

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no



Oslo, 30. september 2013
Vår ref: 1137-TLH/ste

Høringsuttalelse til «Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre – tjenester som møter dagens og morgendagens behov»

Det vises til høringsnotat og høringsbrev mottatt 10.07.2013.

Helsedirektoratet ber om tilbakemelding på:

- Veilederen generelt
- Polikliniske og ambulante alderspsykiatriske tjenester (anbefaling 3)
- Kompetanse om eldre med annen kulturell, religiøs og språklig bakgrunn (anbefaling 6)
- Beskrivelse av sykehjemmene (anbefaling 35)
- Arbeidsfordeling mellom DPS og alderspsykiatrisk avdeling (anbefaling 26-32)

Overordnet mener vi veilederen vil være et godt og nødvendig bidrag til å styrke forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Samtidig kan veilederen gjøres betraktelig bedre ved å

- I større grad å adressere seg til den eldre populasjonen som helhet.
- Synliggjøre et større sykdomspanorama.
- Utdype kommuneperspektivet, både med hensyn til å nyansere forebygging, utvide spekteret av relevante problemstillinger og diagnoser samt utdype kompetansebehov i kommunene.
- Være mer konkret om hvordan en kan øke kompetansen om eldre med annen kulturell, religiøs og språklig bakgrunn.
- Styrke og synliggjøre alderspsykiatriske poliklinikkens rolle.

Vår begrunnelse:

Generelt om veilederen

Veilederen er et formålstjenlig og nødvendig tiltak for å fremme et godt tjenestetilbud for eldre med psykiske plager og lidelser. Veilederen gir en god og tydelig beskrivelse av dagens tilbud til syke eldre. Den aktuelle pasientgruppen er både økende i antall og i kompleksitet i tilstand. Eldre pasienter med psykiske lidelser, har som veilederen poengterer vært alt for lite prioritert hva gjelder kompetanse og kompetanseheving på alle nivåer i helsetjenesten. Det er et klart behov for økt kompetanse i behandling og utredning av eldre.

Veilederen oppleves imidlertid ikke å adressere den eldre populasjonen som helhet. Eldre er gjennomgående presentert som mer syke, med mange funksjonsnedsettelse og hjelpetrengende. **Ressursene** eldre kan ha for samfunnet, for lokalsamfunnet, for eldresenteret, slekta/familien/pårørende blir ikke fremhevet. Det er viktig også å trekke inn at den nye eldre generasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner, selv om det selvfølgelig er riktig at den sterke veksten i tallet på eldre gir dagens kommunale omsorgstjeneste flere og mer krevende oppgaver (jfr. eksempelvis Meld. St. 29 s.11) Nyere forskning deler eldre inn i flere kategorier Unge eldre/Eldre/ Eldste eldre. Dette kan kanskje også gjøres i denne veilederen for å nyansere både behov og epidemiologi. Kanskje bør *'best mulig livskvalitet og trivsel'* også inkluderes i formålspunktene i veilederen? Hva trenger eldre for å oppleve trivsel og livskvalitet til tross for ulike plager og funksjonsnedsettelse som kommer med økende alder? I overenstemmelse med dette kan anbefaling 8 snus til: *«Det bør etableres tiltak som legger til rette for økt opplevelse av tilhørighet og fellesskap, kompetanse og mestring, valgfrihet og selv-/medbestemmelse for eldre»*

Anbefalinger om dagaktivitetstilbud bør ikke begrenses til demens, men også inkludere mennesker med alvorlige funksjonsnedsettelse relatert til eksempelvis hørsel, syn og mobilitet. Disse vil ikke ha behov for det samme tilbudet som mennesker med en demenslidelse. Et dagaktivitetstilbud også til disse er viktig fordi det kan forebygge ensomhet og depresjon.

Anbefalingene om kompetanse bør også inkludere kunnskap om alderisme (forutinntatte ideer om eldre). Også kunnskap om hvordan alderisme kan være en hindring for å avdekke psykiske lidelser i den eldre populasjonen og holdningsskapende arbeid i forhold til dette.

