

# Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri



WHO

Genève



WPA

Stockholms läns landsting, 2007  
Grafisk form: SOYA

För beställning och frågor om skriften vänligen kontakta  
Södra läkemedelskommittén:  
E-post: [sodralakemedelskommitten@sll.se](mailto:sodralakemedelskommitten@sll.se)

# Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri

Detta dokument är en sammanställning av fyra publicerade WHO-dokument, nämligen

1. Psychiatry of the Elderly. A Consensus Document  
Doc. WHO/MNH/MND/96.7. Genève 1996.  
**Äldrepsykiatri – Ett Konsensusuttalande**
2. Organization of Care in Psychiatry of the Elderly  
Doc. WHO/MNH/MND/97.3. Genève 1997.  
**Organisation av Äldrepsykiatri**
3. Education in Psychiatry of the Elderly  
Doc. WHO/MNH/MND/98.4. Genève 1998.  
**Utbildning i Äldrepsykiatri**
4. Reducing Stigma and Discrimination Against Older  
People with Mental Disorders  
Doc. WHO/MSB/MBD/02.3. Genève 2002  
International Journal of Geriatric Psychiatry  
2003;18:670–678.  
**Att Motverka Stigmatisering och Diskriminering  
av Äldre Individer med Psykisk Sjukdom**

© World Health Organisation

Detta dokument är inte en formell publikation från Världshälsoorganisationen, World Health Organisation (WHO), och alla rättigheter är förbehållna denna organisation. Dokumentet kan emellertid fritt presenteras, sammanfattas, återges eller översättas, delvis eller i sin helhet, dock inte för försäljning eller för användande i förbindelse med kommersiella syften.

Dokumenterna återfinns även på WHO:s hemsida  
[http://www.who.int/mental\\_health/resources/ageing/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/ageing/en/)

# Förord till den svenska översättningen

Detta konsensusdokument angående äldrepsykiatri, dvs psykiatrisk sjukvård för äldre, består av fyra delrapporter som avhandlar äldrepsykiatriens målsättning och avgränsning, dess organisation, utbildning och undervisning inom den specialiserade äldrepsykiatri och slutligen motverkande av stigmatisering och diskriminering av äldre med psykisk sjukdom.

Innehållet är en produkt av intensivt samarbete mellan WHO och World Psychiatric Association (WPA), speciellt dess sektion för äldrepsykiatri. Avsikten med konsensusdokumentet är att öka kunskapen om äldrepsykiatriens förutsättningar och arbetsinnehåll. De ursprungliga konsensusdokumenten publicerades på engelska och WHO och WPA uppmanar sina medlemsländer och associerade nationella föreningar att översätta dokumenten till andra språk utan hinder av copyright. Den svenska översättningen och faktagranskningen har gjorts av Lars Gustafson och Jöns Lundmark för Svensk Förening för Äldrepsykiatri.

Södra läkemedelskommittén i Stockholms läns landsting har bidragit till tryckning och distribution av denna svenska utgåva av samtliga fyra delar. Dokumentet utgör en viktig del av angelägen fortbildning.

Stockholm den 11 april 2007

**Eva Andersén Karlsson**

Överläkare, docent i internmedicin

Ordförande Södra läkemedelskommittén i Stockholms läns landsting

**Karin Sparring Björkstén**

Med. dr. överläkare, ordförande i Svensk Förening för Äldrepsykiatri

Fortbildningsläkare i Södra Läke-medelskommittén i Stockholms läns landsting

**Lars Gustafson**

Professor emeritus i geriatrisk psykiatri

Psykiogeriatriska kliniken, Lund

Ledamot av styrelsen för Svensk Förening för Äldrepsykiatri

---

# I. ÄLDREPSYKIATRI

## ETT KONSENSUSUTTALANDE

---

World Health Organization  
World Psychiatric Association  
Genève 1996

**NYCKELORD:** psykogeriatrik/äldre/definition/undersökning/behandling/organisation av tjänster/utbildning/forskning/demens

Detta dokument är ett konsensusuttalande om äldrepsykiatri, som tagits fram gemensamt av WHO och Världspanykiatriförbundets (WPA) Sektion för geriatrisk psykiatri, med medverkan av många berörda enskilda organisationer och med deltagande av experter från länder i flera WHO-regioner.

Förutom WHO och WPAs Sektion för geriatrisk psykiatri medverkade: Alzheimer's Disease International, International Association of Gerontology, International Council of Nurses, International Federation of Social Workers, International Psychogeriatric Association, International Federation on Ageing, International Union of Psychological Science, World Federation of Occupational Therapists och en rad namngivna experter (se appendix 1).

# Konsensusuttalande om äldrepsykiatri

## *Inledning*

Antalet äldre (och speciellt de mycket gamla) ökar snabbt i såväl industri- som utvecklingsländer. Detta avspeglar förbättring av hälsa och sociala förhållanden, vilket är något att glädjas åt. De flesta äldre behåller såväl god mental som fysisk hälsa, och fortsätter att göra viktiga insatser för sina familjer och samhället.

Icke desto mindre är vissa psykiska sjukdomar (t ex demenssjukdom) speciellt vanliga i hög ålder, andra skiljer sig i kliniskt avseende och/eller ger speciella problem i behandlingen. Sociala svårigheter, multipla fysiska problem och sensoriska handikapp är också vanliga. Adekvat diagnostik och behandling kräver specialistkunskaper och erfarenhet såväl som multidisciplinärt samarbete.

Man måste prioritera dessa mentala sjukdomar, som kan medföra stor belastning, inte bara på de gamla själva utan också på deras familjer. Detta problem förvärras av förändring i familjestrukturer. Det blir också allt fler äldre som bor ensamma. Lämpliga åtgärder avseende ålderdomens vanligaste mentala sjukdomar kan ofta antingen medföra effektiv behandling eller åtminstone på ett avgörande sätt förbättra patienternas och deras familjers livskvalitet.

Det ökade antalet äldre med psykiska hälsoproblem har nödvändiggjort utveckling av en psykiatrisk specialitet för de äldre. Tillkomsten av denna specialitet har hjälpt till att höja denna sårbara grupps status och har också uppmuntrat forskning, som ger hopp om bättre behandling och framtid, och som gör det möjligt att utbilda de studerande inom alla hälso- och socialvårdens yrkesutbildningar.

Denna sammanfattning av äldrepsykiatrins perspektiv är avsedd att öka medvetenhet om äldres psykiska hälsoproblem, att initiera eller förbättra utbudet av tjänster och att uppmuntra undervisning och forskning inom detta området.

## *Definition och diagnostik*

Äldrepsykiatri är en gren av psykiatrin och utgör en del av det tvärfackliga utbudet av psykiatrisk hälsovård till de äldre. Specialiteten kallas ibland geriatrisk psykiatri och psykogeriatrisk.

Dess intresseområde är psykiatri för personer i pensionsåldern och äldre. Många verksamheter har en åldersgräns vid 65, men förhållandena kan variera mellan olika länder och orter: många gånger inbegrips även vård för yngre individer med demens. Specialiteten kännetecknas av en samhällsinriktad och multidisciplinär syn på utredning, diagnostik och behandling.

En äldre patient som lider av psykiska ohälsa har ofta en kombination av psykologiska, fysiska och sociala behov. Det medför att individuell bedömning, vård och uppföljning kräver samarbete mellan sjukvård, socialtjänst och frivilligorganisationer samt vårdgivare i familjen. Psykiska hälsoproblem på äldre dar är vanliga och förståelsen av de principer som gäller för diagnostik och vård bör vara en självklar del av alla som arbetar inom sjukvård och socialtjänst. Utvecklingen inom detta område skall baseras på fakta och strikt empirisk forskning något som den yrkesverksamme läkaren måste sträva efter att hålla sig à jour med.

Tidigare erfarenheter och beteenden kan påverka huruvida en person kommer att utveckla en psykisk sjukdom och hur en sådan sjukdom yttrar sig. Multipla förluster (släktingars/vänners död, sviktande hälsa, förlust av status osv) på äldre dar kan vara speciellt betydelsefulla, även om många äldre fortfarande klarar att hämta sig trots flerfaldiga motgångar.

Specialiteten arbetar med hela skalan av psykiska sjukdomar och deras följder, speciellt affektiva tillstånd och ångest, demenser, de äldres psykoser och missbruk. Dessutom måste specialiteten ta hand om äldre patienter som utvecklat psykisk sjukdom tidigare i livet. Under alla omständigheter så förekommer psykiatrisk sjuklighet vid högre ålder ofta samtidigt med fysisk sjukdom och kom-

pliceras sannolikt av sociala problem. Äldre personer kan dessutom ha fler än en psykiatrisk diagnos.

Ovanstående faktorer, tillsammans med de biologiska, sociala och kulturella förändringar som är kopplade till åldrande kan påtagligt modifiera den kliniska bilden av en psykisk sjukdom vid hög ålder. De nuvarande diagnosystemen (ICD-10, DSM-IV osv) tar inte tillräcklig hänsyn till dessa faktorer.

Det diagnostiska angreppssättet är i huvudsak likt det som används för andra åldersgrupper. Icke desto mindre finns det vissa skillnader. Äldre personer blir ofta oroade av obekanta diagnostiska undersökningar. De bör om möjligt få sin första undersökning i hemmet eller i någon annan välbekant miljö. Det är speciellt viktigt att få en oberoende anamnes. Invasiva eller ansträngande undersökningar bör bara utföras om resultaten kan tänkas påverka behandlingen eller uppfylla familjens behov av diagnostiska resultat.

Många psykiska sjukdomar vid hög ålder kan behandlas framgångsrik. Vissa sjukdomar (speciellt demenser) är kroniska och/eller fortskridande. Lämpliga åtgärder kan dock bidra till förbättrad livskvalitet.

Ett diagnostiskt ställningstagande bör betona patientens förmågor lika väl som brister, och beakta den betydelse patienten och familjen tillmäter sjukdomen. Både undersökning och behandling kan innebära gränsöverskridande mellan olika yrkesroller liksom samordning mellan servicefunktioner.

## ***Behandling***

Behandlingsmålen kan inbegripa återställande av hälsa – förbättring av livskvalitet, minimering av handikapp, bevarande av autonomi, och hänsyn till stödpersonernas behov är lika viktiga. Behandlingen måste vara anpassad till den individuella patientens behov och till tillgängliga resurser. Dess genomförande kräver oftast samarbete mellan de olika yrkesgrupper som är berörda liksom engagemang av informella vårdgivare. Tidig upptäckt och intervention kan förbättra prognosen, och utbildning krävs för att



motverka den terapeutiska pessimismen som kan finnas hos såväl de yrkesverksamma som hos patienten.

