarbeidere. De fleste kommuner i Norge som har opprettet sosialkontor, har egen nemnd for eldreomsorg.

Stort sett faller sosialomsorgen i to deler, nemlig å gi direkte hjelp i forskjellige former, samt å gi råd og veiledning. Den direkte hjelp som ytes, skal i første rekke ta sikte på å gjøre søkeren selvhjulp og uavhengig i fremtiden. Opplysninger, råd og veiledning skal gis til enhver som trenger det for å bli selvhjulp eller for å kunne tilpasse seg til en vanskelig livssituasjon.

Den sosiale omsorg har således et konstruktivt grunnlag. Det skal først og fremst ytes hjelp til selvhjelp. Dette prinsippet må også gjelde for eldreomsorgen. Mange av de trivseltiltak som vi har satt i gang, er av passiv art. Det trengs her en omlegging til tiltak som aktiviserer og stimulerer de eldre. I særlig grad gjelder dette de tiltakene som er satt i gang i alders- og sykehjem. Hovedmålet for eldreomsorgen må være at vi gir de eldre aktiv hjelp slik at de i størst mulig utstrekning kan forsette å leve et aktivt liv i best mulig kontakt med det øvrige samfunn og med så gode trivselforhold som mulig. I mange tilfelle må den hjelpen vi yter være varig fordi det ikke er mulig å gjøre klienten selvhjulp. Dette kan f.eks. gjelde hjemmehjelp. Vi må ha klart for oss at både når det gjelder eldreomsorg og sosial omsorg forøvrig, er det ennå langt igjen før vi har nådd det mål om aktivt og konstruktivt arbeid som loven forutsetter.

Frivillige organisasjoners oppgaver

Selv om det sosiale omsorgsarbeid i de nordiske land først og fremst er en kommunal oppgave, deltar også frivillige organisasjoner. Graden av frivillig innsats kan variere fra et land til et annet. Når det gjelder eldreomsorg, baserer man seg i Norge på en betydelig innsats fra frivillige organisasjoner, og de kommunale myndigheter støtter deres arbeid økonomisk. For at omsorgen skal bli mest mulig effektiv, er det vesentlig at man blir enig om hvilke oppgaver som skal organiseres i kommunal regi, og hvilke som skal overlates til de frivillige organisasjoner. Hjemmehjelp, husmorvikartjeneste, hjemmesykepleie og bygging av institusjoner er oppgaver som det er naturlig at kommunen har ansvaret for, selv om det finnes eksempler på det motsatte. På den annen side er f.eks. organiseringen av trivselsfremmende tiltak som f.eks. klubbvirksomhet, hobbyvirksomhet, mosjonspartier, bokutlån, besøkstjeneste hos enslige eldre osv. et arbeidsområde som eigner seg godt for de frivillige organisasjoner. I kommuner

hvor frivillige organisasjoner er trukket inn i eldreomsorgen, bør det opprettes et samarbeidsorgan med representanter både fra kommunen og organisasjonene. På det faglige plan bør det være regelmessige møter mellom de kommunalt ansatte og dem som er ansatt i eller driver frivillig arbeid i organisasjonene.

I Norge har de frivillige organisasjoner opprettet såkalte helse- og velferdssentraler for eldre. I hele landet er det nå ca. 30 slike sentraler hvorav 14 finnes i Oslo. Her er mesteparten av det gamle byområdet dekket av helse- og velferdssentraler. Undersøkelsen av de hjemmeboende eldre i Oslo viste at nesten 2/3 (64 %) av de intervjuede bodde i et distrikt som hadde helse- og velferdssentral. Oppgavene for en fullt utbygget sentral fremgår av figur I.