Veilederen beskriver tydelig forekomsten av demens og depresjon hos eldre. Vi oppfatter samtidig avsnittet 2.6 **«Sykdomspanorama hos eldre»** som mangelfullt. Vi savner søvn og angstlidelser. Videre bør ekstrem selvneglisjering og vold mot eldre nevnes. Andre lidelser og tilstander som bør falle inn under denne seksjonen enten som primærlidelse eller som differensialdiagnostisk sentrale fenomen er, traumer, smertetilstander (da psykiske lidelser ofte uttrykkes somatisk), OCD/Tvangslidelse og sorg. Det er vesentlig at en ikke diagnostiserer normalreaksjoner på tap som depresjon, men samtidig er opptatt av

sårbarheten i slike situasjoner. Sammenhengen mellom en del lidelser som kan være, og ofte er, forløpere til rusmisbruk/avhengighet er også for lite tydeliggjort. De medikamentene som er mest bekymringsfulle mht. eldre menneskers misbruk skrives oftest ut på indikasjon. Ved å avdekke søvnevansker/angst/uro/smertetilstander og behandle disse tilstandene med psykologisk behandling vil en kunne forebygge forskrivning og økt behov for psykofarmaka tidlig. Det samme vil gjelde alkoholbruk som mestringsstrategi for de samme lidelsene (ta seg et glass vin for å få sove osv.) Det savnes kompetanse om interaksjonseffekten mellom rus og legemiddelavhengighet hos eldre. Det er også verdt å merke seg at late-onset og very late-onset schizofreni er en del av sykdomspanoramaet. Utvidelsen av sykdomspanorama hos eldre er spesielt viktig i et kommuneperspektiv. Denne mangelen i veilederen bidrar til at et tydelig kommuneperspektiv savnes.

Begrepet **forebygging** oppleves å være uklart definert i veilederen. En kan forbygge på flere nivå (universell – selektiv – indikativ). Anbefalinger mht. forebygging i kommunen bør inkludere en bredere tilnærming enn depresjon/demens som beskrives i pkt. 14. s 6 (som f. eks. angst og søvnproblematikk). Anbefalinger bør også si noe om behovet for økt kompetanse om og tilbud om informasjon til kommunens beboere (eks. Søvnskole; KID kurs; Angstmestringskurs osv.) Det bør tydeliggjøres hvilken kompetanse kommunen bør ha for å følge opp mennesker med lette og moderate psykiske lidelser. Det anbefales samtalerterapi for bl.a. angst og depresjon. Har kommunen et apparat som kan gi dette på en forsvarlig måte? Det bør anbefales tett samarbeid på tvers av kommunale sektorer (Helse/Bolig/Kultur osv.) samt mellom frivillige organisasjoner og kommunale sektorer for å utforme gode tilbud til den friske delen av befolkningen (dvs. forebygge utvikling av sykdom). Anbefaling 11 om forebygging i kommunen og etablering av tverrfaglig sammensatte personellgrupper for å løse fremtidens behov for helsearbeid, rehabilitering og omsorg i kommunen syns vi er svært god. Spesielt god hvis det forankres og styres fra den kommunale ledelsen. Da vil det bidra til kvalitets – og kompetanseutvikling.

Vi savner også betraktninger rundt bruk og introduksjon av **velferdsteknologi**. For eksempel viktigheten av psykologfaglig kompetanse ved introduksjon og bruk av velferdsteknologi.

Det er også verdt å nevne at samhandling mellom 2. /3. linje og kommune ofte skjer gjennom den kommunale forvaltningen. Kunnskap også om psykiske lidelser i denne delen av det kommunale hjelpeapparatet vil styrke kommunens evne til å kunne gjøre gode vurderinger for videre oppfølging av mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser som skal tilbake til det kommunale tjenesteapparatet.

Mye av veilederen synliggjør og beskriver dagens situasjon på en god måte. Dette er bra. **Tittelen** bør også gjenspeile at veilederen sier noe om dette.