Behandlingen måste ta tillräcklig hänsyn till den individuella patientens önskemål; värdighet och självbestämmanderätt måste respekteras. Samtycke till behandling från patienter som inte längre är kapabla att fatta sådana beslut aktualiserar viktiga etiska och juridiska frågor.

Äldre med psykiska sjukdomar (speciellt depression) kan behöva längre tid för att svara på behandling än yngre. Funktionella psykiska sjukdomar vid hög ålder har hög återfallsfrekvens, något som kanske kan minskas genom noggrann uppföljning och fortsatt behandling.

Äldre patienter är särskilt sårbara för psykofarmakas biverkningar. Man måste också tänka på åldersrelaterade förändringar vid användning av läkemedel. Det är också vanligt med interaktioner mellan psykotropa läkemedel och äldre patienters (och deras) samtidigt förekommande sjukdomar. Dessa somatiska problem hos äldre med psykiska sjukdomar måste behandlas – och därmed underlätta behandlingen av den psykisk sjukdomen.

Aktiv forskning pågår om behandlingar för att förbättra den kognitiva funktionen hos personer med demens och/eller för att förändra sjukdomens förlopp. Vaskulär demens kan förebyggas eller få ett långsammare förlopp genom behandlingar som minskar risken för stroke.

Alla psykoterapeutiska metoder (till exempel stödjande, psykodynamisk och kognitiv/beteendemodifierande) kan användas på äldre. Modifieringar kan krävas för att ta hänsyn till eventuella sensoriska eller kognitiva brister.

Behandlingsåtgärder för att uppmuntra till självständighet är till exempel ADL-träning och förbättring av säkerheten i hemmet. Tillhandahållande av praktiskt stöd och information om till exempel sociala och juridiska rättigheter till patienter och deras stödpersoner är en viktig insats.

## *Sjukvårdens organisation*

De flesta äldre med psykiska hälsoproblem bör vårdas av sina familjer och/eller vänner med stöd från primärvårdsteamet, som också står för kontinuiteten i vården. Primärvårdsteamet (och andra vårdgivare) måste kunna remittera till äldrepsykiatrisk verksamhet när de behöver mer synpunkter och råd och/eller för direkt specialistvård.

Den multidisciplinära specialistfunktionen inom äldrepsykiatrin kan omfatta ett brett fält av yrkeskategorier som läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kurator, socialarbetare och sekreterare, som bör träffas regelbundet för att samordna och diskutera nyremitterade och aktuella fall. Teamet bör ha en identifierad ledare.

Den första bedömningen bör om möjligt ske i patientens hem, med medverkan av familjemedlemmar och primärvårdsteamet. Bedömningen bör resultera i en vårdplan och uppföljning med klara mål och definierade ansvarsområden för medlemmarna i det äldrepsykiatriska teamet och primärvårdsteamet (oftast med en enda utsedd ”nyckelperson”). Detta bör innebära erbjudande om stöd, information och råd till vårdgivare.

För att specialistfunktionen ska kunna arbeta effektivt, måste flera typer av resurser finnas tillgängliga. Exempel är akutavdelning, rehabilitering, dagvård, avlastningsplatser och en rad alternativa vård- och boendeformer för personer som inte längre kan bo i egen bostad. Det är viktigt med ömsesidigt tillgänglighet mellan äldrepsykiatrin och allmänmedicinen och (där sådan finns) geriatrisk medicin. En koppling till kommunal service är viktig (till exempel dagcentra och stödgrupper för vårdare samt för patienterna själva).

En allsidig äldrepsykiatrisk service bör vara patientcentrerad med tillräcklig samordning för att kunna garantera kontinuitet i vården. Denna service som bör vara integrerad i hälsovårds- och socialtjänstsystemen, är starkt beroende av adekvata samhällsliga, politiska, juridiska och ekonomiska ramar.

Kvalitetssäkring måste prioriteras inom alla delar av denna service. Det är särskilt viktigt för att garantera respekt för de som inte kan uttrycka sina behov och önskemål.

### *Utbildning*

Specialiten äldrepsykiatri behöver en förankring i allmänpsykiatri och i allmänmedicin samt utbildning i de speciella aspekterna av psykiatriska såväl som medicinska sjukdomstillstånd som de ter sig hos äldre. Äldrepsykiatri bör läras ut i de olika vårdmiljöer där den praktiseras. Utbildningsplaner för alla arbetare inom hälsovård och socialtjänst bör omfatta avsnitt om psykisk hälsovård för äldre. Denna utbildning bör erbjudas på såväl grundutbildningen som specialistutbildningen samt fortsatt under den yrkesmässiga verksamheten.

Undervisning och information om psykisk hälsovård för äldre bör erbjudas allmänheten och vårdare. Utvecklingen av lämplig undervisningsmateriel med kulturellt anpassat material bör inriktas mot alla slags yrkeskategorier och vårdgivare.

### *Forskning*

Forskningen inom äldrepsykiatri täcker ett brett område, som omfattar exempelvis molekylärbiologi, epidemiologi, neurokemi, psykofarmakologi, forskning om hälsovårdsadministrering (med utvärdering av innovativa kommunala projekt) och etik.

Forskning inom detta område ger en unik möjlighet till korsbefruktning mellan fackområden. Den är oundgänglig för specialitetens framåtskridande och kan ha positiva effekter utanför dess gränser. De som arbetar inom detta område behöver utbildning i forskningsmetoder samt tid och tillfälle att forska.

### *Slutsatser*

Det finns redan en stor mängd erfarenhet och expertkunnande som rör äldrepsykiatri. Vi får hoppas att de riktlinjer som erbjuds i detta dokument kommer att uppmuntra de yrkesverksamma och politiker att starta, bygga upp och förbättra tjänster, utbildning och forskning till nytta för världens snabbt åldrande befolkning och det

tillhörande ökande antalet personer med psykiska hälsoproblem. Det är viktigt att inse att psykiatrins resurser i vissa länder är mycket begränsade, särskilt räknat i antalet yrkesverksamma. I dessa länder kommer det att bli nödvändigt att ange rimliga prioriteringar avseende de äldres psykiska hälsoproblem. Vi föreslår följande prioritering:

1. Utbildning i äldrepsykiatri för personal inom primärvården.
2. Utbildning av alla yrkesverksamma inom psykisk hälsovård i de äldres speciella psykiska hälsoproblem.
3. Inrättande av multidisciplinära grupper som kan fungera som särskilda kompetenscentra.

Det vilar ett ansvar på de olika yrkesgrupper som är verksamma inom äldrepsykiatri att sätta press på sina regeringar att garantera att rimlig kvalitet och tillräckliga resurser avsätts för att mota det omedelbara behovet hos äldre med psykiska sjukdom och vars fysiska tillstånd och livsvillkor ofta kräver särskilt hänsynstagande.

Otvivelaktigt finns det många skäl att stödja utvecklingen av specialiteten äldrepsykiatri med egna utbildningsprogram, befodringsmöjligheter och tvärfackliga, stödjande nätverk.

# Appendix

## *Deltagarförteckning*

**Professor E.W. Busse**

International Association of Gerontology  
Duke University Medical Center  
Durham, NC, USA

**Ms I. Hoskins**

International Federation on Ageing  
Chambésy, Switzerland

**Professor E. Chiu**

Academic Unit for Psychiatry of Old Age  
Mont Park Hospital Campus  
Melbourne, Australia

**Rev. C.A. Hume**

World Federation of Occupational Therapists  
Edinburgh, Scotland

**Mrs A.-F. Dufey**

Clinique la Source  
Lausanne, Switzerland

**Professor C. Katona**

(Co-Rapporteur)  
Professor of Psychiatry of the Elderly  
Princess Alexandra Hospital  
Harlow, Essex, England

**Dr N. Graham**

(Co-Rapporteur)  
President-Elect  
Alzheimer's Disease International  
Department of Psychiatry  
Royal Free Hospital  
London, England

**Professor J.-M. Léger**

Head, SHU de Psychiatrie Adultes  
CHS Esquirol  
Limoges, France

**Professor H. Häfner**

(Chairperson)  
Zentralinstitut für seelische Gesundheit  
Mannheim, Germany

**Professor R. Levy**

President  
International Psychogeriatric Association  
Institute of Psychiatry  
London, England

**Dr N. Martin**

Secretary-General  
International Federation on Ageing  
Montreal, Québec, Canada

**Ms A. O'Loughlin**

International Federation of Social Workers  
Dublin, Ireland

**Professor J.Wertheimer**

President  
World Psychiatric Association  
Geriatric Psychiatry Section  
Service Universitaire de Psychogériatrie  
Prilly, Switzerland

**Dr J.M. Bertolote**

Mental Disorders Control  
Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

**Professor G. d'Ydewalle**

Secretary-General  
International Union of Psychological Science  
Department of Psychology  
University of Leuven  
Leuven, Belgium

**Dr V. Camus**

Service Universitaire de  
Psychogériatrie  
Prilly, Switzerland

**Secretariat**

Dr J.A. Costa e Silva  
Director  
Division of Mental Health and  
Prevention of Substance Abuse  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

**Dr P. Schwed**

Service Universitaire de  
Psychogériatrie  
Prilly, Switzerland

---

## II. ORGANISATION AV ÄLDREPSYKIATRISK VÅRD

### ETT KONSENSUSUTTALANDE

---

World Health Organization  
World Psychiatric Association  
Genève 1997

**NYCKELORD:** psykogeriatrik/äldre/vård/organisation av tjänster/  
psykisk hälsovård

Detta dokument är ett tekniskt konsensusuttalande om vårdorganisation inom äldrepsykiatri, som tagits fram gemensamt av Sektionen för geriatrisk psykiatri inom WPA och WHO, med medverkan av många berörda organisationer och med deltagande av experter från länder i flera WHO-regioner.

## *Organisation av äldrepsykiatrisk vård:*

### Ett konsensusuttalande

WHO och WPA har nyligen publicerat ett konsensus avseende äldrepsykiatrins avgränsning.<sup>1</sup> Detta uttalande definierar specialiteten äldrepsykiatri som en gren av psykiatrin som utgör en del av det multidisciplinära utbudet av psykisk hälsovård till äldre personer. För att förverkliga målet för äldrepsykiatrin behöver vi rekommendationer om hur vården inom denna ska organiseras.

Syftena med detta dokument är följande:

- Att främja debatt på lokal nivå om äldres och deras vårdgivare behov av psykisk hälsovård
- Att beskriva grundkomponenterna i vården av äldre med psykiska sjukdomar och samordningen av dem
- Att stimulera, stödja och överblicka utvecklingen av policy, program och service inom äldrepsykiatrin i enlighet med WHO:s strategi för primärhälsovård<sup>2</sup>
- Att uppmuntra till kontinuerlig utvärdering av alla policies, program och tjänster för äldre med psykiska sjukdomar

Detta dokument är avsett att användas av alla som är engagerade i utvecklingen och genomförandet av policies, program och tjänster för förbättring av äldres psykiska hälsa. Vi förväntar oss därför att dokumentet får en vid spridning.

