

Erik Friis-Hasché og Gunilla Nordenram

Psykologiske funktionsændringer ved aldring – beskrivelse, kommunikation og etik

På mange måder resulterer aldring blot i langsommere somatiske og psykiske processer og funktioner, hvis ikke der er sygdom involveret. Den demografiske ændring i befolkningens sammensætning vil resultere i flere ældre, og flere ældre med demenssymptomer vil blive en del af tandplejen. Sundhedsstyrelsen vurderer, at antallet af demente vil stige med 50 % i løbet af de næste 15 år. Tabet af psykiske funktioner ved demens gør, at en optimal kommunikation til denne patientgruppe kræver individuel omhu og tid. Ofte kan en behandlingsplan være forbundet med store etiske overvejelser.

Artiklen håndterer problemerne ved, at førsteforfatter præsenterer en litteraturgennemgang, og andenforfatter illustrerer det ved en casegennemgang.

At blive gammel kaldes at ældes, og processen kaldes aldring. Aldring er en gennem tiden intrinsisk, irreversibel, gradvis forandring af strukturer og funktioner/processer i en organisme. Ofte resulterer forandringerne i en svækkelse eller ændring, og for den menneskelige aldring sker det tillige i samspil med individets personlighed og omgivelsernes påvirkning. Aldring er den største kendte risikofaktor for de fleste humane sygdomme. Dagligt dør omkring 150.000 mennesker, og to tredjedele dør af aldersrelaterede årsager. Årsagen til aldring er ukendt (1).

Alder sammenkædes med en lineær tidsregning baseret på astronomiske beregninger, som inddeler tiden i lige store enheder (fx dag, måned, år – ganske lig personnummeret). I det enkelte menneskes liv er tid imidlertid mere relateret til døgn- og årscyklus som en spiral eller cirkel i ikke ækvidis-

tante enheder. Tiden har således i sig et paradoks, idet den registreres absolut og objektivisk, men opleves relativt og subjektivisk.

Med den øgede gennemsnitslevetid og hermed det øgede antal individer i ældregruppen er der gennem de seneste årtier både sundhedsmæssigt og samfundsøkonomisk sat fokus på aldersgruppen. Behandlingsmæssigt er udfordringen stor, idet der er et øget antal individer, der lever med kronisk sygdom eller lidelse, hvilket resulterer i somatisk eller psykisk funktionstab. På det forskningsmæssige område er der oprettet centre for sund aldring med dertil knyttede store bevillinger for at afklare og håndtere udfordringerne (2,3). Formålet med nærværende oversigtsartikel er:

- at give en introduktion til aldringens psykologiske begreber og problemer,
- at præsentere og anviser kommunikative former og iagttagelser til fremme af forståelse for og Kooperation til ældre patienter,
- at diskutere etiske aspekter ved behandling af ældre patienter.

Metode

Den citerede litteratur er fundet ved søgning i aktuelle internationale sundhedspsykologiske opslagsværker, nationale sundhedsorganisationer og i Medline ved brug af artiklens søgeord.

Hovedbudskap

- De psykologiske funktionsændringer ved aldring er få og langsomme.
- De psyko-patologiske funktionsændringer ved aldring er omfattende.
- Den sansemæssige aldring stiller store krav til den verbale og non-verbale kommunikation.
- Psykologisk funktionssvækkede ældre patienter giver tandlægeteamet store etiske udfordringer.
- Mødet med en ældre patient er ikke et møde med «en gammel», men et møde med en livshistorie.

Forfattere

Erik Friis-Hasché, lektor emeritus, dr.odont., cand.art.psych., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet
Gunilla Nordenram, docent, ph.d., Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Befolkningspyramiden 1910 og befolkningssøjlen 2010.

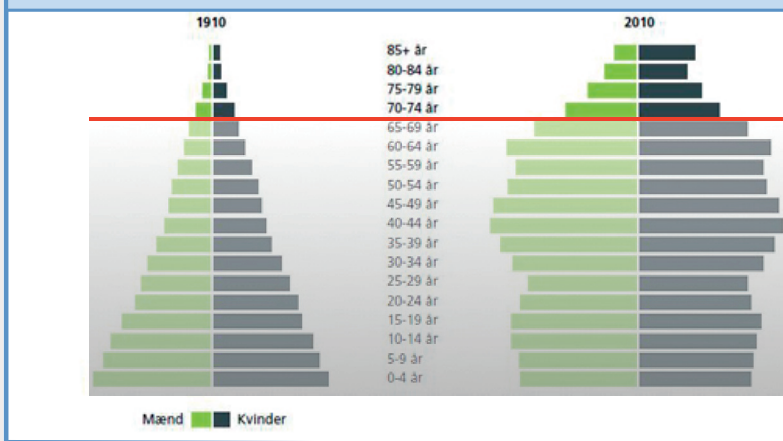


Fig. 1. Den ny demografiske virkelighed: Danmark, 1910 (ca. 2,5 mio. personer) og 2010 (ca. 5,5 mio. personer). Eldrebefolkningen 70+ år er markeret over rød vandret linje (4).

Aldersgruppering

Gennem det sidste århundrede er befolkningstallet i de skandinaviske lande fordoblet, og befolkningens sammensætning har ændret sig markant fra grafisk at være en befolkningspyramide til at være en befolkningssøjle. Aldersgruppen 70+ er blevet omkring femdoblet, mens antallet af nyfødte nærmest er uforandret (Fig. 1). Figuren viser også, at der er markant flere kvinder end mænd over 70 år.