Polikliniske og ambulante alderspsykiatriske tjenester (anbefaling3)

Planer om i størst mulig grad å tilstrebe ambulant, lokal og hjemmebasert behandling vurderes som hensiktsmessige. Eldre mennesker er erfaringsmessig ekstra sårbare for miljømessige endringer, og innleggelse i sentralsykehus, ofte i lang avstand fra kjente miljøer, pårørende og partner, barn m. m, bør ikke være førstevalg uten at «annet» er prøvd. Ambulante tjenester og utredning/behandling i hjemmet eller så nært hjemmet som mulig bør derfor være et nærliggende mål. Men målet og fordelingen vanskeliggjøres så lenge primærhelsetjenesten ikke er bygd opp i tilstrekkelig grad for å ivareta og samarbeide rundt oppgaver som strengt tatt ikke trenger ligge inn under spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at en får flere i første linje med kompetanse på psykisk helse i denne gruppen. Dette er også viktig for bedre å kunne utnytte de ressurser som finnes i systemet allerede, samt bidra til gode individuelle behandlingsplaner.

Kompetanse om eldre med annen kulturell, religiøs og språklig bakgrunn bør økes (anbefaling 6)

Vi finner i særdeleshet å kunne støtte dette både fordi den aktuelle (pasient)gruppen er økende i antall og i kompleksitet (i tilstand), og også fordi vi får innspill om utfordringer hva angår diagnostisering og behandling av noen pasientgrupper med flerkulturell bakgrunn.

I tillegg til utfordringer med diagnostisering og behandling, reises det spørsmål ved om noen grupper med annen kulturell bakgrunn ikke i like stor grad tar kontakt med behandlingsapparatet. En må være oppmerksom på stigma knyttet til psykisk helse og hvordan sykdom og plager forstås.

Det tas til orde for at det bør samles gode utredningsverktøy samt kunnskap om hvordan psykiske lidelser kan fanges opp i denne delen av befolkningen, og hva som videre er gode behandlingsstrategier for eksempelvis pasienter med demensutvikling eller psykose som ikke snakker så godt norsk.

Regelmessige videreopplærings kurs i regi av ulike kompetansesentra ved 1- og 2- linje som retter seg spesifikt mot diagnostikk og behandling av flerkulturelle pasienter, trekkes også frem som mulig tiltak.

Erfaringer fra prosjekter med eldre innvandrere både ved NOVA og NAKMI understreker betydningen av nedbygging av barrierer gjennom informasjon, lett tilgjengelige og tilrettelagt tiltak overfor eldre innvandrere. Det blir viktig å ivareta et familieperspektiv og ha et nært samarbeid med pårørende i dette arbeidet. Det blir særlig tydelig ved demens, men også ved depresjon, angst og bekymringer hos eldre innvandrere.

Beskrivelse av sykehjemmene (anbefaling 35 – Alderspsykiatriske avdelinger bør også tilby undervisning og veiledning til ansatte i sykehjem og fastleger)

Kommunale sykehjem bør være rustet med egnede fasiliteter og kompetanse til å behandle og gi omsorg til personer med kjent demenslidelse som i varierende grad fluktuerer med symptomer som uro, angst mm. Denne gruppen pasienter blir med jevne mellomrom innlagt i sykehusavdelinger, noe som ikke anses heldig, gitt at det ofte er miljøterapeutiske tiltak i sykehjemmet som skal til, evt. med tillegg av medikamentelle behandlinger som kunne vært gjort i samråd med ambulant spesialisthelsetjeneste.

Arbeidsfordeling mellom DPS og alderspsykiatrisk avdeling (anbefaling 26-32)

Norsk Psykologforening vil understreke viktigheten av alderspsykiatriske poliklinikkens rolle. Vi er enige i at DPS skal gi et likeverdig tilbud til voksne også over 65 år. Samtidig er alderspsykiatriske poliklinikker viktige. Mange psykologer har erfaring for at pasienter er bedre tjent med et tilbud på poliklinikken enn på DPS. Dette fordi en del eldre er avhengige av bedre tid og ikke minst for å få til et sammenhengende tjenestetilbud mellom alderspsykiatrisk avdeling, alderspsykiatrisk poliklinikk og det kommunale tjenestetilbudet. Alderspsykiatriske poliklinikkens kompetanse er også viktig for å kunne gjøre gode differensialdiagnostiske vurderinger av eldre med mildere lidelser. Dette for tidlig å kunne iverksette adekvat behandling. Eksempelvis er det viktig å skille depresjon og begynnende demens. Vi mener dette burde komme bedre frem i anbefalingene 26-32.

Med vennlig hilsen

Norsk Psykologforening



Tor Levin Hofgaard
President