<sup>1</sup>WHO, Psychiatry of the Elderly (Dok. WHO/MNH/MND/96.7). Genève, WHO, 1996.

<sup>2</sup>WHO, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, Genève, WHO, 1978



# 1. Allmänna principer

God hälsa och hög livskvalitet är grundläggande mänskliga rättigheter. Det gäller i lika hög grad för alla åldersgrupper och för personer med psykiska sjukdomar.

Alla människor har rätt till tillgång till ett utbud av tjänster som kan svara mot deras hälsobehov och samhällseliga behov. Dessa behov bör tillfredsställas på ett sätt som passar med den kulturella miljön och i enlighet med vetenskapligt kunnande och etiska krav.

Regeringar har ett ansvar för att förbättra och vidmakthållande äldres allmänna och psykiska hälsa samt att stödja deras familjer och vårdare genom att tillhandahålla hälsovård och sociala tjänster anpassade till det lokala samhällets specifika behov.

Äldre med psykiska hälsoproblem och deras familjer och vårdare har rätt att delta individuellt och kollektivt i planeringen och genomförandet av sin hälsovård.

Tjänster bör utformas för främjande av psykisk hälsa på ålderdomen samt för utredning, diagnostik och behandling av hela det spektrum av de psykiska sjukdomar och handikapp som äldre kan ställas inför.

Regeringar behöver uppmärksamma den viktiga roll enskilda organisationer spelar och samarbeta med dem.

En beredskap inför ökande medellivslängd och de därmed följande hälsoriskerna kräver avsevärd samhällsförnyelse på individ- och kollektivnivå, vilka måste grundas på en kunskapsbas som sammanställts ur bidrag från och i samarbete med medicinsk, psykologisk och biologisk vetenskap samt beteendevetenskaper och samhällsvetenskap.

I utvecklingsländer kan det vara svårt att tillhandahålla resurser

för tillgång till vård. Det upphäver dock inte målet att hjälpa de äldre genom att tillämpa de principer som angivits ovan och de specifika principer som följer.

## 2. Specifika principer

Vård med hög kvalitet för äldre med psykiska hälsoproblem bör vara:

<i>Allsidig</i>	<i>Comprehensive</i>
<i>Tillgänglig</i>	<i>Accessible</i>
<i>Lyhörd</i>	<i>Responsive</i>
<i>Individualiserad</i>	<i>Individualised</i>
<i>Tvärfacklig</i>	<i>Trans-disciplinary</i>
<i>Ansvarsfull</i>	<i>Accountable</i>
<i>Metodisk</i>	<i>Systematic</i>

En **allsidig** vård tar hänsyn till alla aspekter av patientens kroppslig, psykologiska och sociala behov och önskemål samt är patientcentrerad.

En **tillgänglig** vård är användarvänlig och lättillgänglig, så att geografiska, kulturella, ekonomiska, politiska och språkliga hinder för att erhålla vård minimeras.

En **lyhörd** vård är en som lyssnar på och förstår de problem som läggs fram, och agerar omgående och på lämpligt sätt.

En **individualiserad** vård fokuseras på varje person med ett psykiskt hälsoproblem i familjen. Vårdplaneringen måste skraddarsys för och accepteras av individen och familjen, och bör så långt möjligt sträva efter att behandla och stötta personen i vederbörandes hemmiljö.

Ett **tvärfackligt** angreppssätt överskrider traditionella yrkesgränser

för att optimera bidragen från personer med ett spektrum av personliga och yrkesmässiga förmågor. Ett sådant angreppssätt underlättar också samarbete med frivilligorganisationer och andra organ så att ett allsidigt utbud av samhällsorienterade tjänster kan erbjudas.

En **ansvarsfull** vård åtar sig ansvaret att säkra kvaliteten på den vård som ges och övervakar detta i samarbete med patienter och deras familjer. En sådan vård måste vara känslig för etiska och kulturella frågor.

En **metodisk** vård integrerar flexibelt alla tillgängliga tjänster så att kontinuitet i vården garanteras, och samordnar vårdgivare på alla nivåer, inbegripet lokala, regionala och nationella myndigheter och samhällsorganisationer.

### 3. Behov i vården

#### *Prevention*

Det finns åtskilliga specifika omständigheter inom äldrepsykiatri där förebyggande strategier kan utnyttjas. Vaskulär demens kan förhindras genom lämpliga åtgärder som minskar risken för cerebrovaskulära incidenter. Sådana är identifiering av högriskpersoner (screening för hypertoni och förmaksflimmer, tidig upptäckt och god kontroll av diabetes), acetylsalicylsyra i lågdos samt uppmuntran till ett sundare liv (kost, motion, rökfrihet). På liknande sätt kan depression förhindras genom underlättande av meningsfulla sociala kontakter och insikt om faktorer som ökar risken för individen (deprivation, sorg, social isolering, institutionalisering, fattigdom). Uppmuntrande till fortsatt social och intellektuell aktivitet i ålderdomen kan skydda mot såväl depression som demens. Igenkännande av risk för vårdares utbrändhet och erbjudande av adekvat stöd kan förhindra vårdkriser.

#### *Tidig upptäckt*

Tidig upptäckt av ålderdomens psykiska sjukdomar (som depression, demens, delirium, vanföreställningar, ångest, missbruk och

beroende av alkohol och droger) kan underlätta för den drabbade kommer under vård och effektiv behandling samt minska påfrestningen på såväl individ som vårdare. Abrupta förändring av beteende eller personlighet bör uppmärksamma det sjukvårdsteamet på möjligheten av en behandlingsbar psykisk sjukdom. Vårdare och familjen har bäst förutsättningar att upptäcka sådana förändringar. Screening (t ex MiniMental State Examination för demens, Geriatric Depression Scale för depression) kan också spela en roll men kräver utbildning i att känna igen rätt patienter och i användning av screeninginstrumentet. Allsidig medicinsk och social utredning (inkl diagnostik) I så stor utsträckning som möjligt bör den första bedömningen utföras i personens hemmiljö. All vårdpersonal bör utbildas i allsidig första bedömning och god dokumentation. Syftet med en sådan bedömning är att notera problem (inbegripet praktiska svårigheter), resurser och behov (ur individens och vårdnätverkets synvinkel), att ställa en arbetsdiagnos och att ta fram en första handlingsplan (som kan omfatta ytterligare undersökning eller remittering till specialist). Ett diagnosförslag är viktigt både för en rationell vårdplanering och för att informera patienter och vårdgivare om den aktuella situationen, behandlingsalternativ och prognos. Lämplig remittering (till specialist på socialtjänst, frivilligorganisationer osv) är en väsentlig del av såväl den första utredningen som av den följande behandlingen (se nedan).

## *Vård*

Vård är mer än behandling i medicinsk betydelse. En sammanhållen och allsidig vårdplan bör noggrant se över diagnoser och beakta individens fysiska, psykologiska, sociala, andliga och materiella behov liksom olika diagnoser. Behovet av vård nätverk och primär kommunens resurser måste beaktas. Framsteg måste följas upp och risken för återfall beaktas. Förebyggande behandling kan spela en viktig roll. Vårdens primära mål är att så långt möjligt bibehålla eller förbättra livskvaliteten för patienterna och deras vårdare under det att deras självbestämmanderätt respekteras. Vårdkvalitet omfattar också speciell omsorg om döende personer och deras anhöriga.

## *Fortsatt vård, stöd och tillsyn av individen och dennes vårdare.*

Patienter med svåra psykiska sjukdomar, särskilt de med demens, kan behöva omfattande stöd för att kunna klara egenvård och dagliga aktiviteter. I vissa fall kan ständigt tillsyn krävas. Informella vårdares förmåga att svara mot dessa krav och den därmed följande belastningen på vårdare måste övervakas noggrant och uppkomna problem måste tas itu med omgående. Praktisk och regelbunden hjälp i hushållet och med personlig hygien kan avsevärt förbättra livskvaliteten. Rådgivning och känslomässigt stöd till vårdare kan spela en avgörande roll. En förutseende planering är effektivare än krisåtgärder. Tilltagande fysiska problem kan kräva aktiv medicinsk behandling.

## *Information och rådgivning*

Patienter och vårdare behöver lättillgänglig, lättförståelig och riktig information om diagnoser, behandlingsalternativ och deras konsekvenser samt tillgängliga stödresurser. Utbildning av patienter och vårdare samt uppmuntran till diskussion är viktiga komponenter i vårdplaneringen, som kan medföra att föreskrifter följs bättre, speciellt vad gäller långtidsprofylax. Ett systematiskt flerfackligt synsätt vad avser journalföring och informationsdelning (med de begränsningar som ges av sekretesskrav) är synnerligen önskvärt.

## *Regelbunden avlastning*

Möjlighet till avlastning från vårdandet kan vara helt avgörande för att informella vårdgivare ska kunna fortsätta i sina vårdande roller. Sådan avlastning kan ha olika utformningar och bör vara så flexibla och lyhörda som möjligt inför individuella behov och omständigheter. Avlastning kan behövas vid olika tidpunkter på dagen eller natten, och kan erbjudas såväl i patientens hem som i lämpliga alternativa miljöer som dagcentra, dagsjukvård och alternativa boenden. Att använda den knappa tillgången på alternativt boende till avlastning snarare än enbart till kontinuerlig vård skulle kunna ge en avsevärd ökning av dess effektivitet.

## *Juridiska aspekter*

Patienternas lagliga rättigheter och andra personliga intressen måste skyddas. Vissa äldre med psykiska sjukdomar (speciellt de med demens) kanske är oförmögna att tillvarata sina intressen, sköta sina affärer eller samtycka till vad som föreslås för dem. Det är speciellt problematiskt för patienter som är ensamma och där det finns en konflikt mellan individens och familjens intressen. Särskilda patientföreträdare (som varken har en vårdande roll eller tillhandahåller tjänster för den aktuella patienten) kan vara betydelsefulla, liksom hänvisning till på förhand uppställda direktiv.

## *Vård i hemmet*

Även om vården så länge som möjligt bör tillhandahållas i patientens hem, måste man inse att vård i en alternativ boendemiljö kan vara det enda sättet att effektivt svara mot patientens behov eller undvika outhärdlig belastning på vårdare. Det kommer alltid att finnas ett behov av sådan vård, speciellt för personer som inte har några släktingar som är tillgängliga eller villiga att ställa upp som vårdare.

## *Andliga behov och rekreation*

Äldre med psykiska hälsoproblem behöver ge uttryck för och diskutera andliga behov och utöva sin religion. Meningsfull och lämplig rekreation kan avsevärt främja livskvaliteten. Lämpligt utbud och under stöd inom dessa områden bör övervägas både för aktiviteter i samhället och i hemmet.