Eldregruppen bliver ofte defineret ud fra tilknytningen til arbejdsmarkedet eller rettere sagt den alder, hvor man forlader arbejdsmarkedet og går på pension – den tredje alder (60, 65 eller 67 år). Gruppen kan også defineres ud fra demografiske karakteristika som den alder, hvor halvdelen af en fødselsårgang er død, eller den alder, hvor restgruppen har en forventet restlevetid på 10 år.

En nyere aldersgruppering bygger på en statistisk institutionalisering af befolkningen i relation til de krav, der må stilles til samfundet, det vil sige, fra hvilken alder der især kræves pleje og omsorg af ældregruppen. Valget er faldet på en gruppering af yngre ældre (60-79-årige) og ældre ældre (80+ år) (5).

Biologisk aldring

Den biologiske aldring foregår på mange niveauer fra celledeling, til væv, organer og organsystemer med bidrag af fysiologiske processer, funktioner og styringsmekanismer. På det overordnede niveau er aldringsprocesser styret af arvmassen i DNA-molekylet. Teorierne eller forklaringsmodeller bag aldringen er mange, men ingen er fyldestgørende. På molekyle- og celleniveau er dannelsen af mutationer, dvs. en celle med en ny genetisk variation og med en dårligere/langsommere funktion end den oprindelige, et væsentligt bidrag til aldringen. De homøostatiske mekanismer, som sikrer opretholdelsen af temperatur, surhedsgrad, iltindhold, saltkoncentration og osmotisk tryk, bliver med alderen mindre præcise, langsommere og opretholdes dårligere over længere tid. Dette resulterer i, at organismens tilpasning til

ydre påvirkninger som varme, kulde, udtørring eller infektion mindskes og direkte er årsagen til, at sygelighed og dødelighed stiger med alderen. Det tager også længere tid for sår at heles og at blive rask (6).

Funktionsevne og funktionsnedsættelse

Funktionsevne udgør sammen med lægediagnosticeret helbred og selvvrurderet helbred de tre vigtigste dimensioner i sundheds- og sygdomsbegreberne. Det er en vigtig parameter for livskvalitet og en kraftig prædikator for dødelighed, sygdom, brug af sundhedsvæsenet og medicinforbrug.

Med den øgede opfattelse af, at sygdom er en dynamisk interaktiv proces

mellem det enkelte menneskes biologiske, psykiske og sociale funktioner (den bio-psyko-sociale sygdomsmodel) og med det stigende antal af individer, der fungerer med eller uden afsluttet behandling (kronisk syge, høj behandlingssuccesrate og længere levetid), har begreberne funktionsevne og funktionsbegrænsning fået en central placering. Hertil kommer, at behandling og rehabilitering er blevet et tværfagligt område, der nødvendiggør en fælles referenceramme og et fælles begrebsapparat til kommunikation, dokumentation og kvalitetsudvikling af behandling og rehabilitering (7).

Til formålet har WHO udviklet en international model (Fig. 2) og klassifikation: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (8). Figuren viser, hvordan et individs helbredstilstand fremkommer som interaktion mellem kroppens funktioner (1-2), herunder de psykiske funktioner (ofte angivet som en somatisk/psykisk diagnose), individets aktivitetsniveau og aktivitetsbegrænsninger (3) samt individets involvering eller udelukkelse af det sociale og familiære liv (4). Hertil kommer interaktionen (fysisk, social og holdningsmæssig) fra omgivelserne (5) og individets egen livsbaggrund, køn, alder, mestringsstrategier, livsstil, karaktertype mv. (6). Det vil sige, at en enkelt somatisk/psykisk diagnose (1-2) ikke kan stå alene i vurderingen af individets helbredstilstand, men skal suppleres med psyko-sociale registreringer (3-5) og personlige data (6). Til vurdering af ældres livskvalitet er der udviklet flere spørgeskemaer, således

- * Kronologisk er man gammel, når dåbsattesten fortæller det.
- * Biologisk er man gammel, når man fungerer som gammel.
- * Psykologisk er man gammel, når man oplever sig selv som gammel.
- * Socialt er man gammel, når samfundet gør én gammel (13).

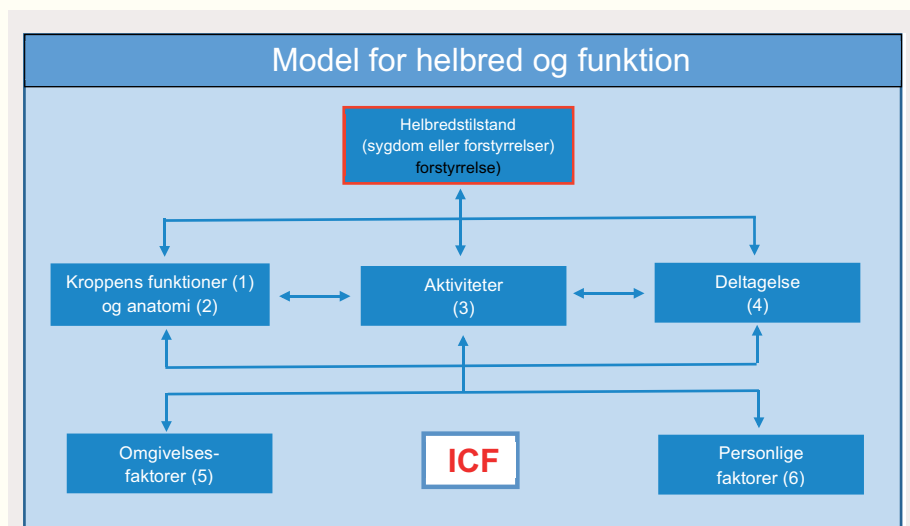


Fig. 2. Model for helbredstilstand og funktionsevne a.m. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF 2001 (8).

registrerer Sickness Impact Profile (SIP) både somatiske og psykosociale funktioner (9), mens Activities of Daily Living (ADL) fokuserer på dagliglivets virke og gøremål (10,11).

