

Demens, förhållningssätt och kompetensutveckling

Referat från Stiftelsen Solstickans symposium den 21 november 2017 på
Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

Text: Anna Fredriksson och Maria Korpskog

INNEHÅLL

Inledningsanförande	2
<i>Eva Frunk Lind, ordförande, Stiftelsen Solstickan</i>	
Tillsammans skapar vi boenden och arbetsplatser att längta till	4
<i>Jane Lindell Ljunggren, initiativtagare och verksamhetschef, Hattstugan</i>	
Leva med demens – medborgarskap och samarbete.....	8
<i>Lars-Christer Hydén, professor, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet</i>	
Utdelning av 2017 års postdoc-bidrag.....	10
Strukturerat omhändertagande av sköra äldre i svensk akutsjukvård	11
<i>Jeanette Eckerblad, universitetsadjunkt, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet</i>	
Utdelning av 2017 års Solstickepris.....	10
På väg mot ett mer demensvänligt samhälle.....	14
<i>Wilhelmina Hoffman, rektor vid Stiftelsen Silviahemmet och direktör vid Svenskt Demenscentrum</i>	
Hur kan man förebygga och behandla Alzheimer? Senaste forskningsrönen	17
<i>Miia Kivipelto, professor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet</i>	
Paneldebatt.....	22

Inledningsanförande

Eva Frunk Lind, ordförande i Stiftelsen Solstickan

Ordförande i Stiftelsen Solstickan, Eva Frunk Lind inledde med att hälsa alla hjärtligt välkomna och vände sig därvid särskilt till stiftelsens hedersordförande, prinsessan Christina Fru Magnuson.

Eva Frunk Lind har varit ordförande för stiftelsen sedan ett år tillbaka. Hon har ett förflutet som förvaltningschef inom Stockholms Läns Landsting och Stockholms stad med ansvar för bland annat omsorger och sjukvård, äldreomsorg och personalfrågor. Hon fortsatte:

”Stiftelsen Solstickan består av tre fonder, Mattias Hallgrens minne, Stora Kopparberg och Franca och Massimo Rossis fond.

Styrelsen möts regelbundet och har en kanslichef, Maria Clementsson, som också är kassaförvaltare. Maria tar också hand om en hel del av arrangemangen under dagen.

Stiftelsen Solstickan har funnits i 81 år. Allt började år 1936 med Mattias Hallgren, då direktör i Svenska Tändsticksaktiebolaget. Det var han som bestämde att en liten summa från varje såld tändsticksask skulle stöd ges till behövande barn och gamla. Idag får stiftelsen 8 öre per solsticksask och 5 öre per tändare som Swedish Match säljer i Sverige.

Prinsessan Sibylla var till en början hedersordförande för stiftelsen och efterträddes senare av sin dotter.

Från början gällde det att fylla ut direkta brister i samhällets hjälpverksamhet. En stor del av medlen gick då till barnkoloniverksamhet för stadsbarn. Dessa behövde komma ut till sol och bad. Men när välfärden byggdes ut blev stiftelsens verksamhet mer av ett komplement till samhällets socialvård. Redan tidigt inriktade man sig på stöd till barn med olika former av handikapp.

Under senare år delas både forskningsanslag och projektmedel ut. Vartannat år till barnverksamhet och vartannat år till verksamhet för äldre. 2016 och 2017 har äldre varit i fokus. Ansökningarna bedöms av en särskild grupp av erfarna forskare och av styrelsen för Stiftelsen Solstickan.

Stiftelsen har under åren delat ut mer än 100 miljoner kronor.

Solstickepriset delas ut för att hedra en person som har gjort en personlig insats utöver det vanliga – och helst inom ramen för sitt vanliga yrkesarbete – inom de områden som avses med ändamålsbestämningen i stiftelsens stadgar.

Vårt program för dagens symposium handlar om demens, förhållningsätt och kompetensutveckling. Dagens föredragshållare belyser dessa frågor ur olika perspektiv. Och vi har också en diskussion i slutet av dagen där alla kan delta. Vi skall också dela ut Solstickepriset år 2017.

Demens är Sveriges fjärde största folksjukdom. Den är vanligast hos äldre men förekommer även hos yngre. Demens är ett samlingsnamn för nästan 100 olika sjukdomstillstånd där minnet och tankeförmågan påtagligt har försämrats.

Med den åldersutveckling vi har i Europa med allt fler äldre så har vi en livaktig diskussion om hur samhället skall organisera demensvården men också om hur vi underlättar för dementa i vardagen.

Socialstyrelsen har nyligen lagt fram förslag om en nationell demensstrategi. Den anger vilka insatser som bör prioriteras fram till år 2022. Här några av förslagen:

- Utveckla lokala demensteam.
- Satsa på forskning inom demensområdet.
- Inför grundläggande demensutbildning för personal inom hemtjänsten.
- Utveckla dagverksamheter.
- Satsa på stödinsatser som utbildning, handledning, anhörigträffar och avlösningsmöjligheter.
- Satsa på demensvänlig service i dagligvaruhandel, apotek, banker och kollektivtrafik.

Vårt symposium tar upp många av dessa trådar och jag hoppas att vi får mer av kunskap om detta viktiga område.

Jag tycker att det är lite hoppfullt att incidensen för att insjukna i demens har stannat av. Flera studier har visat detta, och det tros bero på livsstilsfaktorer. Så ett hälsosamt liv är av godo även här.

Vi har särskilt betonat att det behövs ett gott ledarskap i demensvården. Vi tror att det är avgörande för kvaliteten bland annat i demensboendena. Förra årets pristagare som enligt ses är första talare här idag, personifierar detta.

Idag deltar stiftelsens vice ordförande PA Rydelius samt Eva Jeppson Grassman och presenterar våra föredragshållare.

Därmed hälsar styrelsen för solstickan, vice ordförande PA Rydelius och jag själv, er alla välkomna till detta symposium som jag nu förklarar öppnat.”

Tillsammans skapar vi boenden och arbetsplatser att längta till

Jane Lindgren Ljunggren, initiativtagare till och verksamhetschef för Hattstugan, ett boende för personer med demenssjukdomar, samt 2016 års Solstickepristagare

Vi tackar så mycket för priset. Pengarna ska gå till olika ändamål för att förbättra vår demensvård, bland annat till yngre med demenssjukdom och till den lokala anhörigföreningen, och Demensförbundet. En del har också använts på Hattstugan.

Jag har hållit på i 23 år nu och jag vill berätta om när vi bjöd in alla verksamheter till nostalgi-dans och basar nyligen. Vi hade haft en fantastisk eftermiddag. När vi var färdiga vid fyratiden började det redan skymma och då var det en man från Visby, som ligger fem mil bort, som sa när han var på väg hem: ”jag tror det börjar ljusna”. Då hade han varit iväg hela natten och dansat. Det är väl underbart eller hur?

Det är viktigt att vi lyssna på demenssjuka och deras anhöriga. Jag som jobbar på ett boende följer personerna hos oss i ganska många år. Det är så otroligt viktigt att var och en får behålla sin personlighet och sina intressen, bibehålla sina roller och funktioner som de haft tidigare i livet. Har man varit värdinna, har man tyckt om sång med mera, då uppmuntrar vi att man får behålla det så långt det bara går. Sin livshistoria, den livsryggsäck man har med sig in i sin demenssjukdom, det är så otroligt viktigt att vi som är nära hjälper till så att man får hjälp att berätta sin historia.

Man måste få tröst när man behöver det och hjälp och uppmuntran. Vi måste visa att vi är genuint intresserade av att ta emot de fantastiska berättelser, och de förtroenden som vi får. En dag minns man inte den egna historien längre i sin demenssjukdom. Men om vi har tagit in dessa historier i våra hjärtan, och kanske kan återberätta semesterresan, eller om det där barnet man fick, eller när man själv var barn, då är det att kunna ge tillbaka för att stärka mottagarens självkänsla och identitet. Det är så otroligt viktigt.

