

Målgruppe

DATO: 29.april 2015

Dansk Psykolog Forening har i oktober 2014 udarbejdet en analyse af beskæftigelsesmuligheder for psykologer på ældreområdet. Analysen er udarbejdet til brug for Psykologkampagnen, og har til hensigt at beskrive de lovgivningsmæssige, politiske, beskæftigelsesmæssige og forskningsmæssige forhold, der er bestemmende for udvikling og potentialer inden for ældreområdet.

I de følgende afsnit kan du læse mere om de forskellige grupper blandt ældrebefolkningen, som på forskellig vis har behov for psykologisk ekspertise.

Dobbelt aldringsfænomen

Der bliver flere og flere ældre i Danmark¹ og rekordmiddellevetiden stiger på verdensplan. Man taler om ”det dobbelte aldringsfænomen” – at befolkningen som helhed bliver ældre og at også ældrebefolkningen bliver ældre end tidligere². I 1900 var knap 200.000 over 65 år – mod ca. 800.000 i dag. Altså en firedobling på godt 100 år. Antallet af 80+-årige er steget endnu kraftigere, en firedobling på bare 50 år (fra 50.000 i 1950 til nu over 200.000). I løbet af de næste 25 år vil denne gruppe næsten fordobles, så gruppen i år 2030 vil udgøre en tredjedel af ældrebefolkningen, hvor den i dag udgør en fjerdedel.

Broget billede

En stigende andel af de ældre over 65 år vurderer selv at have et godt helbred og funktionsniveau. Færre modtager f.eks. hjemmehjælp i 2012 sammenlignet med 1997 – hvilket til dels er et udtryk for ændrede kriterier i forhold til, hvornår man er berettiget til hjemmehjælp. Ligeså er det fysiske aktivitetsniveau steget, samt andelen af ældre, der udfører frivilligt arbejde. Funktionsniveauet falder med alderen, og behovet for hjemmehjælp stiger. Blandt de 87- og 92-årige i SFI’s undersøgelse fortæller godt hver femte, at de undertiden føler sig alene og ville ønske, de havde selskab. Det er også i denne gruppe, at flest – op mod hver tredje – oplever, at de har brug for mere hjemmehjælp end de får. Det er således et billede af en broget ældreskare, der tegner sig: En stor gruppe af ressourcestærke ældre, der vil og kan klare sig selv. Og en mindre gruppe af såkaldt svagere ældre borgere, der har brug for meget hjælp og har et stort træk på hospitalssystemet (både det somatiske og det psykiatriske).

Det psykosociale problemkompleks

Når ældre kommer ud for somatisk sygdom kan det få en indgribende virkning i hele den ældres liv, socialt og fysisk. Angsten for at falde igen, hvis man har haft brækket benet, kan betyde at den ældre isolerer sig og stopper med at være fysisk aktiv. Nedsat

¹ ”Ældres ressourcer og behov i perioden 1997 – 2012” (SFI 2014). Rapporten er baseret på Ældredatabasen, en forløbsundersøgelse, hvor den samme gruppe ældre hvert 5. år interviewes om deres vilkår og hverdag. Undersøgelsen blev påbegyndt i 1997, og indeholder på nuværende tidspunkt fire interviewrunder i perioden 1997 – 2012, og omfatter en række unikke oplysninger om levevilkår for personer i alderen 52 – 92 år.

² *Ældre og psykisk sygdom – forebyggelse, behandling og omsorg*, Povl Riis og Jes Gerlach (red.), Ældreforum og Psykiatrifondens Forlag 2009

hørelse giver besvær med at begå sig i sociale sammenhænge og kan også betyde tilbagetrækning fra socialt samvær og evt. nedsat fysisk aktivitet og nedsat almindelig daglig livsførelse, som at gå på gaden, købe ind osv. På denne måde kan somatisk sygdom selv hos velfungerende ældre føre til en ond spiral med store personlige og samfundsmæssige omkostninger til følge.