Psyriske funktionsbeskrivelser

De psyriske funktionsbeskrivelser i ICF giver et billede af, hvilke områder man skal iagttage hos den ældre patient for at få et helhedsindtryk af den psyriske status (Fig. 3). De nævnte funktionsbeskrivelser følger ikke de akademiske psykologiske klassifikationer

Psyriske funktioner

De 7 almene psyriske funktioner (b 110 – b 139)

- Bevidsthedsfunktion (b 110)
- Orienteringsfunktion (b 114)
- Intellektuel funktion (b 117)
- Almen psykosocial funktion (b 122)
- Temperaments- og personlighedsfunktion (126)
- Energi- og driftsfunktion (b 130)
- Søvnfunktion (b 134)

De 12 specifikke psyriske funktioner (b 140 – b 189)

- Opmærksomhedsfunktion (b 140) Hukommelsesfunktion (b 144)
- Psykomotorisk funktion (b 147)
- Emotionel funktion (b 152)
- Perceptionsfunktion (b 156)
- Tankefunktion (b 180)
- Højniveau af kognitiv funktion (b 164)
- Psyriske sprogfunktion (b 167)
- Kalkulationsfunktion (b 172)
- Psyriske funktion ved komplekse bevægelser (b 176) Tidsfunktion (b 000)
- Selvoplevelse (b 180).

Fig. 3. Klassifikation af psyriske funktioner a.m. ICF med angivelse af klassifikationskode (8).

oner og nomenklaturer, men er tilpasset de umiddelbare daglige observationer og sprogbrug.

På det specifikke niveau beskrives eksempelvis Temperament og personlighed som værende: Udadvendthed, Velvillighed, Samvittighedsfuldhed, Psyriske stabilitet, Åbenhed overfor oplevelser, Optimisme, Tillidsfuldhed og Pålidelighed. I en psyriske funktionsbeskrivelse skal disse egenskaber altså observeres og vurderes.

Psyriske aldring

De psyriske ændringer, der sker som følge af den biologiske aldringsproces i form af langsomhed og hurtigere udtrætning i de mentale processer, anses for at være minimale og ikke særligt

mærkbare i dagligdagen. Der er heller ikke holdepunkter for en generelt større psyriske sårbarhed i alderdommen, og det vil overvejende være i uvante og stressede situationer, man vil kunne mærke nedsat intellektuel kapacitet hos ældre.

Med alderen bliver man langsommere til at tilegne sig ny information, men opbevaring og genfremkaldelse af viden viser ikke aldersrelaterede fald. Ældre har til gengæld bedre selvindsigt end unge i vurderingen af egen hukommelse. Der er ikke fald i den sproglige evne og almindelig tillærte færdigheder, hvorimod opgaver, der kræver psykomotorisk hurtighed, klares dårligere med alderen. Reaktionshastigheden aftager dog meget individuelt. Dårligt lys, støj, for mange og for pludselige distraherende hændelser eller informationer kan forringe ældre menneskers funktion og muligheder for kompensation. Med alderen sker der også en psykologisk vækst uafhængigt af biologiske aldersforandringer. Det gælder erfaringsbaseret viden, som øges gennem hele livet. Modne mennesker udvikler større indsigt i komplicerede sammenhænge. Evnen til at forstå essenser snarere end detaljer, evnen til strategisk tænkning og til at tænke i langsigtede perspektiver øges. Med alderen øges den psykosomatiske dissonans, som er en divergerende opfattelse af kroppens formåen og den kognitive tolkning heraf. Indlært hjælpeløshed er et udtryk herfor (12,13).

Personlighed

Ser man på den mest anvendte personlighedsbeskrivelse indenfor sundheds- og sygdomsforskningen The Big Five (der beskriver: Neuroticisme, introversion/ekstroversion, åbenhed, fjendtlighed/venlighed og samvittighedsfuldhed), er der en vis stabilitet af disse træk gennem hele livet, hvis ikke der er sygdom til stede. Mar-

* Jo ældre vi bliver, desto mere forskellige bliver vi.

* De fleste ældre er raske, men de fleste syge er ældre.

Demens

- I. (1) Svækkelse af hukommelse, især af nyere data
(2) Svækkelse af andre kognitive funktioner
(abstraktion, dømmekraft, tænkning, planlægning)
Mild:
Interfererer med normale dagliglivs aktiviteter
Moderat:
Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre
Svær:
Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig
- II. Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang tilstrækkeligt til at bedømme I
- III. Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst en af følgende:
- IV. Emotionel labilitet
Irritabilitet
Apati
Forgrovet social adfærd
- V. Varighed over 6 måneder

Fig. 4. Beskrivelse af demens (F00) a. m. WHO (16).

kante psykiske ændringer i alderdommen er mere relateret til fysisk eller psykisk sygdom, kriser eller social isolation, end de er relateret til den kronologiske alder (14,15).