Och de här historierna. Att man uppmuntrar till sällskap och att man ännu har något att bidra med. Så att man ett antal gånger om dagen får vila från sin sjukdom. Det finns så otroligt mycket som fungerar bakom sjukdomen, och det är så fint om vi är där och tar hjälp av de här berättelserna. Och också tar hjälp av anhöriga.

I vår verksamhet har vi endast lite förskrivning av orosmediciner och i princip noll förskrivning av sömnmediciner. Vi låter personerna vara delaktiga i livet, för det är deras sista hem, de betalar också för kök och vardagsrum, eller vad man vill kalla det, det är inte vårt ställe, det är deras ställe.

Då ska också vi som arbetar ha bra utbildning, en bra arbetsgivare, möjlighet till reflekterande, team som jobbar sig samman, med tydliga mål och arbetsbeskrivningar. Den utvecklingen blir i samklang med de äldres behov att ta vara på de resurser man har kvar så långt det bara går.

Nu vill jag visa den här bilden med en cykel som personal och en äldre kan använda tillsammans för att komma ut i naturen. Vi använder mycket rörelse av olika slag för de boende. Istället för att få en

orostablett är det bättre att få sällskap att gå ut och gå eller cykla. Vi har historierna med oss, vad kan vi prata om, vart är de här personerna på väg?

Det är viktigt att få röra sig mycket. I rörelsen får vi också tag i så otroligt mycket historier. Det här med att cykla, vilka historier vi får under de turerna!

Att man har öppna dörrar och får komma ut i friska luften. Då får man så mycket bättre sömn och dygnsrytm.

Vi hade två Stockholmsdamer boende hos oss, de hade barnen på Gotland, vi pratade mycket om Stockholm och läste litteratur men vi hade inte fått så mycket minnen från dem. Helt plötsligt när de satt på cyklarna – det var två träningscyklar för man ska aldrig göra något ensam – $\neg$ var det gatunamn som ploppade upp. En av damerna hade bott på söder och en på Kungsholmen, så det var namn som Alströmergatan och Gotlandsgatan. Men de var inte överens, de blev lite osams. Den ena var lite starkare, hon pockade på vår uppmärksamhet och sa ”lyssna inte på henne för hon ljuger.” De cyklade 80 mil per person på cyklarna. Vi hade aldrig kunnat ge dem så mycket motion för den ena hade väldigt svårt att gå, så det gjorde otrolig skillnad.

En annan person, en man, hade cyklat 27 Vätternrundor, han cyklade många fler på våra träningscyklar och sin egen cykel ute i naturen så länge det gick bra.

Det är viktigt att skapa både arbetsplatser och boenden att längta till, så att man får vara den man är livet ut. Att vi som finns runtomkring är länken till dåtid och nutid.

Vi försöker anpassa verksamheten efter de äldres ålder, vi tar dem till grönsaksodlare och snickerier och till en chokladfabrik i närheten.

Det är härligt att få vara en i samhället, vi handlar hos vår lokala ICA-affär, så man får vara som vilken kund som helst, det syns ju inte utanpå att man har en demenssjukdom. I affären kan det fungera som hand i handske att plocka upp varorna på bandet och i kassen. Hemma kan man ha problem men då är man som en fullvärdig medborgare.

Jag tänkte visa er den här baddräkten, stickad i slutet av 30-talet av en av de boende som var 90 år. Systerdottern hittade den inlindad i silkespapper i en låda. Och vi som är så nyfikna, ni kan inte ana hur mycket historier vi fick av den här 92-åriga damen. Hon hade badat i den en gång – det tog sån tid för den att torka – men hon har använt den som soldräkt. Vilken tur, sa vi att du inte använt den som baddräkt i saltvattnet för då hade vi aldrig fått sett den!

Vi fick höra om första gången hon kom hemifrån och fick arbete i Färösund, längst upp på ön i en affär. Hon kom från södra Gotland och fick ta tåget och bussen och cykeln. Hon bodde inackorderad i ett rum och det var dåligt med mathållningen. Hon berättade om sin arbetskamrat Ulla-Britt, som var en käck tjej, Söndagsstek och sås och potatis fick hon hos Ulla-Britt. Och så sa hon: hos Ulla-Britt där var det drag!

Hemma hos henne hade man inte fått spela kort, för där gick man i kyrkan, det var inte alltid så roligt. Nu kom hon till en helt annan värld och fick se att de också var bra människor, fast de spelade kort och dragspel, Det ena leder till det andra. En ny värld som öppnade sig för henne, och för oss som lyssnade!

Varje historia skriver vi ner, levnadsberättelser är så otroligt viktiga. Vi skriver dem som löpande text och bifogar dessa de levnadsberättelser som oftast närstående skrivit.

Så de som bor hos oss, har tjocka levnadsberättelser.

Vi kan använda dem och förstå. Nu är Elsa här i sitt liv och försöker bearbeta nåt i sitt minne. Då kan vi hjälpa till och dra i trådarna. Även nattetid får personalen historierna. Och det här pratar jag mycket om: hur viktigt det är att vi ser personerna bakom sjukdomarna.

Ofta är de multisjuka. Det blir så otroligt mycket slumrande om inte vi ger energi och visar att det är värt att stiga upp till den här dagen. Det finns personer som frågar efter mig och vill att jag ska sitta vid frukostbordet. Eftersom man har de här sjukdomarna måste vi som finns nära ge massor med energi.

Det finns så otroligt mycket som man kan göra tillsammans, det gör inget om man bara skalar ett tag med äppelskalaren, då har man ändå gjort något tillsammans med någon annan.

Ja, den gamla 92-åriga damen med baddräkten då. Jo, hon och Ulla-Britt blev väldigt goda kompisar. Det fanns killar också i den här affären, en kille som hette Ingvar, som hon pratade mycket om. Och då sa systerdottern, undrar om det var en första förälskelse. Det fick vi aldrig reda på, i alla fall var han en springschas, man han kom upp sig på slutet, berättade hon. Och det var viktigt.

Hon och Ulla-Britt blev bjudna att åka motorcykel till Visby, det var fem mil dit på grusvägar, och det måste ju ha varit hur häftigt som helst. Och sen hem. Och i Visby gick man på bio. Vi försökte få reda på vilken film det var, vi tittade lite på vad som var på tapeten då, i början på 40-talet, men det fick vi ingen kläm på och hon kom inte på det. Men hon sa så här: "Det blev första pussen. Det blev inte min man."

Då kunde vi inte låta bli att säga: "Man måste ju pröva några pussar innan man bestämmer sig". Det skulle man haft på film så som hon satt i sin soffa och skrattade då. Det var underbart att se.

Hennes man hade varit guldgrävar i USA, när han kom tillbaka hittade han sin fru. Han hade företag och tyckte hon var lite snål mot sig själv. Han köpte handskar och hatt till henne, eller en dräkt när han var i Visby. Hon sydde mycket själv och var otroligt konstnärlig. Då sa vi att vi var avundsjuka på en sådan man och hon var så stolt och kom ihåg honom med glädje.

Hon tog anställning i en järnaffär på södra Gotland. Det var 100-kilos säckar som skulle upp i affären och det var bara tjejer där. Då tänkte jag att det är Alzheimers som ställer till det här. Det kan ju inte vara möjligt att det bara är tjejer som jobbar i en affär med så tunga varor. Då sa hon direkt att

killarna var inkallade i beredskap. Så det blev mycket prat om beredskapstiden och kriget. Militärerna hade hjälp till ibland när det kom varor.

