

Åldrande och utvecklingsstörning

Gnesta maj 2015
Monica Björkman

Alla vill bli gamla men ingen
vill vara det

(Cicero)

Unga gamla = 65-79 år

Gamla gamla = 80 år och däröver

Något om hur människokroppen åldras

- som helhet
- på cellnivå
- på organnivå

Något om psykologiska förändringar vid åldrandet

Något om sociala förändringar vid åldrandet

Och

hur det blir när den åldrande personen dessutom
är utvecklingsstörd

1.

När vanliga kroppsliga åldersförändringar
drabbar personen med utvecklingsstörning

- Klagovisan

Den utvecklingsstörde kan ha svårigheter att förmedla sjukdomsupplevelse, att beskriva eller berätta hur han känner sig

- Symtomen

kan vara otydliga till sent i
sjukdomsprocessen

- Blandningen

av sjukdomar och krämpor på grund av
åldern

Risken att den ena sjukdomen,
störningen, handikappet
leder till utvecklingen av en andra
sjukdom eller störning

- **Medicineringen**

ofta fel och för mycket, ökande
känslighet med åldern

- Risk

att omvärlden tolkar alltihop som tecken
på utvecklingsstörning

–

"dom är väl sådana"

Detta allt innebär

den utvecklingsstörde är beroende av sin
personal och att någon upptäcker
när något är på tok

Det behövs att någon

1. upptäcker att något är på tok och söker för det
2. följer med till vårdcentral e.d. och berättar
3. medverkar vid undersökning och provtagning
4. tar emot ordinationer och återbesökstid
5. reagerar om det ej blir bättre
6. reagerar om kontroller tappas bort, om biverkningar uppkommer, reagerar inför hot om evighetsmedicinering.

2.

Särskilda bekymmer som hänger samman med orsaken till
utvecklingsstörningen

Exempel:

särskilda sjukdomsrisker vid åldrande och Downs syndrom

Förväntad livslängd vid Downs syndrom:

- 1929 9 år
- 1947 12 – 15 år
- 1961 mer än 18 år
- 1995 mer än 55 år

Alltså ökade livslängden vid Downs syndrom med mer än 35 år mellan åren 1960 och 1995.

- Samma förändring i normalbefolkningen inom EU var under samma tidsperiod mellan 7 och 8 år

Särskilt aktuella bekymmer vid Downs syndrom

Syn och hörsel

Sköldkörteln

Övervikt

Demensutveckling

Skelettet

Sömnapné

mm

Stadier i utvecklingen av Alzheimers sjukdom hos normalbefolkning

Debut:	50 år och uppåt, oftast kring 75 års ålder.
Duration:	10 (5 - 20) år.
Stadium 1:	1 - 3 år störning inom när- och fjärrminnet språkstörning trötthet passivitet
Stadium 2:	2 - 4 år dysfasi agnosi, apraxi desorientering
Stadium 3:	svårare förvirring tonusökning epilepsi

Psykisk hälsa och stressfaktorer under livets lopp

- Psykiska sjukdomar som har samband med åldrandet
- Förlust av vänner eller familjemedlemmar
- Allvarliga sjukdomar eller fysiska sjukdomstillstånd
- Åldersrelaterade förändringar och tillbakagång
- Förlust av bostad eller stöd

De tre vanligaste dödsorsakerna:

- Hjärt- kärlsjukdom
- Sjukdom i andningsapparaten
- Tumörsjukdom

I normalbefolkningen kommer andningsapparaten sist av de tre

Synkontroll

- Man rekommenderar rutin-screening av synen från 45 års ålder och vart femte år därefter, helst av ögonläkare, för att upptäcka åldersrelaterade synskador. Dessutom rekommenderas en extra synkontroll för personer med Downs syndrom vid 30 års ålder.

Hörselkontroll

- Rutinmässig screening rekommenderas för upptäckt av åldersrelaterad hörselskada från 45 års ålder och därefter vart femte år. Om möjligt bör undersökningen utföras av en audiolog. För vuxna med Downs syndrom rekommenderas undersökning vart tredje år hela livet.

Tänderna
Också ett livstidsperspektiv

- Numera lever ju utvecklingsstörda mycket längre än förr och det innebär att problem med tänderna får en annan betydelse än förr.
- Både periodontit och caries är vanligare bland personer med utvecklingsstörning vilket beror på en rad faktorer: medfödda avvikelser, oförmåga att själv vårda sina tänder och beroendet av personal för fungerande tandvård.

Fetma

Ett exempel på nödvändigheten av ett livstids-perspektiv.

- Fetma uppkommer vid obalans mellan intag och förbrukning av energi.
- Den utvecklingsstörda personen kan ha för vana att äta för mycket av sociala skäl, man har alltid gett barnet extra mat och godis.
- Å andra sidan är många utvecklingsstörda föga aktiva, dels de som har motoriska svårigheter men också därför att de inte så lätt kommer med i t ex idrottsklubbar.

Detta innebär att de grundläggande orsakerna till fetma är desamma som för andra människor. Dessutom tillkommer i dessa fall personens funktionshinder och det sociala svaret på funktions-hindret.

Fysisk aktivitet och motion

- Det borde vara möjligt att säkra samma mängd av aktivitet som för normalbefolkningen också för de flesta människor som har funktionshinder.
- Några aktiva eller passiva motoriska övningar bör ges dagligen till personer med begränsad motorik på grund av fysisk funktionsstörning.
- Det behövs särskild verksamhet för personer som inte kan få tillgång till verksamheter som är öppna för allmänheten.

Kronisk förstoppning

- Förstoppning har tydligt samband med orörlighet, viss medicinering, matvägran och grav utvecklingsstörning.
- Det kan inträffa dödsfall på grund av förstoppning när man inte har upptäckt eller förstått symtomen.

Medicinering

- 20 – 50 % står på psykofarmaka.
- Kontroversiellt att ge antipsykotika mot beteendestörning.
- Försiktig utsättning ofta framgångsrik, ibland till skada för personen.
- Antidepressiva kanske underförskrivna, ibland goda resultat redan med låga doser, ibland syns ingen nytta alls.
- ACE-hämmare (bromsmedicin vid Alzheimers demens) har prövats vid demens vid Downs syndrom, vissa tecken på nytta.

Hälsokontroll

- Organisera regelbundna heltäckande fysiska bedömningar och kontroller hos distriktsläkare eller motsvarande.
- Inte sällan upptäcks annars krämpor och sjukdomar efter onödig fördröjning och det blir fråga om onödigt lidande.

Hur hälsa och sjukdom drabbar och yttrar sig hos personer med utvecklingsstörning

beror på

- orsaken till utvecklingsstörningen,
- eventuellt flerfunktionshinder
- hur deras liv har varit

men allra mest

- hur gamla de blir.