Demens

Demens er et syndrom, som skyldes sygdom i hjernen, sædvanligvis af kronisk eller progressiv karakter, med svækkelse af en række højere kortikale funktioner, herunder hukommelse, orientering, evne til at opfatte og tænke, indlæringskapacitet, sprog, regnefærdighed og dømmeevne. Demens påvirker også personlighed og følelsesliv. Svækkelserne er irreversible. Der er ikke bevidsthedsplumring. Den kognitive svækkelse er ofte ledsaget og undertiden forudgået af forringelse af emotionel kontrol, social adfærd eller motivation (Fig. 4) (16). Mere end 200 forskellige sygdomme og tilstande kan give demenssymptomer. Den hyppigste årsag til demenssymptomer er Alzheimers sygdom (47 %) efterfulgt af cerebro-vaskulære sygdomme (19 %) (17).

Forekomsten i ældrebefolkningen (65+ år) af demenssymptomer er estimeret til ca. 6 % (lidt højere for kvinder end mænd) og er stigende med alderen fra ca. 1-2 % i aldersgruppen 60-64 år til 24-45 % i aldersgruppen 90+ år. Der sker omtrent en fordobling af antallet for hvert femte leveår, og i Danmark vil antallet af demente stige med 50 % i løbet af de næste 15 år. Demens er den 5.-hyppigste dødsårsag i Danmark (18).

Da sygdommen kan udvikle sig hurtigt, er det afgørende, at den odontologiske omsorg er enkel og langsigtet. Indkald patienten med korte mellemrum, og hav tæt kontakt til familie eller plejepersonel.

Sansemæssig aldring

Med alderen er der en generel svækkelse af samtlige sanser (smags-, lugte-, høre-, syns- og følesansen), men i den kliniske

situation og i kontakten med sundhedspersonalet er det især høre- og synstabet, der skal have opmærksomhed. Smerteoplevelsen er med alderen stigende, fordi der er en stigende forekomst af smertegivende degenerative forandringer, sygdomme og skader. Psykisk labilitet, depression og angstfulde reaktioner giver også en øget tolkning af smerte.

Høretab

Hørelsen reduceres normalt med alderen, men sjældent i en grad, der giver problemer før 60-årsalderen. Omkring 65-årsalderen har ca. 30 % et høretab, som vanskeliggør en optimal kommunikation, og for aldersgruppen 70-80 år er prævalensen for høretab steget til 40-60 %. Tilstanden er karakteriseret ved reduceret hørelse af de højeste frekvenser (presbycusis), nedsat evne til at opfatte tale og differentiere lyde i støjende omgivelser, problemer med at lokalisere lydkilder og en langsommere behandling af akustisk information. Ved samtale med ældre patienter skal man derfor være opmærksom på, at en stor andel vil have problemer med at opfatte alt. Information givet i uvante omgivelser med baggrundsstøj som fx større venteværelser eller institutionsmøderum kan være svær at opfatte for hørehæmmede. Det er derfor vigtigt, at man taler tydeligt og langsomt og tilstræber at undgå et højt toneleje (især en udfordring for kvinder med høje lyse stemmer). Det er vigtigt at få øjenkontakt og tale uden at skjule munden eventuelt med mundbind, da den hørehæmmede ofte mere eller mindre bevidst benytter sig af mundaflæsning. Man skal være opmærksom på, at patienter ikke nødvendigvis oplyser om, at de hører dårligt eller måske ikke er klar over, at de ikke har hørt informationen korrekt. Mange hørehæmmede har svært ved at acceptere deres høretab. Ved den indledende konsultation og behandling spørg derfor altid ind til høreproblemer og journaliser eventuel forskel af høretab på højre og venstre øre, da samtalen i tandlægestolen kun foregår fra patientens ene side. Lyde fra børende instrumenter kan give ubehagelige interferenser med hørerapparater, hvorfor det kan være nødvendigt, at patienten aflægger eller slår hørerapparaterne fra. Nedsat hørelse kan give anledning til social isolation fra familie og socialt netværk og hermed nedsat livskvalitet. Den hørehæmmede kan endog fejlagtigt blive opfattet som dement (19).

Synstab

Synsnedsettelse i form af langsynethed, dvs. mindske evne til at fokusere på genstande tæt på, forekommer fra 40-års alderen og medfører ofte behov for brug af læsebriller. Over 90 % af de 67+ årige bruger daglig briller eller kontaktlinser. Aldersbetingede forandringer i øjet fører desuden til nedsat evne til at skelne mellem forskellige kontraster og til at se under dårlige lysforhold. Men også mere invaliderende former for synsnedsettelse som maculadegeneration (øjenforkalkning), katarakt (grå stær), glaukom (grøn stær) eller nethindeløsning er udbredte i ældrebefolkningen. Den svagsynede patient mister dele af den nonverbale kommunikation, og udlevering af skriftlig information og instruktion skal altid suppleres med en mundtlig forklaring (19).