Vid ett tillfälle halkade hon när hon skulle bära ner en sån där tung 100-kilos säck från övervåningen i magasinet. Hon ramlade och fick 100-kilossäcken över sig och blev förstörd för tid och evighet i ryggen. Hon hamnade på ett sjukhus i Stockholm ett år med korsett, det var väldigt svårt. Hade det varit idag hade hon blivit opererad. På sjukhuset var hon ledsen att hennes föräldrar inte kunde hälsa på henne, för de hade mycket djur. Faster Ester i Stockholm kom med bananer, hon hade aldrig smakat bananer tidigare, för under kriget gick det inte att få tag på bananer på Gotland. Men i Stockholm gick det att få tag på allt. Hon fick komma på permission hos faster Ester och det blev så otroligt viktigt.

Ryggen blev aldrig bra, den var krokig. När man ser hennes livsgärning då kan man inte förstå hur hon klarat allt med en så skadad rygg. Så då sa hon att, ”ja, baddräkten blev för lång där framme”. Hon fick sy ett veck så hon skulle kunna fortsätta sola i den.

Det finns så mycket historier.

Man har svårt att få fatt i energi som demenssjuk, men med människor runt omkring, med genuint intresse och hjärta, då kan vi locka fram den. Varje människa är värd att få berätta sin historia. Man får hjälp i stunder när det är svårt att bearbeta. Alla har svåra stunder. Man kan ge hjälp om man har det förhållningssättet.

De här personerna kan vara så otroligt kloka i sin demenssjukdom, när de får hjälp att bearbeta sina tankar. Vi jobbar mycket med validationssystem, det gör otrolig skillnad på dagen.

Vi ska ge energi, och man ska få vara delaktig i allt som försiggår.

Det de har gjort i hela sitt liv, det ska de få fortsätta göra, det är det som är värdigt. Det blir mycket lugnare, en helt annan stämning. Musik och beröring är också väldigt viktigt.

Att var och en får bli sedd som sig själv. Att vi tar alla tillfällen att få de här historierna. Anhöriga blir också väldigt, väldigt glada för det här arbetssättet. När man bryr sig om levnadsberättelserna. De fantastiska äldre finns ju mitt ibland oss och behöver all respekt för sin person och sin livsgärning livet ut.

Därför är det viktigt att vi har trygga boenden.

Leva med demens – medborgarskap och samarbete

Lars-Christer Hydén, professor, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet

Socialstyrelsen har tagit fram en skrift ”En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022”.

Det finns mycket bra i den utredning som ligger bakom skriften menar Lars-Christer Hydén, som är verksam vid Centrum för demensforskning (CEDER) Linköpings universitet. Men han menar att utredningen i första hand har sin utgångspunkt i vård och omsorg. Synen på personer med demens är att de är patienter eller omsorgsmottagare. Främst är det statens, landstingets och kommunens perspektiv som är vägledande och fokus ligger på initial diagnostisering och behov av vård och omsorg i senare faser av sjukdomen.

Vad som helt eller delvis saknas är:

- ett perspektiv som utgår från ett liv med demenssjukdom;
- hur personer med demens kan göra sin röst hörd;
- hur det civila samhället och andra medborgare skall kunna engageras;
- hur ett demensvänligt samhälle kan se ut.

I detta avseende skiljer sig den svenska utredningen från demenspolitiken i våra övriga nordiska grannländer, och i UK och USA.

Vi vet att antalet personer som lever med en demensdiagnos ökar och att många kommer att leva med en diagnos under många år.

Vi vet att 2/3 av alla med en demensdiagnos bor i hemmiljö och att hälften av alla som bor i hemmiljö inte har några insatser alls från äldreomsorgen.

Vi vet att inget genombrott för farmakologisk behandling av demenssjukdomar är nära förestående.

Därför behöver vi tänka om vad gäller demenssjukdomar och framför allt fokusera på hur människor med demens kan leva ett bra liv under många år, företrädesvis i hemmiljö – med stöd av familjemedlemmar och/eller med annat stöd.

Tre områden är då speciellt angelägna:

(1) Föreställningar och stigma

Det finns olika föreställningar och förväntningar om åldrande och demens. Det kan bland annat hänga samman med att vi lever i ett mångkulturellt samhälle. Detta påverkar personer med demens och deras anhöriga. Om omgivningen bär på negativa föreställningar leder det till stigma och påverkar bemötandet (ageism och dementism).

(2) Medborgarskap & självorganisering

Personen med demens har rätt att bli tilltalad som medborgare. Hen har en egen röst vilken kan stärkas av självhjälpsgrupper och egen organisering.

Samhällsplanering måste ta hänsyn till detta och den fysiska och sociala miljön måste sträva efter att skapa ökad social integration.

(3) Utbildning och socialt stöd i vardagen

Det behövs "Patientskolor", utbildningar för personer som lever med demenssjukdom och anhöriga. Viktigt är också att kommunen erbjuder daglig verksamhet. Och att man får hjälp av Informations- och kommunikationsteknologi (IKT).

Till sist behöver vi också förändra vårt språkbruk, man har inte demens man lever med en demenssjukdom.

Utdelning av 2017 års postdoc-bidrag

Per-Anders Rydelius, vice ordförande, Stiftelsen Solstickan

I fjol hade jag glädjen att ringa och berätta vem som blev Solstickepristagare och det är som när man ringer från Lotto och någon har vunnit miljonvinsten.

För väldigt länge sedan införde Solstickan stipendier och postdocbidrag. När en ung forskare har disputerat då börjar kampen att fortsätta utveckla sina tankar. Postdoc-bidraget ger chansen att under ett år, och med tur även ett års förlängning, forska på heltid, vid ett annat universitet än det man disputerade vid.

Till vår stora glädje fick vi i år ett antal väldigt kvalificerade ansökningar, och vi kunde hitta en riktig toppkandidat. Jeanette Eckerblad, universitetsadjunkt vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), vid Karolinska institutet har fått postdocbidraget för: Strukturerat omhändertagande av sköra äldre i svensk akutsjukvård

Utdelning av 2017 års Solstickepris

Eva Frunk Lind, ordförande, Stiftelsen Solstickan

Så har vi kommit till det spännande ögonblick då vi ska avslöja vem som är 2017 års solstickepristagare! Det är en stor ära för mig att presentera Wilhelmina Hoffman, får jag be henne komma fram! Du är besjälad av ditt arbete inom vården som geriatriker specialiserad på demenssjukdomar, överläkare, rektor och chef på stiftelsen Silviahemmet och direktör på Svenskt Demenscentrum.

Motiveringen lyder så här: *2017 års Solstickepris går till Wilhelmina Hoffman för att hon med besjälade arbete med vård och omsorg om äldre människor, i synnerhet äldre demenssjuka, såväl som med starkt engagemang inom kompetensutveckling gör en betydelsefull skillnad för såväl personal som de äldre.*

Strukturerat omhändertagande av sköra äldre i svensk akutsjukvård

Jeanette Eckerblad, universitetsadjunkt, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet

Först vill jag tacka för inbjudan och tacka stiftelsen för det jättefina priset. Sanningen är att vi är fler och fler som blir äldre, det kan man förstå av befolkningspyramiden, som mer ser ut som en muffins i dag. Faktum är att vi i Sverige är ett av de länder i världen som har flest personer över 80 år.

Men det är inte likhetstecken mellan att vara gammal och sjuk. Även om man drar på sig fler kroniska sjukdomar, kan man vara behandlad och må ganska väl.

Dagens vård är dock dåligt anpassad till de sköra äldre. Vården har rapporterats vara fragmenterad och med dålig kommunikation mellan olika vårdgivare, både inom landstinget och mellan kommuner och landsting. Det ger risker för försämring av funktion och ökat vårdbehov. Enligt WHO kommer organisationen av hälso- och sjukvård för äldre att bli ett av detta århundradets största utmaningar.