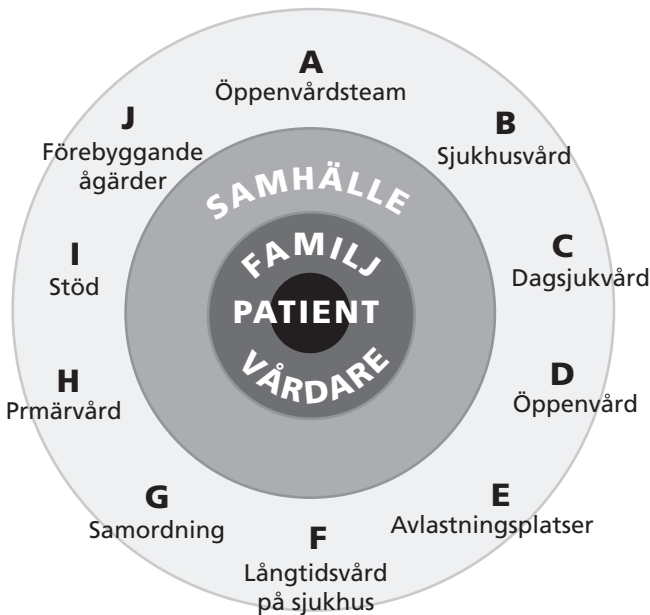
## **4. Beskrivning av olika vårdformer**

Vårdens olika komponenter sammanfattas i figur 1, som illustrerar uppfattningen att enskilda patienter, tillsammans med familj och vårdare, omges av olika vårdformer. Dessa flätas samman, överlappar och integreras för att ge ett enhetligt system för kontinuerlig vård och bästa möjliga livskvalitet. Strukturella hinder minimeras, som framgår av figurens streckade linjer, så att patienten smidigt kan föras från en vårdform till en annan allt efter omständigheternas krav.

I detta avsnitt beskrivs de vårdinsatser som svarar mot de vårdbehov som beskrivits i föregående avsnitt.

Ansvar för dessa vårdformer bör i idealfallet åvila specialiserade hälsovårdsteam med utbildad vårdpersonal som arbetar med äldrepsykiatri. När det föreligger en brist på utbildad personal kommer det att vara nödvändigt att använda anpassade lösningar för att kunna tillhandahålla de komponenter som krävs – samtidigt som man försöker att utveckla vårdalternativen fullt ut.

*Fig 1. Alternativa vårdformer.*



### *A. Psykogeriatriska öppenvårdsteam*

Ansvar för organiseringen av följande vårdkomponenter bör åvila "multidisciplinära specialistteam" som arbetar inom äldrepsykiatri. Teamet kan bestå av läkare, mentalsköterskor, psykologer, socialarbetare, arbetsterapeuter, sekreterare. Remittering

till teamet görs oftast från primärvården. En av huvuduppgifterna för teamet är specialistbedömning, undersökning och behandling av patienterna i deras hemmiljö. I situationer när sådana personal inte finns att tillgå, kan ansvaret tas av team från allmänpsykiatri eller geriatrisk medicin.

### ***B. Sjukhusvård***

Akutenheter skall tillhandahålla specialistbedömning och -behandling för hela skalan av psykiska sjukdomar. Det kan i vissa fall även omfatta rehabilitering före utskrivningen.

### ***C. Dagsjukvård***

Detta är en akutvård som erbjuds utredning och behandling för de äldre som kan vårdas i hemmet med stöd av det psykogeriatriska öppenvårdsteamet. Dagsjukvården kan inkludera läkare, sköterskor och arbetsterapeuter. Transportmedel kan behövas.

### ***D. Öppenvård***

Detta innebär undersökning, diagnostik och behandling av patienter som kan bo ute i samhället och ta sig till och från mottagningen. Öppenvården bör ligga i nära anslutning till sjukhusvård och dagsjukvård. Öppenvården kan innehålla flera specialenheter (t ex minnesklinik och kliniker för affektiva störningar) och mobila enheter.

### ***E. Avlastningsplatser på sjukhus***

Sängplatser på sjukhus kan användas för personer med kroniska och svåra psykiska sjukdomar och svåra åtföljande beteendestörningar för att ge deras vårdare en paus och därmed möjliggöra fortsatt vård i hemmet så länge som möjligt.

### ***F. Långtidsvård på sjukhus***

Sjukhusvård kan vara nödvändig för personer med kroniska och svåra psykiska sjukdomar och svåra medföljande beteendeproblem. Sådan vård bör ges i en så trygg och hemlik miljö som möjligt, och de anhöriga bör uppmuntras att medverka i vården.



## ***G. Samordning***

Tjänster för konsultationer och/eller samordning bör finnas mellan de tjänster service som avser äldre med psykiska sjukdomar och sådana som avser geriatrisk och allmänmedicinsk verksamhet, boendeformer och de sociala myndigheterna. Detta förhållande bör vara av ömsesidig natur.

## ***H. Primärvård***

Primärvårdsteamet har det initiala ansvaret för att upptäcka, bedöma och sköta de äldres hälsa. Beslutet att remittera till det psykiogeriatriska specialistteamet fattas ofta på primärvårdsnivå.

## ***I. Stöd från samhället och socialtjänsten***

Service (både formell och informell) som gör det möjligt för äldre att bo kvar i hemmet. Detta omfattar ett spektrum av aktiviteter (hemvård, dagvård, vård i gruppboende, avlastningsplatser, självhjälpsgrupper m m) som tillhandahålls av frivilliga krafter eller av det offentliga.

*Avlastningsvård.* Olika typer av korttidstjänster, begränsade i tid, i och utanför hemmet (alternativt boende, andra vårdare, dagprogram) som stöd åt vårdare.

*Alternativt boende.* För de patienter vars fysiska, psykologiska och/eller sociala behov inte längre gör det möjligt att bo hemma, bör olika typer av alternativt boende finnas. Det kan röra sig om allt ifrån serviceboende (ålderdomshem) med stöd och låg till måttlig grad av tillsyn, till enheter med fullständiga sjukvårdsmöjligheter. Dessa bör arrangeras så att bästa möjliga livskvalitet uppnås.

## ***J. Förebyggande åtgärder***

Det äldrepyskiatriska öppenvårdsteamet bör engagera sig i att förebygga återfall av sjukdom genom omsorgsfull uppföljning. De bör också identifiera riskfaktorer för äldres psykiska sjukdomar (till exempel hypertoni och alkohol- och drogmissbruk) och se till att de hanteras med lämpliga medicinska och sociala strategier. Inom varje vårdaspekt, måste de förebyggande åtgärderna samordnas med ansvariga inom offentlig och privat sjukvård. Detta kan inkludera

utbildning av vårdpersonal, familjemedlemmar och primärvårdens personal för att förbättra tidig upptäckt av psykiska hälsoproblem.

## 5. Slutsatser

Detta dokument är inte avsett att vara vare sig fullständigt heltäckande eller normgivande. Så har exempelvis inte några detaljerade beskrivningar av behandling och vård tagits med i detta konsensus. Behandling och vård utvecklas ständigt i ljuset av framsteg inom forskning, och tjänsteutbudet måste hela tiden utvärderas så att det håller jämna steg med denna ökade kunskap. Det kan också behövas nya strukturer som låter de nya behandlingarna användas med gott resultat.

*I detta dokument identifieras vårdbehoven hos äldre individer med psykiska sjukdomar och några av de sätt på vilket dessa behov fn tas om hand i olika delar i världen. Där så inte är fallet är vår uppfattning den att de som ansvarar för utvecklingen av hälsovårdens inriktning och genomförande tar till och handlar i enlighet med våra förslag.*

Lyhörda och engagerade åtgärder bör leda utvecklingen, som är anpassad till lokala förutsättningar, hos de vårdresurser som kan avsättas för dessa behov.

Sådana vårdinsatser bör integreras och samordnas till glädje för de äldre med psykiska hälsoproblem och deras vårdare, samt stödjas av tillräckliga resurser.

Uppnåendet av bästa möjliga livskvalité för de äldre med psykisk sjukdom och deras vårdare är ett allt överskuggande mål och den främsta ledstjärnan vid organisation av vården.

God service skall alltid bygga på god forskning, utvärdering och utbildning. Dessa frågor kommer att behandlas i kommande konsensusrapport som uteslutande kommer att ägna sig åt frågor rörande undervisning och utbildning inom den äldrepsykiatriska specialitén.

# Appendix

## *Deltagarförteckning:*

Alzheimer's Disease International  
**Dr Nori Graham, President**  
(Co-Rapporteur),  
London, England

International Psychogeriatric  
Association  
**Prof Raymond Levy,**  
President (Chair),  
London, England

Swiss Alzheimer Association  
**Mr Oskar Diener,**  
General Secretary,  
Yverdon-les-Bains, Switzerland

International Union Of  
Psychological Science  
**Prof Kurt Pawlik,**  
Past-President,  
Hamburg, Germany

International Council Of Nurses  
**Ms Anne Francoise Dufey,**  
Lausanne, Switzerland

International Federation of  
Social Workers  
**Ms Anne O'Loughlin,**  
President,  
Irish Association of Social Workers  
Dublin, Ireland

Lausanne University,  
Psychogeriatrics Service  
**Dr Vincent Camus,**  
Lausanne, Switzerland

**Dr Carlos de Mendonca Lima,**  
Lausanne, Switzerland

Medicus Mundi Internationalis  
**Dr Kojo Koranteng,**  
Basel, Switzerland

World Psychiatric Association  
**Prof Norman Sartorius,**  
President, Geneva,  
Switzerland

World Federation For Mental  
Health  
**Ms Beverly Benson Long,**  
President,  
Atlanta, Usa

**Dr John R.M. Copeland,**  
Liverpool, England

**Prof Jean Wertheimer,**  
Chairperson, Geriatric Psychiatry  
Section (GPS)  
Lausanne, Switzerland

**Prof Oluwafemi Agbayewa,**  
Member, GPS,  
Vancouver, Canada

WORLD HEALTH ORGANIZATION:  
**Dr José Manoel Bertolote,**  
Mental Disorders Control  
Division of Mental Health and  
Prevention of Substance Abuse,  
Geneva, Switzerland

**Dr Juliet Dube-Ndebele,**  
Consultant, Regional Office for  
Africa,  
Harare, Zimbabwe

**Dr Helmut Sell,**  
Regional Advisor, Health and  
Behaviour,  
Regional Office for South-East Asia,  
New Dehli, India

**Prof Edmond Chiu,**  
Member, GPS,  
Melbourne, Australia

**Prof Corlenius Katona**  
(Co-Rapporteur),  
Member, GPS,  
London, England

**Prof Jean-Marie Léger,**  
Member, GPS,  
Limoges, France

*Secretariat*  
**Mrs Suzanne Scheuner**  
**Mrs Tina Anderson**

---

# III. UTBILDNING I ÄLDREPSYKIATRI

## ETT KONSENSUSUTTALANDE.

---

World Health Organization  
World Psychiatric Association  
Genève 1998

**NYCKELORD:** psykiogeratrik/äldre/utbildning/hälsoutbildning/  
psykisk hälsovård

Detta dokument är ett konsensusuttalande som tagits fram gemensamt av sektionen för Geriatrisk Psykiatri inom WPA och WHO, med medverkan av många enskilda organisationer och med deltagande av experter från olika WHO-regioner. Det är avsett som en grundläggande vägledning för alla som är engagerad i utveckling och genomförande av utbildning inom psykisk hälsa, vård och främjande av psykiska hälsa hos äldre.