Retningslinjer for kommunikation med ældre

- * Start med at få den ældres opmærksomhed, fortæl, hvem du er med for- og efternavn.
- * Spørg om, hvordan syns- og hørekapaciteten er på højre og venstre side.
- * Hvis der er høreapparat, spørg om lyd og vibrationer fra roterende instrumenter er generende.
- * Sørg for rolige omgivelser og tilstrækkelig belysning, der ikke blænder, og vær opmærksom på en eventuel syns-feltdefekt.
- * Tal tydeligt med en passende rolig hastighed og med ansigtet vendt mod den ældre evt. mod det bedst hørende øre. Brug ikke mundbind eller skjul af munden på anden vis.
- * Anvend et enkelt (ikke fagligt) og sobert sprog og tiltal med «De», hvis det er mest passende.
- * Udvis respekt og venlighed og undlad at tale ned til den ældre. Det fremmer den ældres selvrespekt og selvværd og dermed handlekraft.
- * Vær opmærksom på den ældres ansigtsudtryk. Det signalerer, om budskabet er forstået.
- * Hvis noget må gentages, så sig det på en lidt anden måde og med andre ord.
- * Kontrollér, at den ældre har forstået budskabet, og stil kontrolspørgsmål.
- * Vær opmærksom på den non-verbale kommunikation, og gør brug af den.
- * Ofte er det små virkemidler, der skal til, fx en let berøring, et imødekommende blik, et smil eller en pause.
- * Undlad at virke omklamrende eller behandle den ældre som et barn.
- * Forsøg at skabe en tryk stemning. Det fremmer den ældres indlæring.
- * Brug empatisk kommunikation og evt. teknikker for den angstdæmpende samtale.
- * Anvendelse af papir og blyant kan være en hjælp, evt. en tavle. Tegn stort.
- * Brug modeller, når behandling skal forklares, og instruktioner skal gives.

Fig. 5. Retningslinjer for kommunikation med ældre. Modificeret efter (13).

Kommunikation

Forudsætningen for optimal forebyggelse, behandling og rehabilitering af den ældre patient er en god kommunikation, men da der både kan være generel svækkelse og nedsat hørelse og syn, kræver kommunikationen særlig opmærksomhed. Ved demenssygdomme er der tillige langsommere sprogopfattelse og indlæring. I Fig. 5 er anført en række punkter, der bør respekteres eller opfyldes ved kommunikation med ældre mennesker.

Den sundhedsprofessionelle dialog/samtale

- * Konverserende (uformel)
- * Informerende
- * Motiverende
- * Angstdæmpende
- * Patientcentrerende
- * Interviewende (anamnestisk)
- * Vurderende (diagnostisk)
- * Rådgivende (konsultativ)
- * Instruerende
- * Terapeutiske
- * Afklarende/Opsummerende
- * Interkulturel
- * Eksistentiel/Støttende
- * Den svære

Fig. 6. Forskellige former for sundhedsfaglig dialog/samtale, der kan være solitær eller integrerende.

I tandlægesituationen er samtalen/dialogen ofte kort og afbrydende, hvorfor behandleren skal have en klar disposition af formål og indhold (Fig. 6). Koncentrationen heraf skal være konsekvent og uddybende uden distraktion af uvedkommende emner og detaljer. Den gode disposition fremmer den professionelle kvalitet, den empatiske kommunikation og patientens tilfredshed. Samtalens indhold vil ofte afspejle samtalsform, og ofte vil en samtale også bestå af flere delemler, der skal være tilrettelagt efter en professionel strategi.

Hos patienter med demenssymptomer vil supplerende oplysninger fra egen læge eller pårørende være nødvendige for en optimal tilrettelæggelse af undersøgelse, behandling eller plan for rehabilitering. Jo mere man ved om patienten, jo nemmere, hurtigere og bedre udnyttes kliniktiden.

Komorbiditet, iatrogenitet, polyfarmaci og compliance

Da flere ældre lever længere med en kronisk lidelse, er der større sandsynlighed for, at de kommer til at leve med mere end én kronisk lidelse. Derudover vil de i kraft af deres alder også være udsat for andre ikke-kroniske sygdomme eller lidelser. Samlet er omfanget af komorbiditet og multikomorbiditet derfor stigende i ældregruppen. Derfor skal der altid jævnligt spørges ind til de aktuelle helbredsmæssige forhold hos ældre patienter. Den hyppigst registrerede form for psykisk komorbiditet er depression ved både kroniske smerter og andre kroniske tilstande. Med øget komorbiditet følger også øget iatrogenitet og polyfarmaci, hvorfor de helbredsmæssige opfølgninger også skal omfatte medicinforbruget. Ved brug af mange farmaka øges risikoen for bivirkninger og interaktioner mellem de enkelte farmaka. Ligeledes øges risikoen for manglende overholdelse af behandlingsinstrukserne, non-compliance, der også vil berøre tandpleje i form af udeblivelser og mangelfuld mundhygiejne (20).

Etiske aspekter

Når behandleren skal foretage alvorlige beslutninger i relation til patienten, og der ikke findes nedskrevne love, regler eller guidelines herfor, kan processen kaldes en etisk overvejelse. Bliver resultatet herefter en handling i overensstemmelse med god skik og brug, som det praktiseres af gruppen eller samfundet, som behandler og patient tilhører, kaldes handlingen etisk forsvarlig.

I det sundhedsfaglige virke er udgangspunktet for de etiske overvejelser ofte de fire biomedicinske etiske principper (21) (se Faktaboks). En etisk problemstilling kan også udgå fra et etisk dilemma, der kan opstå ud fra følgende tre spørgsmål: 1) Hvad kan jeg gøre? (Det praktisk/tekniske spørgsmål), 2) Hvad skal jeg gøre? (Det juridiske spørgsmål) og 3) Hvad bør jeg gøre? (Det etiske spørgsmål). På et fagligt internationalt foreningsniveau er der vedtaget etiske principper for det tandlægelige virke, der suppleres af nationale etiske foreningsvedtægter (22).