Man måste få hjälp och stöd när det trasslar till sig. 50 procent som är över 65 år har multisjuklighet med två eller flera kroniska sjukdomar. Mer än 70 procent av dem som är över 80 år har det.

Det här kräver mycket av samhället och hälso- och sjukvården. Samordnade insatser behöver stärkas.

För att möta personer med komplexa sjukdomar, som är förvirrade av alla kontakter i vårt sjukvårdssystem och behöver en dirigent, startade vi en försöksverksamhet – ett geriatriskt team, som kunde åka hem till patienterna i Norrköping. Äldremottagningen drevs som ett forskningsprojekt och vi satsade stort från början. I projektet hade vi 378 personer anslutna. Alla var 75 eller äldre och alla bodde hemma, när vi startade. Alla hade tre eller fler sjukhusvistelser under föregående år och tre, eller fler diagnoser i sin sjukjournal. Vi samlade in data vid tre tillfällen.

Jag doktorerade 2015 vid Linköpings universitet med avhandlingen:

”Dirigenter finns” – en försöksverksamhet med ett mobilt geriatriskt team.

”Är äldremottagning för äldre personer med multisjukdom bättre och billigare än vanlig vård? - en randomiserad studie med fokus på hälsa, trygghet och ekonomi.”

Äldremottagningen var organiserad enligt CGA ”Comprehensive Geriatric Assessment” vilket översatts till svenska som ”Strukturerat omhändertagande av äldre”. CGA kan definieras som ”en multidimensionell interdisciplinär diagnostisk process med fokus på att bedöma en sköra äldre persons medicinska, psykologiska och funktionella kapacitet för att utarbeta en koordinerad och integrerad plan för behandling och långtidsuppföljning”.

Det är viktigt att olika professioner hjälps åt och gör bedömningar av de äldre. Att man ser hela människan och inte bara det patienten söker för just nu.

Teamet såg ut så här:

- Biståndshandläggare
- Läkare
- Arbetsterapeut
- Fysioterapeut

- Sjuksköterska

Vi hade minst två teammöten i veckan, även andra kunde anslutas och vi kunde ta hjälp av:

- Tandläkare
- Kurator
- Neuropsykolog
- Logoped
- Dietist
- Farmaceut

Bedömning som görs enligt Comprehensive Geriatric Assessment, för att få en plan som tas fram tillsammans med den äldre:

- Medicinsk bedömning
- Funktionsbedömning
- Psykologisk bedömning
- Social bedömning
- Omgivningsbedömning

Resultat av studien:

382 personer som fick vård ingick i studien, hälften i interventionsgruppen och hälften i kontrollgruppen.

Äldre som fick vård från Äldremottagningen;

- Hade färre vårddagar på sjukhus.
- Var tryggare med sin sjukvård.
- Hade bättre överlevnad än i kontrollgruppen (Det kunde vi se efter tre år).

Hälsoekonomi (Här finns inga signifikanta skillnader men vården var nio procent dyrare i interventionsgruppen):

Vad är det som kostar? Patienterna var billigare för landstinget och hade något fler öppenvårdskontakter. Det som kostade var mer hjälp i hemmet, Man hade gjort en grundlig genomgång, framför allt fick de hjälp i matsituationer. Det blev dyrare på kort sikt, men skillnaden var inte signifikant.

Symptombördan var hög och ihållande över tid hos gruppen – 8,5 symptom per person.

Men man behöver inte må dåligt för att man har diagnoser. Någon hade 27 symptom samtidigt, men en del hade inga symptom. Det som besvärade mest var smärta. 70 procent hade haft smärta under de senaste 7 dagarna. Det var bara 20 personer som inte uppgav smärta vid något tillfälle.

Parallellt pågick en utredning där SBU hade tillsatt en expertgrupp som skulle titta på CGA inom akutvård.

Strukturerat omhändertagande av äldre, CGA, inkluderande vård på geriatrisk enhet ger:

- ökad överlevnad
- ökad chans att skrivas ut till hemmet
- mindre risk att försämrats i funktion (inklusive kognitiv funktion)

Det här tyder på att det är kostnadseffektivt för sjukvården.

Syftet med studien är att utvärdera om vård enligt Comprehensive geriatric assessment (CGA) leder till bättre funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet för sköra äldre patienter jämfört med ordinarie sjukhusvård.

Det saknas svenska studier. Därav denna: *"Strukturerat omhändertagande av sköra äldre i svensk akutsjukvård – en randomiserad kontrollerad studie"*

Studien fokuserar på de sköra äldre.

Frailty – skörhet, är ett biologiskt tillstånd med minskad reservkapacitet och motståndskraft mot stressorer, på grund av nedgång i multipla fysiologiska system. Det ger en ökande sårbarhet för dåliga utfall.

Skörhet har stark koppling till:

- Aktivitetsbegränsningar.
- Multipla sjukdomar.
- Sköra äldre är en riskgrupp med hög vårdkonsumtion.

Många multisjuka mår väldigt bra. Vi vill titta på de som mår sämst, och har de största behoven med aktivitetsbegränsningar och hög vårdkonsumtion.

Genomförandet kommer att gå till så att vi gör screening för skörhet på akuten. Patienterna randomiseras till intervention eller kontroll. Intervention är geriatrisk vårdavdelning eller CGA.

Vi kommer att följa upp:

- Medicinsk bedömning.
- Funktionsbedömning: aktiviteter, gång, balans, syn och hörsel.
- Psykologisk bedömning: kognition, depression.
- Socialt nätverk: stöd, finansiellt informellt formellt.
- Omgivning: säkerhet, transporter.

Vi har en struktur, vi jobbar i steg. Fas 1 och fas 2 är på gång, 2018 är Göteborg projektledare.

Nyhetsvärde

Det finns tidigare data som talar för detta arbetssätt, men ingen färsk randomiserad kontrollerad multicenterstudie. Vi vet inte hur det ser ut i Sverige.

Därför kan vår studie få stor påverkan på sjukvården.

Att bedriva vård enligt CGA innebär att man organisatoriskt måste lämna den organspecifika indelningen och för denna patientgrupp tvingas se till helhet och hela människan.

På sikt kan detta bli en kostnadsbesparing som gynnar såväl slutenvård som öppenvård.

På väg mot ett mer demensvänligt samhälle

Wilhelmina Hoffman, rektor vid Stiftelsen Silviahemmet och direktör vid Svenskt Demenscentrum

Jag är så oerhört tacksam för priset. Nu ska jag prata vidare om ett demensvänligt samhälle och har fått en sådan push i att fortsätta med vårt arbete.

Kära åhörare, det är en stor ära att få vara här. Jag har suttit här många gånger och till och med gift mig här och firat femtioårsdag. Tänk att få motta utmärkelsen efter Jane Lindgren Ljunggren. Det jag tänkte tala om handlar om samarbete och teamarbete. Man klarar inte det här själv, vi måste vara ett team. Jag tänker visa hur vi praktiken både från Silviahemmet och demenscentrum, jobbar med de här frågorna. Hur kan vi stödja och hjälpa personer med demenssjukdom

Vad betyder demens? Jo, att jag vill var älskad och trygg. Att jag vill leva mitt liv hel vägen.

Jag behöver din kunskap din förståelse och din hjälp oavsett vart sjukdomen för mig.

Ett demensvänligt samhälle, vad betyder det?

Trots alla utbildningar vi genomförde, så tog det lång tid för oss att förstå att vi missat personen som har demenssjukdom. Jag som demenssjuk kan få saklig information från proffsen, det vill säga andra personer med demenssjukdom, de kan beskriva hur de har hanterat sina liv efter att de fått diagnosen.