De enkelte sentraler har tatt opp disse oppgavene i varierende utstrekning. Ved en sentral i Oslo benyttet 57 % av klientene seg av matutlevering, 45 % av fotpleie og 26 % av hårpleie. I fritidsaktiviteter som klubber, turer og andre tiltak del-

Fig. 1

Kontakt utenfor hjemmet. Klubber 11	Hjemme- besök 10	Innledende kontakt, registrering av eldre — deres behov og ønsker 1			Sykehus Legehjelp og hjemme- sykepleie 2	Hjemmehjelp. osv. 3
Sysse- lsetting 12	Helse- og velferdssentral for eldre					Middags- måltider, hentet eller brakt 4
Frier, rekreasjon 13						Kroppspeie, bad, fotpleie, hårvask 5
Bolig- formidling 14	Ökonomisk veiledning 15	Arbeids- formidling 16	Helseråd, helsesøster 9	Forskning- opplysnings- virksomhet 8	Helse- kontroll, mental- hygiene 7	Tøyvask, reparasjon 6

tok 26 %. Sentralen hadde 12 forskjellige klubber. Badetjensten gjorde forholdsvis få klienter bruk av, til tross for at 1/5 av de eldre i Oslo aldri bader. I større byer regner man med at en sentral skal dekke et område med 2—3000 eldre. I Oslo har sentralene snaut 30 % av de eldre innen sitt område som klienter. Også en del under 70 år med sosialtrygd er klienter.

I de grisgrendte strøk på landsbygda lar det seg ikke gjøre å organisere helse- og velferdssentraler på samme måten som i byer og tettbygde strøk. Hittil er det bare tatt opp enkelttiltak. Hvilke problemer som er de viktigste og hvordan man skal organisere arbeidet med å løse dem, vet man foreløpig lite om. Nasjonalforeningens gerontologiske institutt har satt i gang forsøksvirksomhet i en landkommune for å få praktisk erfaring om dette.

Mange av de grisgrendte kommunene er typiske utflyttningsstrøk med stor overvekt av eldre. En skulle tro at opplegget av eldreomsorgen ville bli særlig vanskelig i disse strøkene hvor det blir få i yrkesaktiv alder til å ta vare på forholdsvis mange eldre. Dette synes foreløpig ikke å være tilfelle og henger antagelig sammen med at "storfamilien" fremdeles i større utstrekning eksisterer der, og at det økonomiske tilskudd gjennom alderstrygden representerer et godt tillegg når næringsgrunnlaget på forhånd er forholdsvis svakt.

Sosialarbeidernes ansvar

Det er en nødvendig forutsetning for at vi skal kunne hjelpe de eldre på en aktiv og konstruktiv måte at det blir foretatt en grundig undersøkelse av den enkelte klients livssituasjon. Den sosialarbeider som skal ta opp sosialrapporten blir derfor en nøkkelperson. Vedkommende må ha lettvinnt og tilstrekkelig adgang til å få undersøkt klientens helsetilstand.

Det sosiale problem kan være enkelt og lettløst, som f.eks. at en eldre trenger hjemmehjelp for fortsatt å kunne klare seg hjemme. Tilsynelatende enkle problemer kan imidlertid vise seg å være atskillig mer kompliserte ettersom man arbeider med saken. Sosialarbeiderne må foreta en vurdering av klientens eget syn på problemet og sammen med vedkommende forsøke å finne frem til

den løsning som er mest mulig konstruktiv og samtidig realistisk. Den løsning som klienten selv har funnet frem til, er langt fra alltid den riktige. Sosialarbeideren må ha god tid til å snakke med sin eldre klient og ha en bred forståelse av de eldre års egenart. Et forhold som gjør det sosiale omsorgsarbeid vanskelig, er at vi foreløpig ikke har nok hjelpemuligheter å by de eldre, og de vi har, er heller ikke tilstrekkelig varierte. Dette gjelder vel i særlig grad når det er spørsmål om å flytte til en aldersbolig eller en institusjon, men også i andre tilfelle. Ofte har vi bare en bestemt løsning å by frem, og denne løsningen kan være både skremmende og uakseptabel for den det gjelder.

Det er naturlig at sosialarbeiderne også har ansvaret for å gi opplysning, råd og veiledning. I Norge har blant annet sosialarbeiderne ved helse- og velferdssentralene i en viss utstrekning tatt opp denne oppgaven. Men vi kan vel slå fast at dette arbeidet bare er tatt opp i begrenset omfang. Det må planlegges og organiseres bedre. Vi trenger blant annet tilstrekkelig med opplysningsmateriell som kan deles ut til klientene. For det forebyggende arbeid spiller denne virksomheten den største rolle. Arbeidet er tidskrevende. Det tar tid å komme i kontakt med eldre klienter, og dertil trenger de lang tid for å kunne assimilere de råd man gir dem.