Sorg og ensomhed

Alderdommen er måske den mest omfattende og udfordrende livsfase, bl.a. karakteriseret ved mange tab, fysisk, psykisk og socialt. At miste sin livsledsager er for mange meget traumatisk og kan lede til følelsesmæssig isolation og ensomhed. Hvert år mister omkring 22.000 ældre, deres livsledsager. Omkring 1/6 af disse lider et år efter partnerens død af en traumatisk stresstilstand (PTSD)³. Kvinder har en højere middellevetid end mænd, hvorfor det oftere er kvinder, der mister deres ægtefælle og bor alene. En større andel kvinder end mænd føler sig ensomme.

Depression

Depression er et af den vestlige verdens allerstørste helbredsproblemer. WHO har forudsagt, at depression i 2020 vil være verdens næstmest belastende sygdom. Ældres depression er i denne forbindelse ikke anderledes end andres, også i denne aldersgruppe er en depression en stor belastning både for den enkelte og samfundet og er både lidelsesfuldt og socialt invaliderende. Depression hos ældre, der ikke er indlagt, og som bor i eget hjem forekommer hos ca. 13% (inklusive de lettere tilstande). Hos plejehjemsbeboere ser man typisk depression eller betydelige depressive symptomer hos 25-35%. Blandt ældre, indlagt på geriatriske afdelinger har op mod 40% depression, og i nogle undersøgelser finder man depression/depressive symptomer hos op til 85% af de demente. Almindeligvis kan man forvente at cirka 30% af demente på et eller andet tidspunkt udvikler depressionssymptomer.

Depression fører til øget dødelighed idet den depressive person ændrer ofte livsstil og bliver mindre påpasselig ifht. indtagelse af medicin, alkohol, rygning og ernæring⁴. Desuden øges dødeligheden gennem risiko for unødige indlæggelser på somatiske afdelinger.

Selv mord

Depression er den vigtigste årsag til selvmord blandt ældre, og selvmord er desværre hyppig i aldersgruppen. Ældre over 65 år er den gruppe, der oftest begår selvmord. Særligt ældre mænd har meget høje selvmordsrater. Der kan være mange årsager: ændringer, det er svært at komme igennem, ægtefælles eller nærtståendes død, nedsat funktionsevne, sygdom, afhængighed af hjælp fra andre, pensionering og flytning til plejehjem. Selvmordsraten for danske mænd generelt er 17 pr. 100.000 indbyggere (2005), så er den hos mænd mellem 65-69 år 25 pr. 100.000 indbyggere. Blandt ældre (85+) var raten 80 pr. 100.000. For kvinder er de tilsvarende tal 6 (generelt), hhv. 13 (for kvinder mellem 65 og 69) og 19 for kvinder over 85.

3

<https://www.familieuniverset.dk/saadanhjaelperdu/densidstetid/tabaflivsledsager/Sider/Default.aspx>

⁴ *Ældre og psykisk sygdom – forebyggelse, behandling og omsorg*, Povl Riis og Jes Gerlach (red.), Ældreforum og Psykiatrifondens Forlag 2009, s. 79ff.

Omkring et ud af fire selvmordsforsøg blandt ældre gentages og ender med et egentligt selvmord. Det er en langt højere gentagelsesrate end for yngre aldersgrupper. Psykisk sygdom øger selvmordsrisikoen 4-6 gange for mænd og 5-10 gange for kvinder. Plejehjemsbeboere begår hyppigere selvmord end ældre i andre boligformer.

Ældre med demens har en tre gange højere risiko for at begå selvmord ifht. ældre uden demens.

Fysiske sygdomme og funktionsnedsættelser og deraf følgende større afhængighed af hjælp fra andre øger også risikoen for at begå selvmord (2-3 gange). Risikoen for selvmord i det første år efter, at en ældre mand har mistet sin partner er otte gange højere end for mænd, hvor partneren er i live. Næsten samme tal for kvinder. Ældre mænd har sværere ved at komme sig over deres partners død end kvinder, og selvmordsrisikoen hos mænd stiger mere og er højere over længere tid efter enkestand end for kvinder.

To ud af tre ældre, der begår selvmord, har opsøgt deres læge i den sidste måned forinden og op til 75% af de ældre, som begår selvmord, kommer over for venner, pårørende og personale med hentydninger eller på anden måde indikerer, at de har planer om at dette deres eget liv. Andre kan således spille en rolle i forhold til forebyggelse ved at turde spørge ind til de ældres tanker om selvmord.