Via svenskt demenscentrum har vi publicerat handböcker med rätt kunskap och rätt information till olika professioner. Det är så viktigt att jag möts av professionella personer oavsett var jag är i samhället, om jag är på dagverksamheten, om jag möter hemtjänsten eller kanske en biståndshandläggare.

Silviahemmet har genom hennes Majestät drottningen tillskapat akademiska spjutspetutbildningar. I samarbete med Sophiahemmets Högskola har 800 Silviasystrar och Silviasjuksköterskor utbildats och, i samarbete med Karolinska institutet, 19 Silvialäkare och 10 Silviaarbetsterapeuter och Silviefysioterapeuter.

I januari, om allt går vägen, så kommer den första utbildningen demens för biståndshandläggare.

Alla behöver kunskapen, och kan de inte gå Silviahemmets utbildning, kan de gå den avgiftsfria webbutbildningen via svenskt demenscentrum, som riktar sig till anhöriga, biståndshandläggare, personal inom hemtjänst, primärvård, slutenvård och i särskilt boende.

I slutet på okt 2017 hade 175 760 personer gått utbildningen och fått diplom. Det är oerhört många personer och det är så roligt!

23 % av de som vårdas för demens har en annan språklig bakgrund. Hur kränkande är det inte för alla om man inte förstår varandra? Det måste bli lättare att kunna möta personer med individanpassat språkstöd, liksom det borde vara en självklarhet att också familjen får kunskap och stöd på ett språk som man förstår.

Trots att sjukligheten hos anhöriga till dementa är högre än hos andra, så ges inget anpassat stöd. Många anhöriga bryr sig inte om sina egna krämpor. Men de tänker: Hur ska jag göra för att själv inte

bli patient? När jag inte längre kan hitta orden hur kan jag då få hjälp när jag inte känner igen mig när jag inte hittar dit jag ska.

Kunskap måste finnas överallt

Vi har tagit fram appar om hur man handskas med de svåra situationer som uppstår. Vilka lagrum som handlar om tvångsbegränsande åtgärder.

Det är också viktigt att den som är ung orkar vara anhörig.

Ungefär 10 000 som fått demensdiagnos är under 65 års ålder. Många av dem har barn. Nu finns det fantastiska anhörläger för ungdomar. Jag besökte ett anhörläger för tonåringar med en demenssjuk förälder. Det var som en smocka att höra en av dem berätta att när pappa blev sjuk så fick mamma stöd och hjälp, medan han inte fick något. ”Jag är så orolig för mamma och för min lillasyster, som inte orkar vara hemma längre”, berättade han.

Vi jobbar med att ta fram lättläst information på 13 olika språk med enkel information om bland annat demens och bilkörning.

Vi har också gratis informationsmaterial om att åldras med utvecklingsstörning. Vi har tagit fram utbildningsmaterial till dem som jobbar med dem. Samt material till den som själv drabbas. Personer med Downs Syndrom har t ex högre risk att drabbas av demens. Det behövs kunskap om detta inom primärvården. Allmänna arvsfonden finansierar en ny informationsskrift till hälso- och sjukvården om detta.

Hur ska man kunna leva med demenssjukdom? 100 000 lever hemma och studier visar att det man tycker mest om är att kunna gå och handla. Svensk forskning har visat hur man kan förändra butiken så att det blir möjligt att handla trots kognitiva svårigheter. Det som försvårar är bland annat hög musik, att skyltarna sitter högt, att man flyttar på varor osv.

Vi delar ut pris till årets mest demensvänliga butik. Det kan handla om att det finns en pall utanför eller inne i butiken där man kan vila sig, att det finns extra låga kundvagnar, så att kundvagnen fungerar som en rullator, att all personal har fått gå en tvåtimmars utbildning i bemötande som vi anordnar. Vi hoppas att det här sprider sig. Handlarna vill ju sälja, men de kan ju inte veta vad det finns för problem om vi inte talar om det! Nu väntar vi bara på att någon butik ska ta initiativ till långsamma kassor.

88 museum i landet har utbildat sig i hur man kan öka tillgängligheten för dementa. Bland annat har man skapat öppna måndagar där man genomför visningar i ett långsamt tempo.

Även bibliotek kan tillskapa mötesplatser för dementa. Det handlar om att titta i samlingar efter gamla bilder, om att demenssjuka skriver poesi att man samlas kring fotbollsminnen – hur många gamla supportrar finns det inte runt fotboll över hela landet. Det finns hur mycket som helst att utveckla.

Att inte bli tvingad och utsatt för övervåld

Det finns ingen tvångslagstiftning för demenssjuka. Svenskt Demenscentrum har en nollvision för en demensvård utan tvång och begränsningar. Det finns över 800 nollvisionsambassadörer i landet. Det finns för många låsta dörrar och för mycket medicinering som ingen godkännt. Hur kan vi få bort detta?

Kan man gå vilse när man är demenssjuk utan risk att bli felaktigt bemött? Att inte hitta, att glömma bort var man bor eller var man lagt nycklarna. Och så går larmet och jag blir övermannad av en väktare som inte förstår situationen. Det är därför vår webbuttbildning som riktar sig till väktare och polis är så viktig. Jag har varit med om att stora starka poliser och väktare sitter och gråter när de är med i utbildningen, för de har alla mött den här gruppen, Kanske folk som har gått vilse i nattlinne och de har inte vetat vad de ska göra, mer än vara lugna. Nu vet de.

Att jag kan leva och bo självständigt och tryggt i mitt hem så länge som möjligt

Våra bostäder är sällan anpassade till personer med demenssjukdom. Genom SilviaBo har vi skapat ett samarbete där Silviahemmets kunskap om demens i kombination med BoKloks kunskap om bostadsbyggande och IKEAs kunskap om inredning och produktutveckling tagits tillvara på bästa sätt.

Tanken är att personer med demens ska kunna bo med sin närstående i ett anpassat boende, utan att det se ut som en institution.

Jag kan ingenting om fastigheter och om att bygga hus, men jag har lärt mig vad är det man behöver anpassa i ett hus för att det ska vara lättare att hitta. Det behövs till exempel insyn i skåpen så att man inte behöver öppna alla skåp för att hitta. Om IKEA lyckas med detta, att skapa omtänksamt anpassade produkter tror jag kan IKEA bli en folkhjärte!

Ett demensvänligt samhälle gäller alla delar

Det här är lite av det vi jobbar med. Och då har jag inte nämnt de certifieringar av vård och omsorgsboenden som vi genomfört. Idag är 60 enheter i landet certifierade. Eller att få akutmottagningarna att skapa ett bättre mottagande för personer med demens, som kommer av en annan anledning. Det kan vi alla jobba med. Mitt huvudbudskap är att ett demensvänligt samhälle gäller alla delar. Vi ska beforska alla områden och konvertera resultaten till användbar kunskap där vi är.

Det är bara tillsammans vi kan nå dit. Jag hade aldrig kunnat stå här nu utan många fantastiska medarbetare och ni som forskar inom området – fortsatt, ni behövs, men vi behöver också göra praktiska förändringar redan idag

Tack alla samarbetspartners och tack för priset. Vi kommer att hålla lågan brinnande! Kanske behöver vi börja röka igen för att sälja fler Solstickans tändsticksaskar, eller det kanske räcker det att vi tänder trevliga ljus med dem? Tack igen, arbetet fortsätter!

Hur kan man förebygga och behandla Alzheimer? Senaste forskningsrönen

Miia Kivipelto, professor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet

Miia Kivipelto har disputerat om vaskulära riskfaktorer vid Alzheimer, vilket ledde till ett tidigt intresse för att förebygga demenssjukdomar och hur man ska göra det.