Risikoregister

Dessverre er det så at mange eldre ikke av seg selv vil søke om nødvendig hjelp og langt mindre om råd og veiledning. En del er for fysisk skrøpelige til at de kan komme til et sosialkontor eller en helse- og velferdssentral. Det er således vanskelig å få tak i mange av dem som mest trenger å bli hjulpet. Selv om man har et register over alle eldre som bor i distriktet og pr. brev informerer dem om mulighetene for hjelp, vil mange av dem ikke reagere på dette. Et slikt apparat vil dessuten bli unødig stort og tungrodd fordi det også ville omfatte mange som ikke har behov for hjelp. Regelmessig besøk til alle eldre vil heller ikke føre frem fordi ordningen krever for mye tid og personale. I kontroll av barn har man begynt med såkalte risikoregister for å få tak i og behandlet

nettopp de som særlig trenger det. Dette er en fremgangsmåte som også skulle passe godt for eldreomsorgen. Erfaringer fra undersøkelser i andre land, blant annet i Danmark, og fra undersøkelsen i Oslo viser at det relativt sett bare er mindre grupper av de eldre som har dårlig helse, som bor dårlig, som er ensomme eller har andre sosiale problemer. De særlig sårbare eldre er de som tilhører de aller eldste aldersgrupper f.eks. over 80 år, de som bor alene, de som nylig har mistet ektefelle eller nære slektninger, de som utskrives fra sykehus, de som er bundet til huset og de syns- og hørselssvekkede. Personlig mener jeg at det sosiale omsorgsarbeid for de eldre ville bli effektivisert og mer dekkende hvis vi arbeidet ut fra et slikt risikoregister. Dette er en arbeidsoppgave som skulle egne seg godt for de frivillige organisasjoner, men den kan selvsagt også løses av et kommunalt sosialkontor. Vi trenger eksperimenterende undersøkelser for å få rede på opplegget av et slikt register. Ved å legge opp arbeidet ut fra et risikoregister, oppnår vi å prioritere de eldre som trenger det mest, og prioritering er nødvendig både av økonomiske og personalmessige grunner. Det er imidlertid en gruppe eldre som vil falle utenfor de risikogrupper som jeg har nevnt, nemlig eldre som bor sammen med og blir tatt vare på av barn og andre slektninger. Jeg har tidligere pekt på at slike slektninger bør få tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for sin innsats både når det gjelder husarbeid, pleie og tilsyn. Det kan imidlertid oppstå akutte kriser hvor slike familier trenger hjelp utenfra. Hvis den eldre blir syk og fortsatt kan forpleies hjemme, kan det være nødvendig med tilsyn om dagen, mens resten av familien er på arbeid eller om natten for å skaffe familien nødvendig søvn. Dette tilsynet er ofte ikke av en slik art at det må utføres av en kvalifisert sykepleier, men det er naturlig å se på tiltaket som en videre utbygging av hjemmesykepleien. I England har man hatt stor nytte av slike avløsere, såkalte "day-attendants" og "night-attendants".

De eldre som bor sammen med andre familied medlemmer, kan ha behov for innleggelser i korte perioder, både som avlastning for familien i en akutt krise og ved familiens fravær under nød-

vendig ferie. Det er stort behov for slik temporær avlastning, og vi trenger korttidshjem for å dekke dette, enten som egne institusjoner eller som en del av institusjoner for varig forpleining.

Dagsentra hvor de eldre kan være om dagen mens familien er på arbeid, er også et tiltak for å avlaste samboende familie. I de nordiske land har vi vel ennå forholdsvis begrenset erfaring med dette tiltaket. I England skiller man mellom "day-hospitals" og "day-centres". De første hører til sykehusadministrasjonen og de siste til sosialadministrasjonen. En del av disse sentra tar utelukkende imot senil demente. I Oslo skal det i nær fremtid åpnes 2 dagsentra. Driftsomkostningene ser ut til å bli høye, og er for ett av dem anslått til 140.000 kr per år. Sentret skal ta imot 15 klienter om dagen og er således forholdsvis lite. Med 300 oppholdsdager om året (tilsammen 4500) vil dagsprisen pr. klient bli vel 31 kr. Transporten byr på atskillige problemer, og dette gjelder ikke bare klienter til dagsentra. Hvis vi skal få de hjemmeboende som trenger det, — de som er bundet til huset, andre ensomme osv. — ut av hjemmene til klubber, sammenkomster etc., forutsetter dette at vi også må løse et ganske stort transportproblem.

