

Principer i åldringsvård

Av t. f. professor Jan Beskow, Umeå.

I det omfattande sociala nydaningsarbete som i allt snabbare tempo pågår i vårt land tenderar greppet om miljöproblemen att bli alltmer totalt. Dessa problem har länge diskuterats utifrån de mest trängande behoven, som vägts mot alltid knappa resurser. Så småningom har man lyckats utrensa de mest iögonfallande missförhållandena för att nu formulera frågan på ett nytt sätt: Hur skall miljön utformas för att passa de människor, som där ska uppehålla sig, utformas så att sjukdom förebyggs och att följderna av sjukdom blir de minsta möjliga. Detta gäller industrin lika väl som vådområden, det gäller även åldringsvården.

Några principer har framstått som särskilt väsentliga vid detta grepp på miljöproblemen och de skall här tillämpas på åldringsvård. Principerna kan anses självklara, men ställs icke dess mindre ofta under debatt, framför allt när det gäller konkreta individuella fall. De har fått stöd av vetenskap och i praktisk människovård och är därför omöjliga att negligera.

Självbestämmandeprincipen

Att få råda över sig själv, att få fatta sina egna beslut är något centralt i mänskligt liv, nära förbundet med självmedvetandet. Självbestämmandets centrala betydelse framgår bl. a. av den intensitet, varmed det ofta försvaras t. ex. hos barn. I praktiskt rehabiliteringsarbete har det också visat sig att den som skall rehabiliteras själv måste engageras, acceptera målsättningen och bli motiverad att genomföra den omställning och det arbete, som rehabiliteringen innebär. Detta är i själva verket ett av rehabiliteringsverksamhetens

centrala problem. Lyckas man ej ge utrymme för egna beslut blir arbetet skevt redan från början. Detsamma gäller all anpassning till nya förhållanden.

Även om detta syns helt självklart är det många hinder i vägen för självbestämmanderätt, inte minst för gamla människor. Som exempel kan nämnas förflyttningar av äldre mellan olika vårdformer, från eget hem till ålderdomshem, från ålderdomshem till sjukhus. Omgivningens krav på en hygglig hygienisk standard kolliderar ofta med självbestämmanderätten liksom det höga tempot och effektiviteten inom kroppssjukvården. Beslutanderätten överflyttas gärna på en anhörig, en "förnuftigare" människa. Geriatriska erfarenheter av psykiska förvirringstillstånd i samband med abrupta miljöombyten ger belägg för att detta ofta är ineffektiv behandling. Genom att avgöra beslut "ovan den åldriges huvud" skärpes aktivt åldringens isolering, en isolering, som det sedan kan kräva långa och tålmodiga åtgärder att försöka bryta. Hindren mot självbestämmande för den människa det gäller är ofta skenhinder.

Denna princip kräver ständig information och information i god tid för att ge tid till eftertanke. Viktig är också rättigheten att göra fel. Egen nyckel till såväl rum som ytterdörrar är angeläget, liksom egen telefon, egna möbler i största möjliga utsträckning och främjande av självbestämmanderätt på ålderdomshem. Viktigast är den förbättrade ekonomiska standard, som nu utvecklas genom de nya pensionerna och som möjliggör ett friare konsumtionsval och därmed också ett fullvärdigare liv.

Normaliseringsprincipen

Denna uttrycker en strävan att åstadkomma så normala levnadsmöjligheter som möjligt för olika kategorier. Inom åldringsvården måste det ofta ske en avvägning mellan kravet på att vårdmiljön i största möjliga utsträckning ska likna den miljö klienterna kommer från och kravet på likhet med den livsmiljö som erbjuds andra människor i motsvarande åldrar.

Det första motiveras bl. a. av inlärningspsykologiska skäl. Det man vant sig vid lång tid har större förmåga att stimulera och aktivera personligheten, det ger upphov till associationer och tankar, som verkar vitaliserande.

Än viktigare är att ta hänsyn till livsmiljöns förändringar i motsvarande åldersgrupper. Standardutvecklingen går snabbt och omfattar i allt större utsträckning även äldre med bl. a. en förhöjd konsumtionsnivå som följd. Kvarboende i egna hem till hög ålder, ökade krav på hemservice, ökade möjligheter till resor och tillfredsställande av individuella intressen, särskilt klädmode för äldre, pensionärsklubbar, bildningsverksamhet, idrott för pensionärer etc. är ett uttryck för denna standardhöjning. Det är angeläget att pensionärerna i den slutna åldringsvården i största möjliga utsträckning ska kunna tillgodogöra sig denna externa aktivitet. Sysselsättningen bör ej mer än nödvändigt knytas till hemmiljön.

Äldre människor utanför ålderdomshemsmiljön utformar sin konsumtion högst individuellt. Samma måste bli möjligt på hemmen. Misslyckanden med sysselsättnings- och bildningsterapi kan delvis bero på en benägenhet att likrikta dessa sysselsättningsformer. Viktigt är även att anknyta till tidigare hobbies. Ofta lägger här brist på lokaler hinder i vägen, t. ex. lokaler för snickeri och mekaniskt arbete. Målsättningen för sysselsättningsverksamheten skall vara att möjliggöra ett fritt val genom väl differentierade resurser.

En viktig konsekvens av normaliseringsprincipen är den differentiering av vårdresurser med lägsta möjliga omhändertagandenivå, som nu äger rum i vårt land, dvs. stöd åt äldre i sin vanliga miljö, flyttbara ersättningsstugor på den egna tomten,

pensionärslägenheter och villor etc. Även utformningen av den närmaste miljön måste följa samma riktlinjer, bl. a. genom införande och intränande av tekniska hjälpmedel. Dessa är ju för de rörelsehindrade ofta en förutsättning för att kunna leva ett normalt liv.

Aktiveringsprincipen

Erfarenheter från cell- och vävnadsfysiologi samt praktiska erfarenheter från både somatisk och psykiatrisk medicin har allt mer framhävt vikten av aktivitet för att bevara vitaliteten.

Vid långvarigt sängläge blir muskulaturen atrofisk och bencystemet skört, lederna stelnar och risken för blodpropp ökar. Inaktivitetsskador vid schizofrenibehandling är väl kända. Genom experiment har visats hur isolering från omvärlden med åtföljande inaktivitet kan ge upphov till oro, depression och hallucinationer.

Det är dock angeläget framhålla att normalisering av miljön är väsentligare än aktiveringen. Målet skall vara att tillhandahålla en normalt stimulerande miljö. Särskild mot den enskilde riktad aktivering är därefter nödvändig endast om särskilda tillstånd hos individen reser hinder mot normal verksamhet. Detta gäller särskilt när åldringen själv underskattar sin förmåga, t. ex. överdriven försiktighet under konvalescens eller oro och osäkerhet i bemästrandet av ett nytt handikap eller då denne under en lång sjukdomstid vant sig vid en isolering, som han ej har kraft att bryta. Då finns starkt behov av målmedvetna och väl doserade aktiveringsförsök från omgivningens sida.

Sammanfattning

Målsättningen bör således vara att försöka skapa en miljö för äldre människor som tillförsäkrar dem mesta möjliga självbestämmanderätt och ger dem möjligheter till så normalt liv som möjligt med minsta möjliga omhändertagandenivå men med resurser till målmedveten välavvägd aktivering när så är nödvändigt.