Casusbeskrivelse

Anna Miller er 78 år gammel. Anna uddannede sig til lærer og traf under uddannelsen en kommende civilingeniør, som hun giftede sig med. I dette ægteskab fødtes sønnen John. John, som nu er 54 år, er deres eneste barn og bor og arbejder i USA. Han er ugift og barnløs, hvilket Anna er lidt ked af. Hun ville så gerne have haft børnebørn.

Anna siger, at hun har haft et godt liv. Da hun og manden blev pensionerede, solgte de deres store, dejlige villa og købte en bekvem ældrebolig i et såkaldt 55+-hus. John, som har et udadvendt arbejde og rejser meget over hele verden, er kun hjemme på korte besøg indimellem, og derfor er det rart, at ægteparret kan leve trygt og godt sammen uden at være afhængige af John.

Med årene blev både Anna og hendes mand ramt af forskellige småskavanker; men de havde trods alt et godt liv sammen. Men de var afhængige af hinandens hjælp, når fx hukommelse eller kræfter begyndte at svigte.

Annas mand døde pludseligt af et hjerteinfarkt, da Anna var 74 år. Hun blev hurtigt tiltagende forvirret, og pludselig stod det klart, hvilken støtte manden havde været for Anna i hverdagen. Annas verden blev mere og mere forvirret, og hun magtede ikke længere at bo alene trods omfattende hjælp fra kommunens ældrepleje. John var meget opsat på, at Anna skulle have plads på et plejehjem for demente. Det ville være mere trygt for både mor og søn, hvis moderen var under konstant opsyn.

Anna havde klare øjeblikke, hvor hun vidste, hvad hun ville, men var indimellem helt forvirret. Dette gjorde, at John fandt det helt udelukket, at Anna kunne bo hjemme, især da han jo ofte var på lange forretningsrejser fra sin base i USA og kun havde mulighed for at aflægge korte og sporadiske besøg hos Anna.

Anna havde hele livet været omhyggelig med at passe sine tænder og var meget stolt over sine fine tænder. Men efter at hun blev enke, var der ikke længere nogen, som tænkte på at bestille tid til regelmæssigt tandeftersyn. Anna huskede det ikke, og John tænkte ikke på det.

De etiske biomedicinske principper

Georgetown-mantra

a.m. The Appleton Consensus, 1984 (21).

1. Autonomiprincippet
2. Non-maleficenceprincippet
(Princippet om ikke at skade andre)
3. Beneficenceprincippet
(Godgørenhedsprincippet)
4. Retfærdighedsprincippet

Nogle måneder efter flytningen til demensboligen fik Anna tilbud om gratis opsøgende tandpleje og fik besøg af en tandplejer (23). Den tidligere så gode tandsundhed var nu gået fløjten.

Anna ville aldeles ikke undersøges, selv om plejepersonalet oplyste, at hun efter alt at dømme havde ondt i munden, når hun spiste. Hun nægtede sågar indimellem at tage føde til sig.

Efter nogle forhandlinger kunne tandlægen ved det opsøgende projekt, Karl Karlsson, dog komme til at undersøge Anna, som fortalte, at hun var så stolt af sine fine tænder og så glad for den behandling, hun havde fået gennem årene hos sin dygtige tandlæge. Anna kunne ikke rigtig redegøre for, hvorfor denne regelmæssige tandpleje var ophørt. John kunne nogenlunde huske, hvad Annas tidligere tandlæge hed, men ikke hvorfor og hvornår de regelmæssige indkaldelser var stoppet. Det viste sig, at Anna som sædvanlig var blevet indkaldt til årlige eftersyn, men at hun var begyndt at ringe afbud, komme på forkerte tidspunkter eller helt udeblive. Til sidst havde man aftalt med Anna, at hun selv skulle ringe, når hun ville til tandlæge. Efter flytningen til demensboligen havde tandklinikken ikke fået opdateret adressen og havde afventet, at hun lod høre fra sig.

Diskussion

Psykisk funktionsnedsættelse og funktionstab beskrives ud fra ICF (8), mens diagnosen demens stilles ud fra ICD-10 (16) kriterierne. ICF-modellen viser, at den aldersmæssige svækkelse af kroppens anatomi og funktioner (1-2) også kan medføre funktionstab af de øvrige komponenter (3- 6), hvorimod en øget aktivitet af disse komponenter – en mobilisering af reservekapaciteten – vil kunne kompensere funktionstab, og det er netop, hvad der karakteriserer begrebet sund aldring. Inaktivitet er sandsynligvis ansvarlig for en væsentlig del af tabet af reservekapacitet med alderen. Modellen sætter fokus på restkapaciteten, og handicapbegrebet er helt udgået af både model og klassifikation. Hovedkategorierne af svækkelse hos ældre indgår i begrebet De 5 geriatriske giganter, der omfatter: Instabilitet/immobilitet, Iatrogenitet, Inkontinens, Infektion og Intellektuelle og mentale problemer. På mange måder er ældregruppen, hvad angår helbred og funktion en mere varieret gruppe end restbefolkningen. Det professionelle møde med en ældre patient bør aldrig være et møde med «en gammel», men et møde med en person med en lang livshistorie (19). Kommunikationen med den ældre bør altid tilrettelægges under hensyntagen til de psykiske funktionsneds-

ættelser og med respekt for patientens værdighed, autonomi og integritet. Paternalistiske beslutninger skal altid tages i samråd med pårørende.