# 1. Inledning

Världshälsoorganisationen (WHO) och World Psychiatric Association (WPA) har nyligen publicerat två konsensusuttalanden om äldrepsykiatrins verksamhetsfält och hur äldrepsykiatrisk vård bör organiseras.

**I det första konsensusuttalandet** beskrevs specialiteten äldrepsykiatri, och flera rekommendationer gjordes avseende utbildning och undervisning (1).

- Specialiteten äldrepsykiatri kräver en grundval i allmän psykiatri och allmänmedicin samt utbildning i de särskilda aspekterna av de psykiatriska som somatiska tillstånd som förekommer hos äldre. Äldrepsykiatri bör läras ut i de olika sammanhang där den praktiseras.
- Utbildningsplaner för alla som arbetar inom hälsovård och socialtjänst bör även omfatta de äldres psykiska hälsovård. Denna utbildning bör erbjudas på såväl grundutbildnings- som doktornivå och även ingå i den yrkesmässiga vidareutbildningen.
- Undervisning och information om psykisk hälsovård för äldre bör erbjudas allmänheten och vårdpersonal. Utvecklingen av lämplig undervisningsprogram med kulturellt anpassat material bör inriktas mot alla yrkes- och vårdargrupper.

**I det andra konsensusdokumentet** beskrevs vårdorganisation inom äldrepsykiatri. Där betonades särskilt alla berördas behov av lämplig teoretisk och praktisk utbildning samt information (2).

Båda konsensusdokumenten beaktar uttalanden från FN och WHO som berör hälsa och tillgång till hälsovård (3–6).

**Detta tredje konsensus uttalande** analyserar utbildningsfrågor mer ingående. Dess mål är att

- främja utveckling och agerande i dessa frågor på alla nivåer

- (lokal, regional, nationell och internationell) för alla berörda
- främja förståelsen för dessa frågor och uppmuntra positiva attityder
  - beskriva utvecklingen av kärninnehållet hos utbildningsprogram
  - peka på de olika grupper som ska erbjudas utbildning
  - uppmuntra till utvärdering och kontinuerlig uppdatering av alla dessa utbildningsaktiviteter

## 2. Principer

Utbildningen inom detta område bör följa moderna principer för vuxenutbildning. Den bör

- uppvisa klara undervisningsmål som är inriktade på elevens behov
- se till att eleverna är aktivt engagerade i inläringen
- ta upp attityder och färdigheter lika väl som kunskaper
- vara anpassade till elevens miljö och kultur
- utvärderas systematiskt
- vara redo att ifrågasätta antaganden och medge olika uppfattningar när sådana finns
- respektera andan i relevanta rekommendationer från FN och WHO.

## 3. Behov

Man måste ta ställning till vilka som skall erbjudas utbildning, vad som ska läras ut och vilka undervisningsmetoder som ska användas.

### *Utbildning för vem:*

- yrkesverksamma inom hälsovård och socialtjänst – på grundutbildnings- och doktorandnivå samt under den fortsatta vidareutbildning
- chefer inom hälsovård och socialtjänst
- annan vårdpersonal som utgör majoriteten av vårdbemanningen, speciellt inom långvård och primärsjukvården
- vårdare, grannar och andra
- arbetare inom frivilligorganisationer

- personeriyrkensominteärspecifikt koppladettillhälso-ochsjukvård, men som i yrket kommer i kontakt med äldre med psykiska sjukdomar (till exempel advokater, poliser, journalister, präster, arkitekter och formgivare)
- offentliga opinionsbildare
- allmänheten

### *Vad ska läras ut?*

De som berörs av dessa frågor omfattar alltifrån yrkesverksamma (allmänläkare såväl som specialister) till lekmän. Det står därför klart att de olika gruppernas behov och nivå kommer att variera avsevärt. Icke desto mindre finns det en baskunskap som samtliga behöver. Följden blir en kärnkursplan som primärt utgår från den yrkesverksamma personalens behov. Attityder, kunskaper och färdigheter är i olika grad invävda i var och en av de följande punkterna:

- Individens åldrandeprocess
- Demografi, ekonomi och politik i ett åldrande samhället
- Epidemiologi, patologi, kliniskt bild, utredning, diagnostik, behandling och vård av äldres psykiska sjukdomar med betoning av de aspekter som skiljer sig från liknande tillstånd hos yngre
- Fysiska problem och funktionshinder som ofta uppträder vid hög ålder
- Den speciella betydelsen vid hög ålder av samspelet mellan psykiska, fysiska och sociala faktorer
- Prevention och främjande av hälsa, inbegripet rekreation och andliga frågor
- Etiska och juridiska frågor
- Planering, tillhandahållande och utvärdering av vårdtjänster i olika miljöer
- Vårdare: behov och stöd
- Frågor rörande livets slutskede
- Multidisciplinärt teamarbete
- Intervju- och kommunikationsfärdigheter
- Främjande av positiva attityder, insikt om skälen till negativa attityder och realistiskaförväntningar



## *Undervisningsmetoder*

Riktlinjer:

- Många som arbetar med äldre gör det under press och kan känna att de inte har tid att undervisa. Varje aktivitet i servicefunktion är ett fruktbart utbildningstillfälle, från att besöka gamla personer i deras hem till ett möte i en vårdplaneringsgrupp.
- Formell undervisning bör passa till olika inlärningssätt. Det bästa sättet att uppnå detta är att göra olika undervisningsformer tillgängliga för eleverna. Exempel är undervisning i stora och små grupper, handledning och seminarier.
- Vårdare och vårdkonsumenter kan ge viktiga bidrag till multidisciplinära grupper.
- Utbildning för multidisciplinära grupper kan underlätta teamarbetet och få bort missuppfattningar om andra yrken.
- Undervisning gynnas av koppling till forskning och uppmuntrar eleverna till kritiskt tänkande. Om det går, bör eleverna själva få delta i forskning.

Media (radio, TV, tidningar osv) – material från dokumentärer till dramer – är utmärkta att använda i undervisningen av patienter, vårdare, allmänheten och berörda yrkesgrupper. Sådan redan tillgänglig information och utbildningsmateriel som är kulturellt lämpliga bör användas och vidareutvecklas.

Informationsteknologin erbjuder nya metoder som distansundervisning, videokonferenser, Internet, CD ROM-program och datorstödd inläring. Dessa kan också vara användbara.

## *Utvärdering*

Utvärdering av undervisningen är alltid angeläget, och är beroende av att inlärningsmål ställts upp. Accepterade metoder för utvärdering måste användas. Denna utvärdering bör beakta:

- Hur nöjda eleverna är med lärare och kursinnehåll
- Mätbara förändringar i kunskap, färdigheter och attityder
- Förbättring av resultaten i vården av patienter.

## 4. Slutsatser

*Medvetenheten om betydelsen av äldre individers psykiska hälsa har avsevärt ökat i hela världen, speciellt i de länder där befolkningens åldrande går snabbast. I vissa länder har psykiatri för de äldre blivit en erkänd medicinsk specialitet.*

Vikten av effektiv utbildning för alla som är engagerade i vården av äldre med psykiska sjukdomar är nu vida erkänd. Medan en hel del redan har uppnåtts, inbegripet utveckling av utmärkta undervisningsresurser, kvarstår i många situationer ett akut behov av att utveckla och införa undervisningsprogram. Förbättrad tillgång till befintliga resurser bör underlättas genom internationellt utbyte och fortsatt forskning.

### *Referenser*

1. WHO. Psychiatry of the elderly: A consensus treatment. (Doc: WHO/MNH/MND/96.7). Geneva, WHO, 1996.
2. WHO. Organization of care in psychiatry of the elderly: A technical consensus statement (Doc: WHO/MNH/MND/97). Geneva, WHO, 1997.
3. UN. Human Rights: A compilation of international instruments. Volume I (second part). United Nations, New York and Geneva 1994:517-530.
4. WHO. The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century (Doc: WHO/HPR/HEP/4IHP/BR97.4). Geneva, WHO 1997.
5. WHO-UNICEF. Primary Health Care: Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978, WHO, Geneva, 1978.
6. WHO. Basalia declaration on ageing. World Health, 4:21, 1997.
7. Arie T. Teaching the Psychiatry of Old Age: A British Point of View. In: Wertheimer J, Baumann P, Gaillard M, Schwed P (Ed). Innovative Trends in Psychogeriatrics. (Interdisciplinary Topics in Gerontology Series No 26). Basel, Karger, 1989:33-39.

8. Marin RS et al. A curriculum for education in geriatric psychiatry. *Am J Psychiatry*, 1988, 145:836-843.

# Appendix

## *Deltagarlista*

Alzheimer's Disease International  
**Dr Nori Graham,**  
President (Co-Rapporteur),  
London, England

International Council Of Nurses  
**Ms Anne Francoise Dufey,**  
Lausanne, Switzerland

Canadian Academy Of Geriatric  
Psychiatry  
**Dr Ivan Silver,**  
Toronto, Canada

International Federation On  
Ageing  
**Dr Bjarne Hastrup,**  
Copenhagen, Denmark

World Psychiatric Association  
**Prof Jean Wertheimer, (Co-Chair),**  
Lausanne, Switzerland

**Prof Tom Arie (Co-Chair),**  
London, England

**Prof Edmond Chiu,**  
Melbourne, Australia

**Prof Cornelius Katona  
(Co-Rapporteur),**  
London, England

International Association Of  
Gerontology  
**Prof Gary R Andrews,**  
Flinders, Australia

International Federation Of  
Social Workers  
**Ms Anne O'Loughlin,**  
Dublin, Ireland

Medicus Mundi Internationalis  
**Dr Kojo Koranteng,**  
Basel, Switzerland

International Association Of  
Universities Of The Third Age  
**Mrs Christine Wong,**  
Paris, France

International Psychogeriatric  
Association  
**Dr Jean Philippe Bocksberger,**  
Geneva, Switzerland

World Federation For Medical  
Education  
**Prof Lars Gustafson,**  
Lund, Sweden

Lausanne University,  
Psychogeriatrics Service  
(Lausanne, Switzerland)  
**Dr Italo Simeone,**

**Dr Vincent Camus**

**Dr Carlos Augusto de Mendonca**  
Lima

*Secretariat*  
**Mrs Suzanne Scheuner**

**Mrs Tina Anderson**

---

# IV. MINSKNING AV STIGMATISERING OCH DISKRIMINERING AV ÄLDRE INDIVIDER MED PSYKISK SJUKDOM

## ETT KONSENSUSUTTALANDE

---

World Health Organization  
World Psychiatric Association  
Genève 2002

**NYCKELORD:** äldrepsykiatri/psykogeriatrik/äldre individer/  
stigmatisering/diskriminering/psykisk hälsa/psykisk hälsovård.