– Det är en stor ära att vara här idag. Jag blev väldigt glad över att höra hur mycket det har hänt i samhället när det gäller demenssjukdomar och jag är glad över valet av pristagare och vill gratulera.

Vad kan vi göra? Hur kan vi förebygga och behandla Alzheimer?

Jag tänkte först säga något om hälsoläget hos äldre.

Vilka frisk- och riskfaktorer finns?

Sedan ska jag berätta om vår kliniska studie, FINGER-studien är världens första interventionsstudie som har kunnat visa att det går att förebygga, i alla fall delvis. Sedan vill jag också fokusera på framtiden, vad ska vi göra både för att förebygga och behandla.

Vi lever längre och längre, det är fantastiskt. Frågan är då är dagens äldre friskare eller sjukare? Svaret är både ja och nej.

80 är det nya 60. 80-åringar i dag är som 60-åringar förr i tiden, funktionsnivån är bättre.

80 kan också vara det nya 20 när det gäller attityderna. Dagens äldre vill resa och ha mycket fritidsaktiviteter och många känner sig unga.

Det är en del av berättelsen men samtidigt vet vi att kroniska sjukdomar inte har minskat. Och det här gäller framförallt hjärnans sjukdomar.

Hjärnans är tyvärr ofta den svagaste länken när vi blir äldre.

Många saker påverkar den åldrande hjärnan: åldrandeprocessen, multisjuklighet och också om man behöver använda flera läkemedel samtidigt, så kallad polyfarmaci med risk för biverkningar.

När vi är över 90 år har över 60 procent kognitiv svikt och nästan 40 procent har demens. Vi kommer att ha fler och fler patienter som har olika former av demens i framtiden.

Har trenden vänt?

Nu har vi sett att förekomsten av demens har möjligen minskat de senaste 10-15 åren, i Sverige och andra västländer. Varför har det här då hänt? Många faktorer påverkar och samverkar genom livet. Den här typen av epidemiologiska studier kan inte ge något definitivt svar. Men det finns hypoteser och minskad förekomst av demens kan vara kopplad till högre utbildningsnivå och bättre hantering av olika riskfaktorer.

Rökningen har minskat. Vi tar bättre hand om vaskulära riskfaktorer.

Kommer den här trenden att fortsätta? Det vet vi inte. Det finns vissa riskfaktorer som ökar: fetma, diabetes, fysisk inaktivitet, man brukar säga att sitta still är den nya rökningen.

När jag började forska för 20 år sedan var det bara hög ålder och genetiska faktorer som man såg låg bakom demens. Det har hänt väldigt mycket de senaste 10-15 åren. Vi har en mycket mer optimistisk bild nu.

Vi kan inte helt förebygga, för åldern och generna är där, men om vi kan försena Alzheimer med några år så har det stor betydelse, för patienten, men också för hela samhället.

Nästa fråga är: hur mycket kan vi förebygga Alzheimer? Är det 50 procent, 10 procent, 90 eller 20 procent? Forskarna vet inte heller, det finns olika estimat. Ofta har man sagt att ungefär 50 procent kan vara relaterat till faktorer som vi kan förebygga. Nu har vi en lite nyare forskning som visar att ungefär 30 procent av Alzheimer skulle vara relaterat till sju faktorer som går att förebygga:

- diabetes
- högt blodtryck i medelåldern
- fetma i medelåldern
- fysisk inaktivitet
- depression
- rökning
- låg utbildning

Den här siffran är lite lägre för den här artikeln tog hänsyn till att de här faktorerna är inte helt självständiga, de är ofta lite överlappande, men 30 procent är ändå en hög siffra fortfarande.

I somras kom en ny artikel i The Lancet som också tog upp två andra faktorer: social isolering och hörselnedsättning. Det finns frågetecken kring hörselnedsättning, vi vet inte riktigt om det är en riskfaktor. Eller kanske får man lättare en demensdiagnos när man har lite dålig hörsel.

Vi vet inte, men oavsett så vet vi hur vanligt det är med dålig hörsel när man blir äldre. Och jag tror att det är viktigt att försöka åtgärda detta.

Samma sak med social isolering, det vi kan åtgärda.

Generellt är sociala och psykologiska faktorer viktiga, inte bara biologiska. Nu har vi forskat mycket på de här faktorerna som jag har listat:

Som att:

- vara ensamstående
- änka eller änkling
- känna sig ensam eller känna att livet är hopplöst
- stress och sömnstörning

Alla de är riskfaktorer för kognitiv försämring och demens.

Speciellt om man har fler riskfaktorer samtidigt då är riskökningen 3–5 gånger högre. Det är en ganska stor risk.

Detsamma gäller stress, många yngre som jobbar väldigt mycket idag, och hela tiden känner att man har för mycket att göra, då är riskökningen 3-4 gånger större.

Man kan säga att hjärnan behöver aktivitet men också vila.

Dålig munhälsa verkar också vara en riskfaktor för demens. Jag är förvånad att vi inte uppmärksammat detta tidigare, här hoppas jag vi kan forska mera och hitta fler förebyggande faktorer.

Det som har saknats hittills är bevis från randomiserade kontrollstudier, där vi har en grupp som får åtgärder och en kontrollgrupp. Det har varit svårt att få positiva resultat från interventionsstudier.

FINGER-studien var den första stora livsstilsstudien som kunde visa att det går att förebygga minnesproblem, i alla fall delvis.

Vad var då annorlunda i Fingerstudien?

Vi hade ett paket med olika åtgärder, kanske är det det som behövs, för att verkligen få bra förebyggande effekt, med tanke på hur många riskfaktorer det finns bakom Alzheimer.

Vad vi gjorde var att ge: kostrådgivning, fysisk aktivitet, kognitiv träning och att vi hanterade alla vaskulära riskfaktorer.

Kontrollgruppen fick så kallad vanlig hälsorådgivning.

Två år höll vi på.

Totalt 1260 personer som hade ökad risk för minnesproblem men som ännu inte hade några tydliga minnesproblem eller demens.

Vi fick bra feedback, speciellt gillade de att träna tillsammans, de fick social stimulans och även extra motivation.

Resultatet, när det gäller kognitiv förmåga var att vi kunde se med hjälp av det primära utfallsmåttet ett känsligt kognitivt testbatteri, att båda grupperna blev bättre, men i interventionsgruppen var förbättringen 25 procent större.

Vi ser precis samma mönster för alla kognitiva förmågor. När det gällde planeringsförmåga hade interventionsgruppen 83 procents förbättring.

När vi mätte hur snabbt vi kan göra olika uppgifter såg vi en förbättring med 150 procent.

För minnet var det 40 procents förbättring i interventionsgruppen.

Kontrollgruppen hade 30 procents ökad risk för kognitiv försämring redan efter två år.

Det som var positivt var att effekten verkade var något tydligare hos dem som hade genetisk risk för Alzheimer.

Våra nya studier att åtgärderna även minskar risken för försämring i vardagliga aktiviteter, det hjälper alltså inte bara kognition utan även funktionsnivå. Även livskvalitén var bättre. Det är ganska logiskt men roligt att vi kan visa det även med statistik.

De allra nyaste resultaten som vi precis har publicerat visar även att interventionen minskar förekomsten av kroniska sjukdomar.

60 procent hade en minskad risk för multisjuklighet, kanske är det även förebyggande för skörhet.

Hur kan vi då gå vidare?

Kan vi börja implementera detta?

Jag är väldigt glad att Fingerstudien nu används i hela världen som modell för nya preventiva studier. Vi lanserade World Wide FINGERS i somras på en stor Alzheimerkonferens, USA har US POINTER, England börjar med UK FINGER, Kina har China-FINGER, och i Singapore ville de inte ha Finger utan Singer.