Anna Millers livshistorie indeholder flere faser af normal aldring og demensudvikling, og de etiske aspekter må tage hensyn til Annas aktuelle livssituation. Dette indebærer, at de fire etiske biomedicinske principper må vægtes forskelligt i forskellige situationer, om end autonomiprincippet altid er fundamentalt ved etiske dilemmaer i plejesektoren (24).

Med hensyn til sundhedspleje kan hun ønske en given behandling; men hun kan ikke kræve den, hvis hendes ønsker strider mod videnskab og kliniske erfaringer, hvis de ikke kan opfyldes inden for de tilgængelige resurser, eller hvis andre forhold gør, at den behandlingsansvarlige må afslå hendes ønske. Dette forudsætter, at Anna har fået en klar information om, hvorfor man ikke vil efterkomme hendes ønske om en nærmere angivet behandling. I denne dialog kan Anna som patient også takke nej til en tilbudt behandling, dvs. give et informeret fravalg. Men hvis Anna finder den foreslåede behandling tiltalende, bliver det i stedet et informeret samtykke fra hende. Informeret samtykke er en forudsætning for at gennemføre en foreslået terapi.

Når en person har svigtende autonomi og ikke i fuldt omfang kan sikre respekten for sin integritet, har vedkommende behov for hjælp og støtte (25,26).

Mennesker med demenssygdomme er ofte i stand til at «live op» i kort tid under positive omstændigheder og kan i disse situationer fungere overraskende adækvat. Den demente patient hos tandlægen kan give indtryk af god social kompetence ved hyggesnak om vejret og andre trivielle ting. Hvis der er tale om en ny og ukendt patient, kan det tage lang tid, inden tandplejeteamet opdager, at patienten ikke er helt kompetent. Oplysninger om egen alder, børn og andre mere personlige data er forvirrede og klart urimelige. Man husker ofte sit fødeår meget længere, end man husker sin alder. Spørg derfor hellere om, hvilket år patienten er født, end hvor gammel hun er. Et smart svar, når man ikke husker så godt, kan være at sige som en af mine patienter: «Hvor gammel tror du selv, at jeg er?» Så længe man er bevidst eller delvis bevidst om sin demens, kan man som patient dække over sine mangler på mange fiffige måder.

Anna er helt overbevist om, at hun nu har lige så fine tænder, som hun altid har haft, og hun er meget stolt af tænderne og det fine arbejde, hendes tidligere tandlæge har udført. Da Anna efter nogen overtalelse endelig bliver undersøgt af en tandlæge i plejeboligen, viser det sig, at hun har et massivt behandlingsbehov og sandsynligvis både har smerter og problemer med at tygge maden. Dette er et resultat af Annas demenssygdom. Er det retfærdigt, at hun har fået et stort oralt behandlingsbehov som hun ikke ville have haft, hvis hun var rask? (Retfærdighedsprincippet). På grund af ledsmerter og artrose får Anna smertestilende medicin, som sandsynligvis maskerer hendes orale smertetilstand. Anna spiser langsomt og har svært ved at bruge kniv og gaffel, så hun får mad, der er let at tygge og kan spises med gaffel og ske. Det fremgår derfor ikke så tydeligt, at hun har nedsat tyggefunktion på grund af dårlige tænder.

Nu står man over for det dilemma, at Anna har behov for tandpleje, men ikke ønsker at medvirke, da hun ikke selv synes, hun har problemer med tænderne. John synes, at hans mor skal have «fine tænder» igen og ikke ende som delvis tandløs med nogle få dårlige tandstumper i munden. Han ønsker, at hun skal se pæn ud som tidligere og ikke lugte dårligt ud af munden. Er det sønnens ønsker, der skal styre behandlingen, eller skal man finde en passende kompromisbehandling til Annas bedste? (Autonomi- og godgørenhedsprincipperne).

Johns ønsker for moderens tandbehandling er forståelige, men passer dårligt til hendes behov i den nuværende livssituation. Der ligger en vigtig opgave for tandlægen i at gøre sønnen opmærksom på, hvad der er en god tandsundhed for moderen i relation til hendes nuværende totale livssituation.

En sådan samtale kan tage tid at forberede og gennemføre. Det kan kræve flere møder med mulighed for, at den pårørende kan stille spørgsmål og diskutere frem og tilbage, inden hun/han føler sig tilstrækkeligt informeret til at kunne tage en beslutning, som føles rigtig. Det er vigtigt, at den ansvarlige pårørende får den tid, som er nødvendig. At presse en pårørende, som i grunden vil patientens bedste, til et informeret samtykke for en dement, ikke autonom patient, kan let føre til misforståelser, eller at den pårørende senere fortryder sin beslutning og døjer med dårlig samvittighed (27). (Autonomiprincippet).

Når behandlingen planlægges og gennemføres, må tandlægen heller ikke gå for hurtigt frem uden at se den forventede nytte, patienten kan have af behandlingen, i forhold til den belastning, den kan indebære. I tvivlstilfælde må patient, pårørende og behandler prøve at afstemme forventningerne, og eventuelt kan man konsultere en kollega for second opinion. Hvis man vælger at udskyde indiceret terapi, skal patienten stå under kontinuerligt tilsyn, indtil den nødvendige behandling kan gennemføres.