Detta dokument är ett konsensusuttalande som tagits fram gemensamt av Världpsykiatrförbundets (WPA) sektion för geriatrisk psykiatri och Världshälsoorganisationen (WHO) i samarbete med ett flertal oberoende intresseorganisationer och med deltagande av experter inom olika områden.

Det är avsett att vara ett redskap för att; 1) stimulera debatten på alla nivåer avseende stigmatisering av äldre individer med psykisk sjukdom; 2) beskriva egenskaper hos, orsaker till och konsekvenser av denna stigmatisering; 3) främja och utveckla attityder, program och åtgärder för att bekämpa denna stigmatisering.

# Motverka stigmatisering och diskriminering av äldre individer med psykisk sjukdom

## *Ett konsensusuttalande*

Världshälsoorganisationen (WHO) och Världspankykiatrförbundet (WPA) har utarbetat tre konsensusuttalanden avseende äldre psykiatri 1–3. Dessa beskriver

- Specialiteten äldre psykiatri (old age psychiatry)
- Organisationen av äldre psykiatrisk vård
- Utbildning i äldre psykiatri

Syftet med detta fjärde konsensusuttalande är att tillhandahålla ett praktiskt redskap i kampen mot stigmatisering av äldre individer med psykisk sjukdom. Dess syften är att:

- Stimulera debatt på alla nivåer avseende stigmatisering av äldre individer med psykisk sjukdom
- Beskriva egenskaper hos, orsaker till och konsekvenser av denna stigmatisering
- Främja och utveckla attityder, program och åtgärder för att motarbeta denna stigmatisering

Målgrupperna för detta dokument är regeringar och myndigheter, professionella verksamma, enskilda organisationer, media, familjer, drabbade individer, allmänheten – var och en som har möjlighet att bidra till att minska stigmata och diskriminering rörande äldre individer med psykisk sjukdom.

## 1. Definitioner

1.1 Stigma är resultat av en process genom vilken vissa individer och grupper orättmätigt belastas med skamkänslor, utstötning och diskriminerande handlingar.

1.2 Diskriminering betyder varje form av begränsning, utstötning

eller favorisering som upphäver eller äventyrar ett rättvist åtnjutande av rättigheter. Enskilda åtgärder som enbart syftar till att skydda rättigheter eller tillförsäkra personer med psykisk sjukdom vissa förmåner bör inte bedömas som diskriminerande. Diskriminering omfattar inte sådan begränsning, utstötning, favorisering, som är nödvändig för att skydda mänskliga rättigheter hos en individ med psykisk sjukdom, eller hos någon annan individ<sup>4</sup>.

1.3 Psykisk sjukdom avser de hälsoproblem som klassificeras i WHO ICD-10 klassifikationen i dess kapitel avseende ”Psykiska och beteendemässiga störningar”<sup>5</sup>.

1.4 Äldre definieras här som de individer som är 65 år eller däröver, i likhet med tidigare konsensusuttalanden. Det bör emellertid uppmärksammas att den ålder vid vilken en individ uppfattas som ”gamal” varierar mellan olika kulturer.

## 2. Allmänna principer

Alla individer med psykisk sjukdom (eller som behandlas som sådana) ska behandlas mänskligt och med respekt för den medfödda värdigheten hos varje mänsklig varelse<sup>4</sup>. Därav följer att stigmatisering av psykisk sjukdom (ibland benämnt psykiatrisk stigmatisering) måste motverkas varhelst dessa uppträder. Emellertid är stigmatisering ett vanligt mänskligt fenomen, den är genomträngande och raffinerad i sina effekter och den är svårt att motverka utan klara och medvetna strategier.

Hittills har tankar och aktioner avseende denna fråga fokuserat på stigmatisering av yngre vuxna individer med psykisk sjukdom 6–8. Syftet med detta dokument är att applicera begreppet på äldre individer. Eftersom stigmatisering av hög ålder, oberoende av den mot psykisk sjukdom, förekommer i många (ehuru inte alla) samhällen, finns det därför en dubbel risk för äldre individer med psykisk sjukdom att drabbas. Därför måste bägge fenomenen uppmärksammas i antistigmatiseringsstrategier för denna åldersgrupp.

- Denna stigmatisering är oacceptabel och var och en har rätt att skyddas mot den
- Att motarbeta stigmatisering och diskriminering är en skyldighet hos regeringar, enskilda organisationer, serviceverksamheter, patientorganisationer, enskilda familjer och allmänheten. För framgång krävs emellertid samarbete.
- Åtgärder mot stigmatisering och diskriminering av äldre individer med psykisk sjukdom:
  - bör prioriteras av alla för att åstadkomma ett tillstånd av fysiskt, psykologiskt och socialt välbefinnande, som det definieras i WHO:s konstitution 9
  - bör ingå som en del i åtgärder för en god psykisk hälsa i yrkesutbildning och allmän information, samt vara en huvudkomponent på alla nivåer av program för sjukvård och socialtjänst.

## 3. Orsaker till och konsekvenser av stigmatisering av äldre med psykisk sjukdom

### 3.1 Orsaker

Stigmata har både kognitiva och beteendemässiga komponenter, som måste tas om hand med åtgärder avsedda att motverka dem. De uppstår ur normala mänskliga kognitiva processer som utvärderar hot och risker, organiserar social kompetens och bestämmer självbild. Beträffande äldre med psykisk sjukdom resulterar detta i:

- **Okunnighet/missuppfattning** av fakta rörande ålderdomens natur samt psykiska sjukdomar och deras behandling;
- **Rädsla** för skador, smitta, det okända, vårdtyngd och det egna åldrandet;
- **Behovet av social konformitet och trygghet** och därav undertryckande av allt som är annorlunda;
- **Internalisering** av stigmatiserande föreställningar (självstigmatisering) hos de som själva är berörda (patienter, familjer, yrkesverksamma).



### **Stigmatisering av äldre individer med psykisk sjukdom förstärks av:**

- Kulturella faktorer som skillnader i uppfattningar rörande värdet av äldre individer i samhället, orsaker till psykisk sjukdom och hur dessa påverkar den sjukes familj;
- Social och ekonomisk instabilitet och kris: krig, migration, invandring av flyktingar etc. bidrar till stigmatisering av individer med psykisk sjukdom i alla åldrar;
- Den verkliga eller uppfattade avsaknaden av eller otillräckligheten hos förebyggande strategier och behandling av psykisk sjukdom;
- Bristen på informationssystem för utbildning av såväl yrkesverkssamma som lekmän;
- Könsdiskriminering som kan vara större i den äldre befolkningen där kvinnor utgör flertalet (d v s det föreligger en trippelrisk för äldre kvinnor med psykisk sjukdom, vad stigmatisering beträffar);
- Varje form av uppskattning av de individer som stigmatiserar: finansiellt, förnekande av problem, förhöjd social status, förhöjd självkänsla.

### **3.2 Konsekvenser**

Stigmatisering av äldre med psykisk sjukdom leder till utvecklingen av negativa attityder som:

- Fördomar: t ex den allmänt förekommande attityden att individer med psykisk sjukdom är farliga, svaga, oansvariga, besmittade etc.
- Ageism (Ålderism): allmänna fördomar om äldre individer inkluderande föreställningar om att de äldre är svaga, sjuka, säregna, oflexibla, ickeproduktiva etc.
- Felaktiga uppfattningar om individens ansvar för sin psykiska sjukdom och dess konsekvenser.
- Skapandet av missledande allmänna stereotyper rörande både äldre och mentalsjuka, ofta understödda och förstärkta av media.
- Skadliga självuppfattningar hos dem som är (eller som skulle kunna vara) stigmatiserade t ex skamkänslor, låg självkänsla, oivillighet att diskutera problem eller ta emot tjänster.
- Skapandet av olika tabun och brist på allmän diskussion av dessa.
- Negativa yrkesmässiga attityder mot äldre individer med psykisk sjukdom.

- Negativa attityder mot professionella och tjänster för vård av äldre individer med psykisk sjukdom.
- Alarmerande yrkesmässiga och allmänna föreställningar rörande vårdbehov, vårdtyngd och vårdkostnader.

Dessa negativa attityder leder i sin tur till diskriminering mot äldre individer med psykiska sjukdomar:

Mot:

- Individer,
- deras familjer,
- de som vårdar dem (familjer, professionella, organisationer, etc.).

I:

- hemmet,
- arbetsmiljön,
- samhället,
- sjukvård och socialtjänst (samhälle och institutioner),
- forskning,
- juridisk verksamhet,
- finansiella frågor,
- allmänna opinionen,
- media.

Avseende:

- lågkvalite behandling och vård (tillgång, anskaffande, resultat, återinsjuknande),
- marginalisering inom vårdsystemet,
- 'magasinerings' utanför sjukvårdssystemet,
- låg status bland yrkesverksamma och vårdgivare,
- svårigheter att rekrytera och behålla personal,
- otillräckliga resurser på nationell och lokal nivå,
- ojämlikhet avseende ersättning för behandling,
- negativa effekter på familjen (skuldkänslor, möjligheter att gifta sig, förlust av vänner),
- mobbning, misshandel, vanvård,
- onödig institutionalisering,

- undvikande: socialt avståndstagande och utstötning av den drabbade och bristande kunskap om dennes erfarenheter,
- låg livskvalitet,
- brist på forskning, en konsekvent brist på informationspolicy och informationsgenomförande,
- negativa ekonomiska effekter (individuellt och socialt),
- diskriminerande lagstiftning,
- arbetslöshet, i samhällen där äldre individer oftast kvarstår som arbetskraft,
- materiell och finansiell orättvisa (t ex tillgång till basala resurser, försäkringar, belåning),
- statsmakternas ointresse, och brist på lagstiftande skydd,
- förklenande språkliga uttryck.

Det finns viss viktig negativ växelverkan mellan stigmatiserande attityder mot psykisk sjukdom och mot hög ålder.