Demens

Sygdommen demens er en samling af symptomer (et såkaldt syndrom) som omfatter nedsat hukommelse og øvrige intellektuelle hjernefunktioner (f.eks. evne til at koncentration, rumopfattelse, sprogfærdighed eller problemløsning) i en sådan grad, at det går ud over evnen til at fungere i normale situationer. Der er op imod 100 forskellige sygdomme, som kan give demens. Alzheimers sygdom er den hyppigste demenssygdom (ca. 60% af tilfældene). Diagnosen er en klinisk diagnose – bygger på sygehistorien og lægeundersøgelse. Man regner med, at der er 70-80.000 demente i Danmark. 40.000 har moderat til svær demens. Der opstår 10-15.000 nye tilfælde årligt, og der er stigende hyppighed med stigende alder. Den procentvise hyppighed i de enkelte aldersgrupper ser ikke ud til at ændre sig. Hos 60-65-årige er mindre end 1 ud af 100 personer demente, men blandt 85-90-årige er der 20 demente for hver 100.

Demens er en progredierende, kronisk sygdom. Den enkelte dementes behov ændrer sig i løbet af sygdommens udvikling og der er store forskelle i sygdomsbillederne. Det stiller store krav til plejepersonalet at imødekomme dette. Omsorgen skal nuanceres, så den demente fortsat oplever, at han eller hun bidrager til samværet og kan beholde livskvalitet og værdighed.

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia

Dette kaldes også adfærdsforstyrrelser og paranoide tilstande hos demente. Symptomerne er dog ikke psykologiske, snarere neuro-psykiatriske, da de er symptomer på et sammenbrud i centralnervesystemet og den reaktion, individet derefter får fra den omverden, han eller hun ikke længere mestrer⁵. Adfærden afspejler individets reaktion på misforholdet mellem ydre forhold og individets evne

⁵ *Ældre og psykisk sygdom – forebyggelse, behandling og omsorg*, Povl Riis og Jes Gerlach (red.), Ældreforum og psykiatrifondens forlag, 2009, (P: 147ff)

til at håndtere disse. Ud over hallucinationer og vrangforestillinger er mani og depression udtryk for psykiske symptomer, lige som angst, vrede, fjendtlighed, apati, initiativløshed, hæmningsløshed og irritabilitet. Fysiske symptomer er f.eks. råben, vandren, forstyrrelse af døgnrytmen, rastløshed, verbal og fysisk aggressivitet.

BPSD er en kilde til belastning for både familiemedlemmer og fagpersoner, og den er hyppig årsag til indflytning på plejehjem. Pårørende kan klare det så længe den pågældende i adfærd ligner sig selv, trods tiltagende hukommelsessvigt. Men forholdet belastes hvis/når adfærden ændres, når den demente ”ændrer karakter”. Det er sjældent hukommelsen, men derimod apati, aggressivitet og manglende genkendelse, der er problematisk, og som bliver årsagen til, at den demente flyttes på plejehjem.

BPSD fører til social isolation af såvel patienter som pårørende. Fordi adfærden gør samværet med andre vanskeligt, og fordi den pårørende kan være flov over at vise ægtefællen frem for andre, og/eller føler, at de krænker den demente, ved at lade andre se vedkommendes sjælelige, adfærdsmæssige og motoriske forfald. De pårørende brænder ud, fordi de i stedet for selv at kunne få støtte fra deres partner, udtæres af dennes konstante behov for hjælp.

Pårørende

Demens beskrives tit som de pårørendes sygdom, fordi demens ikke kun påvirker patienten, men også resten af familien. Alle i familien må forholde sig til, at verden pludselig ser anderledes ud. Pårørende, især ægtefæller, får brug for hjælp til at holde fast i livsværdier og -glæde gennem hele sygdomsforløbet. I første omgang til at bearbejde den krise, der opstår når demensen diagnosticeres. Pårørendegrupper kan være en god hjælp, hvor man kan dele sorgen med andre i samme situation og give og modtage trøst. Samt hvor man kan lære at acceptere de følelser, man har, over for den syge partner.

Men også andre af senalderens udfordringer påvirker familie og ægtefæller, ofte på samme vis, og der er derfor brug for at betragte pårørende som en del af målgruppen for det psykosociale arbejde på ældreområdet.