Det er i dag personalmangel innenfor eldreomsorgen, og det personale vi har, er heller ikke tilstrekkelig kvalifisert. Vi må styrke opplæringen i gerontologi og geriatri for medisinsk og annet personale. Det trengs også "post-graduate training".

Våre institusjoner for eldre mangler kvalifisert pleiepersonale. Vi kan ikke regne med å få dekket denne mangelen med kvalifiserte sykepleiere og må derfor utdanne et hjelpepersonale (hjelpepleiere i Norge og vårdbiträden i Sverige). Om nødvendig må institusjonene opprette sine egne skoler. I Sverige utdannes det egne bestyrerinner for aldershjem, noe man også såvidt har begynt med i Norge. Arbeidsterapeuter og fysioterapeuter er det stor mangel på. Dette behovet kan delvis dekkes ved å utdanne beskjeftigelsesterapeuter og mosjonsledere med forholdsvis kort yrkesopplæring. Fotpleiespesialister må komme under kontroll av helsemyndighetene, hva ikke er tilfelle i Norge i dag. Deres utdanning må styrkes. Hjemmehjelpere og

frivillige hjelpere bør gjennomgå kortere kurs som kan være av mer informativ art enn egentlig yrkesopplærende.

Man kan ikke regne med at personalbehovet på noen måte kan bli dekket med tilgang fra ungdomskullene. En god del av rekrutteringen må skje ved å aktivisere middelaldrende kvinner. Både ved rekrutteringen av personale til eldreomsorgen og den yrkesmessige opplæring av dette står man overfor store problemer.

domskullene. En god del av rekrutteringen må skje ved å aktivisere middelaldrende kvinner. Både ved rekrutteringen av personale til eldreomsorgen og den yrkesmessige opplæring av dette står man overfor store problemer.

Psycho-geriatric Service and the General Social Care

By dr. Viktor Gaustad, Oslo, Norway

Summary

When planning and developing care for the elderly we have mostly introduced separate services like home help, meals on wheels etc. Little attention has been given to ideologic points of view.

In the future we must as far as possible plan the care of the aged with a view to their integration in the wider society, even if this may have consequences as far as economy and personnel are concerned.

Assistance to the elderly is to-day primarily provided by relatives, i.e. children and grandchildren. The society must, however, support these families, both economically and otherwise.

All sections of the community should be covered by the same pattern of social services, and furthermore the elderly should have the same access to qualified medical services as other age groups.

Segregation of special groups among the elderly themselves should also be avoided; we must f.i. counteract the tendency of segregating those suffering from senile dementia.

Special services for elderly should be in line with specialized provisions for other age ranges.

Psychiatric disorders are frequent among elderly. This is partly related to their lack of status in the present day society. In the years to come the number of psychiatric disorders will increase as a result of the increasing number of persons in the highest age groups.

Social and psychological factors are of great

importance for the appearance and the development of senile dementia. For the care of these patients a close co-operation between the psycho-geriatric and the general social service is needed. In Norway the psycho-geriatric service has to be provided to a great extent as a part of the preventive care programme of the psychiatric hospitals and by the psychiatric county health officers. Consequently the medical staff must be extended in order to cope with all aspects of this problem, — also preventive care.

Legislation of the social care in the Nordic countries is based on active and constructive principles. The care of the elderly should as far as possible be based on the same principles.

Voluntary associations to a varying extent take part in the care of the elderly in the Nordic countries. Public and private efforts must be better co-ordinated with a more adequate distribution of duties.

Most elderly people manage quite well by their own and need no help. The problem is therefore to get in contact with the minority groups having the greatest need for assistance.

The idea of a register limited to those at risk may turn out to be useful as a method to keep in touch with especially vulnerable categories.

For the further development of the care of the elderly more and better qualified personnel will be needed. The recruitment and training of personnel must be paid a great deal of attention.