Några exempel:

- Ageism (ålderism) uppfattningen att äldre är mentalt rigida och obenäpna att ändra sig förstärker allmänna och yrkesmässiga föreställningar att psykisk sjukdom i denna åldersgrupp är obotliga.
- Den skadliga effekten av att en psykiatrisk sjukhistoria kan påverka tillgången till somatisk sjukvård i hög ålder.
- Den negativa effekten av psykisk sjukdom på yrkesmässiga och familjära attityder mot äldre individers autonomi och deras förmåga att fatta livsavgörande beslut.
- Tendensen att ignorera eller avfärda varje klagomål (beträffande t ex misshandel, vanvård) som framförs av äldre individer med psykisk sjukdom.
- Motviljan hos många yrkesverksamma och vårdgivare att engagera sig i äldre individer med långvariga psykiska problem.
- Det faktum att psykiatri och psykiatrisk vård ses som stigmatisering av den äldre befolkningen och följaktligen utnyttjas mindre av denna.
- Det faktum att diagnostiska kriterier ofta är uttryck för ageism.

## 4. Stigmatisering av särskilda psykiska sjukdomar i hög ålder

Detta avsnitt skildrar några av de sätt på vilka olika psykiska sjukdomar hos äldre stigmatiseras.

### 4.1 Depression

- Depression ses som en naturlig följd av åldrandet, sorger och somatisk sjukdom (av patienter, deras familjer och professionella) och blir därför inte diagnosticerad eller behandlad. Vissa symptom vid depression (tex apati, social isolering) riskerar särskilt att bli misstolkade på detta sätt.
- Vissa behandlingar (t ex ECT, läkemedel) som uppfattas som mer stigmatiserande än andra (t ex psykoterapi) erbjuds oftare till äldre patienter.
- Depressiva tankar (t ex skuld känsla, pessimism, hopplöshetskänsla) och beteenden (t ex självmordshandling) har en stigmatiserande effekt på den sjuke och dennes familj.
- Depression och ångest ses som uttryck för individuell svaghet av andra såväl som av patienterna själva.

### 4.2 Demens

- Demens ses ofta som en naturlig del av åldrandet och blir därför inte uppmärksammas eller adekvat behandlad.
- Emellertid är det fortfarande ett faktum att vissa symptom vid demens är kraftigt stigmatiserande (t ex beteendestörning, bristande personlig hygien, inkontinens) både i samhället och på vårdssituationer. I vissa kulturer betraktas dessa symptom som tecken på vanvård eller misslyckande från familjens sida, som blir vederbörligen klandrad.
- Allmänt (och i viss utsträckning yrkesmässigt) bruk av termen 'demens' är fortfarande stigmatiserande.
- Individens förlust av minne leder ofta till en förlust av dennes förlutna och uppfattas som en förändring av en person till ett objekt. Som en följd av detta kan viktiga kulturella och religiösa föreställningar och personliga preferenser lätt förbises och ignoreras.

- Äldre individer med demens uppfattas ofta som i avsaknad av livskvalitet eller förmåga till glädje.
- I såväl industriländer som utvecklingsländer kan en demensdiagnos komma att användas för att exkludera individer från vissa former av vård eller t ex återupplivningsåtgärder, sjukhusvård, sjukhemsvård. Emellertid, i vissa kulturer, har det faktum att demens har en organisk etiologi minskat stigmatiseringen d v s allmänhetens medvetenhet gör att den som drabbas inte betraktas som ”psykiskt sjuk”. Detta reflekterar tvetydigheten beträffande hur demens klassificeras med konsekvenser för serviceorganisation och finansiering.

#### **4.3 Delirium (akut konfusionstillstånd)**

- Hos äldre individer orsakas detta tillstånd vanligen av fysisk sjukdom eller intoxication av ordinerade mediciner. Den bristfälliga hanteringen av delirium hos inneliggande patienter är ett exempel på hur mentala sjukdomar som uppträder i en fysisk vårdssituation ofta är stigmatiserade vilket medför underdiagnostik, felaktig diagnostik och felaktig behandling. Den vanligaste missuppfattningen att delirium alltid är en dramatisk sjukdom medför att uppenbara sjukdomsepisoder hos äldre individer ofta missas.

#### **4.4 Psykos**

Den stigmatiserande effekten av psykoser har blivit väl beskriven hos yngre vuxna individer. Diagnosen schizofreni används mindre ofta inom äldrepsykiatrin men när så sker medför detta samma stigmatisering.

- Psykotiska äldre individer uppfattas som mindre farliga (och är därför mindre stigmatiserade) än yngre individer.
- Emellertid finns en fördom att äldre individer är annorlunda i någon utsträckning varför äldre psykotiska individer konsekvent får mindre uppmärksamhet, behandling, rehabilitering och engagemang från samhällets sida.

#### **4.5 Ångest**

- Det är en fördom att alla äldre individer är ängsliga vilket gör att ångestsjukdomar blir mindre ofta diagnostiserade och behandlade.

- Beträffande posttraumatiskt stresstillstånd, den sena konsekvensen av psykiskt trauma tidigare i livet, blir dessa mindre ofta diagnostiserade och är därmed ytterligare ett exempel på hur äldre individer missuppfattas som historielösa.

#### **4.6 Substans (alkohol och droger) missbruk**

- Detta är ofta underdiagnostiserat eftersom det antas vara ett problem bland yngre vuxna.
- Det finns omotiverat terapeutisk nihilism i den äldre åldersgruppen.
- Det är en omotiverad åldersgräns för terapeutiska insatser.

#### **4.7 Personlighetsavvikelser**

- Detta är ofta feldiagnostiserat beroende på ålderismantagandet att äldre individer är konstiga.
- Äldre individer med personlighetsstörningar exkluderas ofta från adekvat vård och behandling.

#### **4.8 Inlärningssvårigheter**

- Sjukvård och socialtjänst för denna patientgrupp är dåligt utrustad för att ta hand om äldre individer med inlärningssvårigheter.
- Äldre individer med personlighetsstörningar exkluderas ofta från, ändamålsenlig vård och behandling om de utvecklar psykisk sjukdom.

## **5. Åtgärder mot stigmatisering och diskriminering**

### **5.1 Ett strategiskt närmande**

Att påverka och förändra stigmatisering innebär huvudsakligen information och utbildning för att förändra uppfattningar och attityder, medan förändring av diskriminering har en primärt juridisk uppläggning. Huvudmålen för en strategi att förändra stigmatisering och diskriminering avseende psykisk sjukdom hos äldre är att:

- Garantera att ändamålsenliga hälso- och socialvårdssystem finns på plats och kan möta behoven hos äldre individer med psykisk

- sjukdom och deras vårdgivare;
- Placera psykisk hälsovård för äldre på den offentliga dagordningen – psykisk sjukdom är lika viktigt vid hög ålder som tidigare i livet (detta innebär en uppmuntran av positiva uppfattningar avseende åldrande);
  - Underlätta ökad förståelse och acceptans avseende äldre med psykisk sjukdom;
  - Skapa mer understödande miljöer för äldre individer med psykisk sjukdom;
  - Uppmuntra mer forskning avseende effektiva icke-stigmatiserande behandlings- och vårdformer för äldre med psykisk sjukdom.

Att åstadkomma dessa mål kommer att innebära:

- Analys av våra attityder och praxis;
- Ökad medvetenhet;
- Förstärkning av stöd;
- Sluta med att utestänga;
- Tillförsäkra ändamålsenlig behandling och vård;
- Trovärdigt stöd;
- Effektiv allmän och yrkesmässig utbildning;
- Rättvis fördelning av budgetar för hälsovård, välfärd och forskning;
- Effektiv planering avseende förutsedda förändringar av befolkningsutvecklingen.

Även om myndigheterna har det primära ansvaret för att minska såväl stigmatisering som diskriminering har även andra grupper och individer viktiga roller att spela. De plikter, ansvar och möjligheter som finns hos en rad grupperingar summeras nedan. Det är varken fulltständigt eller ömsesidigt uteslutande och huvudsakligen avsett som en checklista för möjligheter både för direkt handling och för lobbyverksamhet. Beträktat i sammanhanget av speciella lokala behov skulle det kunna erbjuda en bas för utveckling av lokala aktionsplaner. En sådan plan kommer att innebära samarbete mellan flera olika grupperingar ofta under ledning av självständiga intresseorganisationer och/eller professionella, och skall vara realistisk/uppnåbar, tidsbegränsad och möjlig att utvärdera.

Det är också användbart för den lokala handlingsplanen att presentera de rätta ”nyckelbudskapen”.

Dessa kan omfatta en eller alla följande:

- De flesta äldre individer är pigga och friska,
- Psykisk sjukdom hos äldre kan behandlas,
- Depression är en behandlingsbar sjukdom, inte ett svaghetstillstånd,
- Alla individer med demens kan få en hygglig livskvalitet,
- Om du är nedstämd och glömsk, konsultera din läkare,
- Stigmata är destruktiva och hämmande,
- Stigmatisering och diskriminering skadar – därför ska de bekämpas,
- Nästa gång kan det gälla dig eller de dina

## ***5.2 Roller, förpliktelser och möjligheter***

Policyskapare, inklusive regeringar/myndigheter (nationellt/lokalt)

- Hälsovård och socialtjänst för äldre individer skall planeras, finansieras och utrustas som en del av det allmänna hälso- och socialvårdssystemet och i enlighet med de riktlinjer som presenterats i tidigare konsensusuttalanden från WHO/WPA. Detta förutsätter:
  - adekvat utbildad och tillräckliga personalresurser,
  - en trygg arbetsmiljö,
  - trovärdiga informationssystem både för behovsmätning och för att tillförsäkra serviceresurser,
  - utveckling av särskilda tjänster för äldre individer med sekundära behov och
  - ekonomisk uppmuntran till primärsjukvårdens anställda att genomföra regelbundna undersökningar av äldre individer.
- Särskilda lagar och riktlinjer avseende stigmatisering/diskriminering måste utvecklas på alla myndighetsnivåer;
- Frågan om psykisk sjukdom hos äldre måste tas upp i de politiska partiprogrammen;
- Nödvändiga resurser måste tillskjutas för utvecklingen och genomförandet av informationskampanjer inom utbildning och media. Särskilt regeringen måste garantera att mentala sjukdo-



- mar hos äldre skall ingå i skolans utbildningsplan;
- Politiker bör se till att yrkesverksamma, familjevårdare och patienter har en ”röst” – och lyssna till denna;
  - Nationella och lokala rättssystem bör erbjuda uttryckligt effektivt och tillgängligt skydd mot stigmatisering och diskriminering;
  - Tjänster bör planeras för att tillförsäkra rättvis försörjning till äldre individer med psykisk sjukdom. Detta avser:
    - tillräckliga pensioner,
    - en tillräckligt omfattande åldersanpassade samhällsstöd och aktiviteter, och
    - åldersanpassade allmänna transportmedel.
  - Möjligheter för medicinsk och socialvetenskaplig forskning rörande mentala hälsofrågor måste uppmuntras för att öka förståelse och uppmuntra evidensbaserad praxis.