Konklusion

Aldring er på mange måder blot langsommere somatiske og psykiske processer og funktioner, hvis ikke der er sygdom til stede. Den demografiske ændring i befolkningens sammensætning vil resultere i, at flere ældre og flere ældre med demenssymptomer bliver en del af voksentandplejen. Tabet af psykiske funktioner ved demens gør, at en optimal kommunikation til denne patientgruppe kræver individuel omhu og tid. Ofte kan den odontologiske behandling være forbundet med store etiske overvejelser. For at undgå menneskelig eller faglig diskrimination af ældregruppen bør gruppens problemstillinger indgå i offentlige og private tandklinikkers etiske patientkodeks.

English summary

Friis-Hasché E, Nordenram G.

Changes in psychological functioning during aging – description, communication and ethics

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 32–9

In many ways the result of aging is just a slower somatic and psychological process and function, if no disease is involved. The

demographic change in the population will result in more elderly people and more elderly people with dementia symptoms that will be a part of the public dental health. The National Health Authority estimate that the number of people with dementia will increase by 50% over the next 15 years. The loss of mental functions by dementia means that an optimal communication in such patients requires individual care and time. A treatment plan can often be associated with high ethical considerations.

Litteratur

1. Siegler IC, Elias M, Bosworth HB. Aging and health. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, eds. *Handbook of Health Psychology*. 2nd ed. New York: Psychology Press, 2012; 617-33.
2. Jensen JB. De nye ældre i 2020. Center for fremtidsforskning, 1998. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: http://www.fremforsk.dk/vis_artikel.asp?AjrDcmntId=111
3. Københavns Universitet. Center for sund aldring. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: <http://sundaldring.ku.dk/>
4. Danmarks Statistik. Befolkningen i 150 år. København: Danmarks Statistik, 2000. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=4576&tsid=bef150>
5. Leeson GW. Ældregruppen – definitioner og demografiske aspekter. *Tandläkartidningen* 2001; 93(1): 22-8.
6. Hart S. Old age and health behaviour. In: Ayers S, Baum A, McManus C et al., eds. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2nd Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
7. Friis-Hasché E. Sundhed, sygdom og funktion. In: Friis-Hasché E, Frostholm L, Schröder A, eds. *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2013: 25-45.
8. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Genève, World Health Organisation, 2001.
9. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
10. Lawton MP. Scales to measure competence in everyday activities. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 609-14.
11. ERGOTERAPIFORENINGEN. Analyse af ADL-taxonomien. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/manual_adl-taxonomien.pdf
12. Baltes MM, Horgas AL. Aging and Mental Health. I Friedman HS, Howard S, eds. *Encyclopedia of Mental Health*. Vol 1-3. 2nd Edition. San Diego: Academic Press, 2015: 1, 27-37.
13. Hansen FR, Moe C, Schroll M. *Geriatrici – basisbog*. 3. udg. København: Munksgaard, 2002.
14. Curtis RG, Windsor TD, Soubelet A. The relationship between Big-5 personality traits and cognitive ability in older adults – a review. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn* 2015; 22: 42-71.
15. Roberts BW, Del Vecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2000; 126: 3-25.
16. WHO ICD-10. *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard, 2003.
17. Feldman H, Levy AR, Hsiung GY et al. A canadian cohort study of cognitive impairment and related dementias (ACCORD): study methods and baseline results. *Neuroepidemiol* 2003; 22: 265-8.
18. SUNDHEDSSTYRELSEN. Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2008. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: http://www.danskselskabforgeriatri.dk/skov/dok/mtv_demens_rapport.pdf
19. Mehlsen M, Nielsen BK. Den ældre patient. In: Friis-Hasché E, Frostholm L, Schröder A, eds. *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2014: 365-81.
20. Chen H, Moeller J, Manski RJ. The influence of comorbidity and other health measures on dental and medical care use among Medicare beneficiaries 2002. *J Public Health Dent* 2011 Summer; 71: 202-11.
21. Stanley JM et al. The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment. *J Med Ethics* 1989; 15: 129-36.
22. FDI. International Principles of Ethics for the Dental Profession. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: <http://www.fdiworldental.org/media/11263/International-principles-of-ethics-for-the-dental-profession-1997.pdf>
23. VÅRDANALYS. Tandlösa tandvårdsstöd. En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. *Vårdanalys Rapport* 2015: 3. (Set 2016 april). Tilgængelig fra: URL: <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/2015-3-tandlosa-tandvardsstod.pdf>
24. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Seventh edition. New York, Oxford: Oxford University Press, 2012.
25. Ozar DT, Sokol DJ. *Dental Ethics at Chairsides*. Professional Principles and Practical Applications. Washington: Georgetown University Press, 2002.
26. Helgesson G, Kvist T. *Tandvårdens etik*. Stockholm: Gothia fortbildning, 2015.
27. Wårdh I, Gahnberg L. God äldretandvård en stor utmaning. *Tandläkartidningen* 2015; 14: 54-8.

Korrespondence: Erik Friis-Hasché. E-mail: friis@ku.dk

Artikkelen har gennemgået eksternt faglig vurdering.

Friis-Hasché E, Nordenram G. Changes in psychological functioning during aging – description, communication and ethics. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2017; 127: 32-9