Jag gillar symboliken World Wide FINGERS, samma intervention måste anpassas efter olika personer, fast det är samma metodologi. Det är alltså en hand och olika fingrar. Vi behöver alla händer och fingrar globalt, för det är så mycket jobb, det är teamarbete.

Vi har börjat en ny studie som heter MIND-AD där vi anpassar Finger för de patienter som redan har lindrig Alzheimer. Som vi vet har vi inget botande läkemedel eller läkemedel som skulle bromsa sjukdomsprocessen än, det finns stort behov av några evidensbaserade åtgärder. Så i den här studien vill vi se om livsstilsfaktorer kan hjälpa de patienter som redan har Alzheimer.

I MIND-AD studien har vi en kontrollgrupp, en livsstilsgrupp och en grupp som får livsstil och näringsdryck.

För att se om vi får extra nytta. För mig är det här en mall för framtiden: vi ska inte välja mellan livsstil eller läkemedel utan kombinera de två.

Varför vi valde näringsdryck i den här studien är på grund av våra nya resultat från en studie med patienter som har väldigt tidig Alzheimer. Det här är näringsdryck som är omega3 baserad med olika vitaminer och näringsämnen, det är som en cocktail.

Vad vi kunde se med hjälp av det primära utfallsmåttet, samma som vi använde i FINGERstudien, var inga signifikanta skillnader.

Men vi såg positiva effekter på CDR-SB som kombinerar kognition och funktion och rekommenderas som ett bra utfallsmått.

Vi såg också att hippocampusvolymerna inte minskade lika mycket i gruppen som använde näringsdrycken.

Det här visade att näringsbaserade interventioner kan ha större effekt än vi trott.

Kan vi använda ny teknologi i framtiden? Kanske för att sprida kunskaperna.

Vi jobbar med två stora EU-projekt där vi via internet och mobila appar sprider information om livsstilsintervention. Dagens äldre är ganska duktiga på att använda både internet och appar, vi får tänka på det.

Eller ta ett steg vidare - vi har samarbete med KTH för att utveckla sociala robotar, artificiell intelligens. Det är inte science fiction, vi kan få hjälp i diagnostik. Roboten kan analysera data mycket snabbare än vad jag kan göra. Det kommer dröja många år förstås, men någonting kan vi få därifrån.

Det har varit så svårt att hitta nya läkemedel mot Alzheimer.

Sk vaccinationsstudier har dominerat läkemedelsförsök men vi forskar också andra substanser såsom insulin, statiner, antioxidanter, som man testat mot andra sjukdomar.

Jag är optimistisk även här, vi börjar nu behandling mycket mycket tidigare än förut, innan man har några tydliga minnesproblem. Vi har fina biomarkörer vi kan använda.

Jag ser Alzheimer lite som cancervård, jag tror inte vi kommer att få ett läkemedel som botar, kanske kan vi kombinera på ett bra sätt olika behandlingar.

Sammanfattningsvis vad kan vi göra för att förebygga och behandla?

Jag tror det här med tidig diagnos, att hitta riskindividerna tidigt är väldigt avgörande. Jag brukar säga att det aldrig är för tidigt att börja förebygga demens.

Vi har FINGER-modellen, jag hoppas vi kan börja implementera detta redan i dag, för det är ändå ganska enkla åtgärder vi kan göra.

Mycket mer forskning behövs fortfarande. Det är otroligt viktigt att ha mycket samarbete. Vi ska försöka att kombinera farmakologiska och icke- farmakologiska interventioner och använda ny teknik när det går.

Det är aldrig för sent, hälsosam livsstil är viktigt även för dem som redan har demens.

Vi måste hitta individualiserade cocktails av åtgärder och där har vi mycket forskning kvar. Till sist vill jag tacka alla mina kollegor.

Paneldebatt

Eva Frunk Lind:

Vi har fått lyssna på kloka föredrag och ta del av olika vinklingar av ämnet demens. Och det tycks mig som om vi gått från patienten till det omkringliggande samhället och det demensvänliga samhället. Jag tror att den här diskussionen som Lars-Krister inledde om demensriktlinjer kommer att fortsätta och flera av oss kommer att vara med i den. Ni har nu lyssnat på varandra hela förmiddagen och min fråga till er är: vilka kommentarer vill ni göra utifrån detta? Vad tar ni med er härifrån när ni lämnar rummet. Vi har inte så mycket tid, vi får göra ganska korta inlägg och vi kanske kan börja med Lars-Krister, vad tar du med dig härifrån?

Det händer och sker väldigt mycket, jag blir otroligt imponerad av verksamheten vid Silviahemmet, det som Vilhelmina presenterade. Likadant kring studierna kring äldre personer i sjukvården, vilket är så vitt jag begriper ett underbeforskat område som är väldigt viktigt. Kanske skulle jag bara tillägga att det kan också vara väldigt viktigt att titta på personer med demens som kommer in i akutsjukvården, för de får det nog ännu svårare på grund av sina funktionsnedsättningar. Så blir man så oerhört imponerad av den sista presentationen som är så intressant för att du inte säger att det kommer att finnas en lösning, utan många lösningar. Och kanske är det också så att hela det diagnostiska fältet kommer att förändras, vi tenderar ibland att tänka att det kommer se ut precis som idag, men jag kommer inte bli särskilt förvånad om det kommer att se väldigt annorlunda ut om tio – femton år. Det är oerhört spännande, speciellt öppenheten i den här forskningen.

Och så Hattstugan som är ett levande bevis på hur otroligt mycket man kan göra, vilka enorma möjligheter det finns utifrån engagemang inom vård och omvårdnad. Det är det som jag tar med mig.

Jeanette Eckerblad:

Jag kan hålla med om att det här inger ganska mycket hopp. Man ser att det sker så mycket positivt. Man önskar att det här kunde komma många till del.

I våra studier har vi inte gjort någon skillnad på något sätt om man har en demenssjukdom eller en annan sjukdom., alla patienter har kommit med. Vilket är ganska ovanligt, för i många studier exkluderas man faktiskt om man har en demenssjukdom. Vilket gör att vi gick vidare och kikade på just det här, vi hade instrumenten där vi tittade på kognition, vi tittade på dem som hade poäng som tydde på att det fanns en kognitionsbrist här, och vad stod i deras journaler, och det stod inte ett ord. Det finns en stor grupp som vi inte har sett, som är osynliggjord i samhället. Det här är personer som bor hemma och kanske inte har någon hjälp över huvud taget.

Vilhelmina Hoffman:

Den här dagen kommer jag att bära med mig resten av mitt liv som pristagare. Jag känner de här vindarna, att vi håller på att förändra och vi ska förändra. Vi ska inte hålla fast vid något som inte är bra, vi vill inte leva i det samhället när vi åldras oavsett om vi är sköra med många sjukdomar eller framförallt om vi drabbas av demenssjukdom. Vi måste få de här möjligheterna. Jag har haft förmånen att känna Jane sedan många år, jag har besökt Hattstugan och är jätteimponerad och också av ditt arbete i Demensförbundet för de här frågorna.

Jag har träffat Mia sen hon var en ung student, ja det är hon fortfarande höll jag på att säga, nu är hon en stor forskare. Jag tror bara att vi måste fortsätta med det här. Det handlar om personen, det

mänskliga och humanistiska synsättet som måste få ta plats i vårt samhälle idag. Mycket större plats, för om man själv får välja - jag ska ta ett kort exempel. Jag hade en dam som var ganska svårt cancersjuk, 95 år. När hon kom in på boendet, det första hon frågade var när hon kunde få sin ansiktsbehandling. Och då sa sjuksköterskan att det har vi ju verkligen inte här. Hon trodde ju definitivt att hon skulle få hälso- och sjukvård, men allt det andra, det som var viktigt i hennes liv. Men hur gör ni då med alla de som är 90 + och har svårt att ta hand om sig? frågade hon. Det skönjer den här känslan av hur vi andra vill ha det när vi blir sjuka och behöver vård och stöd. Det finns oerhört mycket kunskap och och forskning bakom som gör att vi kan göra rätt. Jag kommer att ta kontakt med er så kan vi se om vi kan jobba med någonting tillsammans.