### *Intresseorganisationer (internationella/nationella/lokala) har en avgörande roll i att*

- Utveckla ändamålsenliga och relevanta riktlinjer för ett land eller en region;
- Öka medvetenheten (lobbyverksamhet);
- Leda samarbete med andra intressenter och samordna olika verksamheter;
- Tillförsäkra en ”röst” för äldre med psykisk sjukdom och deras vårdare;
- Utvälja och understödja effektiva talesmän;
- Utveckla och upprätthålla:
  - kampanjer (inkluderande massmediakampanjer),
  - telefonlinjer för rådfrågning,
  - hemsidor,
  - informationsbroschyrer,
  - utbildningslänkar till skolor och universitet;
- Upprätthålla nära kontakter med journalister;
- Information till media (media packs);
- Personliga kontakter;
- Seminarier för journalister och direktengagemang av journalister i intresseorganisationernas aktiviteter;

- Mediabevakning (rättelser av felaktiga och missledande medialt material);
- Formulera accepterande och förstående attityder genom eget yrkesarbetande och genom stödjande vårdpolicy.

### *Yrkesverksamma (inkluderande betald vårdpersonal) bör*

- Se till att deras eget arbete är fritt från stigmatisering och diskriminering;
- Samarbeta med regering/myndigheter, oberoende organisationer, patienter och deras vårdare för att planera och utveckla service och i denna undvika stigmatisering och diskriminering;
- Garantera att all utbildning och fortsatt yrkesmässig utveckling i sin läroplan innehåller:
  - ändamålsenligt material angående psykisk sjukdom i hög ålder,
  - utbildning avseende medvetenhet om stigmatisering och diskriminering
- Se till att all grundutbildning och vidareutbildning inom vården i sin läroplan innehåller:
  - ändamålsenligt material angående psykisk sjukdom i hög ålder,
  - utbildning avseende medvetenhet om stigmatisering och diskriminering
  - träning för att tillförsäkra att bedömningar och vårdplanering tar i beaktande aspekter avseende psykisk hälsa och åldrande, samt
  - kontinuerlig handledning (coaching).
- Se till att vederbörlig uppmärksamhet ägnas psykiska sjukdomar hos äldre i yrkesmässigt använda undersökningsformulär;
- Se till att yrkesorganisationer har riktlinjer för att identifiera och minska stigmata och diskriminering;
- Garantera att policyn på den lokala arbetsplatsen syftar till att identifiera och minska stigmatisering och diskriminering;
- Tillföra information och råd till enskilda patienters vårdare och familjer avseende:
  - sjukdomar,
  - behandlingar,
  - lokala kommunala och specialisttjänster, och

- arbetet i berörda intresseorganisationer.
- Hjälpa patienter, deras familjer och andra professionella vårdare att hantera stigmata och diskriminering som förekommer;
- Förse journalister med rätt information;
- Sprida god evidensbaserad praxis för att tillförsäkra tidigt igenkännande och effektiv behandling av psykisk sjukdom hos äldre;
- Tillförsäkra och understödja vårdgivarnas kompetens.

### *Vårdare och familjer kan vara effektiva genom*

- Samarbeta med (eller där detta är nödvändigt, genom att grunda) intresseorganisationer och stödgrupper;
- Lämna information beträffande frågor och erfarenheter till vårdgivare, intresseorganisationer och myndigheter;
- Vända sig till allmänheten rörande sina erfarenheter av psykisk sjukdom och vård och diskriminering;
- Öka kontakterna med lokala myndigheter;
- Delta i planering av service som undviker stigmatisering och diskriminering;
- Söka och använda service som motverkar stigmatisering och diskriminering;
- Agera som förespråkare (tex påkalla uppmärksamhet rörande problem, förändra system) där stigmatisering eller diskriminering förekommer;
- Utmana och rapportera varje yrkesmässig verksamhet som är stigmatiserande eller diskriminerande.

### *Äldre individer med psykisk sjukdom bör, när detta är möjligt, uppmuntras att*

- Dela sina erfarenheter rörande hög ålder, sjukdom och diskriminering med allmänheten;
- Delta i informations- och utbildningskampanjer;
- Samarbeta med (och där detta är nödvändigt bilda) föreningar och stödgrupper;
- Uttrycka sina behov till serviceansvariga, intresseorganisationer och myndigheter;
- Samarbeta i planering av service som undviker stigmatisering

och diskriminering;

- Utmana och rapportera varje yrkesmässig verksamhet som är stigmatiserande eller diskriminerande.

### *Allmänheten kan*

- Utöva konstruktiv inverkan på riktlinjer och beslutsfattare (t ex initiera regeringsdebatt, folkomröstning);
- Kräva adekvata serviceresurser för äldre individer med psykisk sjukdom inkluderande medborgerliga rättigheter.

### *Media skall*

- Försäkra sig om att policy har utarbetats för att undvika spridning av stigmatiserande och diskriminerande material;
- Vara medveten om sin potential att skapa och vidmakthålla myter om mentala sjukdomar hos äldre – samt vidta adekvata åtgärder för att undvika sådana myter;
- Vara medveten om sitt ansvar för att sprida sanningar om mentala sjukdomar hos äldre;
- Försäkra sig om att journalister är korrekt informerade om mentala sjukdomar hos äldre;
- Utnyttja alla möjligheter att rapportera
  - korrekt information/berättelse om mental sjukdom hos äldre i hög ålder
  - felaktiga behandlingar, misshandel och god vård,
  - negativa effekter, stigmatisering och diskriminering, och
  - positiva berättelser och god praxis;
- Framhålla behovet av service;
- Förse allmänheten med information om service, stödgrupper och intresseorganisationer.

### *Den allmänna sektorn skall*

- Försäkra sig om att icke-diskriminerande riktlinjer är för handen (tex sjukvårdsförsäkring, stöd till vårdare i arbete, riktlinjer angående obligatorisk pensionering);
- Understödja utbildnings och mediekampanjer;
- Säkerställa att arbetsgivare är medvetna om mentala hälsobehov hos sina anställda och de som vårdar äldre anhöriga;

- Tillförsäkra de anställda att dessa har tillgång till och möjligheter att betala för god vård för sig själva och sina anhöriga;
- Tillförsäkra äldre individer och personer med mental sjukdom en rättvis tillgång till de varor och tjänster som de behöver.

### *Skolor, universitet och yrkesutbildning (tex polis, brandmän) skall*

- Tillförsäkra en rad möjligheter för kontakt över åldersgränser (tex livslångt utbildningsprogram);
- Omfatta aspekter avseende psykisk hälsa och åldrande i sin läroplan.

## 6. Sammanfattning

Stigmatisering och diskriminering av äldre individer med psykisk sjukdom är utbredda företeelse och deras konsekvenser är genomgripande. Mer forskning är nödvändigt, både för att identifiera sådan stigmatisering och diskriminering, och för att definiera dess effekter. Lika viktigt är att forskning behövs för att identifiera de mest effektiva sätten att ingripa och åstadkomma bestående minskning av stigmatisering och diskriminering.

Under tiden försöker detta konsensusuttalande sammanfatta något av den tillgängliga informationen och komma med praktiska förslag till åtgärder. Utvecklingen av en effektiv anpassad sjukvård och social service för äldre individer med psykisk sjukdom borde vara den högst prioriterade strategin för att minska stigmatisering och diskriminering. Åtgärder mot stigmatisering och diskriminering måste utvecklas lokalt för att tillförsäkra en ökad specifik känslighet för områdets behov och kultur.

Lokala workshops för de många intressenterna på detta område kan, med utnyttjande av detta konsensusuttalande som startpunkt, vara en användbar väg för att utarbeta ändamålsenliga nationella och regionala handlingsplaner.

## **7. Referenser**

1. WHO/WPA. Psychiatry of the elderly: a consensus statement. WHO, Geneva, 1996. WHO/MNH/MND/96.7.
2. WHO/WPA. Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement. WHO, Geneva, 1997. WHO/MSA/MNH/MND/97.3.
3. WHO/WPA. Education in psychiatry of the elderly: a technical consensusstatement. WHO, Geneva, 1998. WHO/MNH/MND/98.4.
4. UN. Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. Adopted by the United Nations General Assembly resolution 46/119 of December 1991.
5. WHO. The ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. WHO, Geneva, 1992.
6. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 345–354.
7. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. In : Guimon J, Fischer W, Sartorius N (eds): *The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment*. Karger, Basel, 1999. Pp.: 96–104.
8. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002, 1, 16–19: and subsequent commentaries.
9. WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, pp 1–18. WHO, Geneva, 2001.

# Annex I

## *List Of Participants*

Alzheimer's Disease International  
**Dr Nori Graham (Chair),**  
London, United Kingdom

International Association of  
Gerontology  
**Dr John E. Gray,**  
Victoria, Canada

International Council of Nurses  
**Dr Mireille Kingma,**  
Genève, Switzerland

International Federation Social  
Workers  
**Ms Anne O'Loughlin,**  
Dublin, Ireland

International Psychogeriatric  
Association  
**Professor James Lindesay,**  
(Co-Rapporteur),  
Leicester, United Kingdom

International Union of  
Psychological Science  
**Mrs Marie-Christine Gély-Nargeot,**  
Montpellier, France

Service Universitaire de  
Psychogériatrie  
(WHO Collaborating Centre for  
Old Age Psychiatry)  
**Dr Carlos Augusto de  
Mendonça Lima,**  
Prilly, Switzerland

**Dr Michel Gaillard,**  
Prilly, Switzerland

**Dr Vincent Camus,**  
Lausanne, Switzerland

World Association of Psychiatric  
Rehabilitation  
**Professor Zebulon Taintor,**  
Orangeburg, USA

World Federation for Mental  
Health  
**Professor John R.M. Copeland,**  
Merseyside, United Kingdom

World Federation of Occupational  
Therapists  
**Mr Nicolas Kühne,**  
Lausanne, Switzerland

World Health Organization  
**Dr Benedetto Saraceno,**  
Geneva, Switzerland

**Dr José Manoel Bertolote,**  
Geneva, Switzerland

**Professor Lars Jacobsson,**  
Umeå, Sweden

World Psychiatric Association,  
Section of Old Age Psychiatry  
**Professor Cornelius Katona,**  
(Co-Rapporteur),  
London, United Kingdom

Section of Psychosocial  
Rehabilitation  
**Professor Johannes Wancata,**  
Vienna, Austria

### *Secretariat*

**Mrs Suzanne Scheuner**