Eva Frunk Lind:

Här bygger vi broar!

Jane Lindgren Lundgren:

Jag kan bara instämma med föregående här, det är fantastiskt mycket som sker, man är stolt att få vara med i den här tiden när det händer så mycket. När jag själv började på 70-talet, på sjukhemstiden, när patienterna, som det hette då inte hade någon talan alls. Boendemiljöerna då, ja ni ser så unga ut här så det är ingen idé att beskriva, men man bodde i 2-3-4 och 5-bäddsrums, man hade ingen privat sfär. Vi har boenden idag som är otroligt fina i Sverige. Det fattas mycket fortfarande att det blir hemmalikt, känslan av att det här är mitt sista hem. Personal som har så otroligt mycket vilja, vi måste se till att de kan få komma samman, jobba ihop sig och få tydliga manualer. Att de får jobba framåt, utvecklande och reflekterande.

Den här forskningen som görs, att lyssna till alla föreläsare här, fantastiskt att höra att det händer så mycket här. Sverige är faktiskt ett föregångsland i hur vi ser på humanismen och människan bakom. Tack snälla för den här dagen.

Mia Kivipelto

Jag håller med om att det är fantastiskt att de allt som händer och just det här lite bredare perspektivet som börjar komma. Teamwork hörde jag mycket och det tror jag mycket på och också samarbete mellan olika aktörer. Forskning en och samhället börjar närma sig varandra. När det gäller skörhet så ska man inte tänka på demens som en ensamsjukdom utan på det här komplexa behovet som äldre har. Jag tänkte på det Vilhelmina sa om demensvänligt samhälle, kan vi inte också försöka med demensförebyggande, så att det hälsosamma blir en kedja. Det finns mycket möjligheter, det är det som jag tar med mig.

Eva Frunk Lind:

Innan vi låter deltagarna säga något ytterligare så kanske någon i publiken vill göra någon kommentar eller ställa en fråga?

Per Arne Rydelius:

Jag tänkte berätta litet om egna erfarenheter av äldreboende. Det har att göra med gamla föräldrar och släktingar. Då finns det en benägenhet att man ger tunga neuroleptika, det vill säga psykiatrisk mediciner mot ångest, oro, depression, beteendeproblem, förvirring.

Och det där har ju ingen effekt. Det påminner lite om när jag i slutet på 60-talet var med när man byggde upp modernare institutioner för svårt begåvningshandikappade och funktionsnedsatta. Då

byggde varje landsting ett nytt institutionsboende och det var ett enormt framsteg jämfört med det som fanns. Men alla barn och ungdomar som kom hade beteendeproblem och stora doser medicinering, ångstdämpande, det vi kallar neuroleptika, sömnmedicin. Då satte vi konsekvent ut all medicinering och ersatte det med omvårdnad. Då piggnade alla till och problemen försvann. Man glömmer att den här medicinen på något sätt tar ner en kommunikationshjälm över huvudet och omgivningen. Jag tänkte höra: pågår det nu intensivt arbete för att minska medicinering?

Vilhelmina Hoffman:

Om man tänker på demensområdet så har vi ett väldigt stort kvalitetsregister som heter Sweden, där har man faktiskt sett att vi har minskat förbrukningen av neuroleptika, nästan överallt. Det kan man se och det är en förbättring. Däremot har man i andra länder, till exempel i Danmark sett att när man minskat neuroleptika då har man ökat andra behandlingar, som till exempel morfin. Samtidigt kan det vara så att man haft underdiagnosticerad smärta, vilket förekommer i allra högsta grad hos personer med demenssjukdom. Generellt ser vi att användning av tung neuroleptika minskar generellt inom demensvården. Men inte på alla ställen.

Mia Kivipelto:

Det är ett jätteviktigt område och jag skulle gärna vilja se mer projekt och arbete här även kliniskt. Jag jobbar inom tema åldrande på Karolinska sjukhuset och vi har vissa demensavdelningar. Det är jätteviktigt att vi fortsätter den här positiva trenden och inte ersätter de medicinerna med något annat som inte heller är bra. Jag var igår med på Stockholms sjukhems 150-årsjubileum och där jobbar vi mycket med smärta. Många demenspatienter kan ha smärta som är odiagnosticerad.

Jane Lindgren Lundgren:

Vi säger också att det hänger mycket ihop med personalens utbildning, hur man arbetar i team. Det är så sorgligt att vi har enheter som inte satsar så mycket på utbildning och då ser man att de äldre lider mer av att få olämpliga mediciner utskrivna. Det är många olika steg som måste tas för att komma tillrätta med det här.

Jeanette Eckerblad:

De här multisjuka äldre och framförallt de sköra äldre har i regel många olika läkemedel samtidigt. Här kunde vi se när vi startade projektet med äldremottagningen, och gjorde en genomgång med en geriatriker och farmaceut, där vi tittade på de här personernas hela långa läkemedelslistor, så var det otroliga mängder, som ibland också stred emot varandra. Det är ett resultat av den organspecifika sjukvården som vi har i Sverige idag. Där man tittar på hjärta, lungor, njure. Man måste ha någonstans någon som ser en helhet. Det blev väldigt tydligt i vår studie och det är något som vi saknar idag.

Eva Frunk Lind sammanfattar dagen:

Jag tycker att det blev en hoppfull dag. Om vi sammanfattar det vi pratat om så känns det inte som det kan göra ibland när man pratar om äldre och demens väldigt dystert. Det är väldigt hoppfullt att höra att livsstilsförändringar kan göra stor skillnad. Jag tror att vi alla tänker att visst det finns något man kan göra. Jag kan tänka på det själv och när det gäller min omgivning. Sedan tycker jag, som har jobbat mycket med hur vi organiserar samhället, till exempel i sjukvården, där jag varit fokuserad på äldrevården. När Lars-Krister tar fram det här med att väldigt många demenssjuka bor hemma, inte har så mycket sjukvård egentligen det är hemtjänsten som står för mycket av insatserna. Det finns

hemsjukvård och det finns också en hel del team som jobbar specifikt mot de här grupperna. Det är här jag hoppas på att just den delen av omsorgen och vården, att den får stå mer i fokus. Och att man inser att det är där vi behöver lägga mer resurser i framtiden. Och förhoppningsvis hjälper den här demensstrategin till med det, även om vi kan vara kritiska mot en del av inriktningen där. Så är väl ändå avsikten att vi ska lyfta frågan som våra nordiska grannländer har gjort. Vi ligger ju lite efter faktiskt som inte har en plan för demensvårdens utveckling i Sverige. Det är ju någonting att fundera på och driva i olika sammanhang och se till att vi får det. Se till att regeringen lägger fram förslag här framöver.

Jag vill med det tacka alla medverkande. Jag har lärt mig en hel del nytt idag och hoppas att ni gjort det också.

I Stiftelsen Solstickans styrelse fortsätter vi jobba med äldre, men vi går över till barn 2018, eftersom i växlar område. 2018 kommer vi stödja barn och forskning som riktar sig till barn. Vi har uttryckt det så att vi vill stödja forskning som handlar om barn och ungdomar i utsatta situationer och när det gäller risk för kriminalitetsutveckling och självmord. Vi hoppas på många sökande.

Tack för dagen!