
Alderspsykiatri – et eksempel til etterfølgelse

REDAKSJONELT

WENCHE FROGN SELLÆG

Wenche Frogn Sellæg (f. 1937) var helse- og sosialminister i 1989 – 90, er spesialist i geriatri og sitter i utbyggingsstyret for RiT 2000.

Medisinsk avdeling

Namdalen sykehus

7800 Namsos

Alderspsykiatri er av mange blitt oppfattet som synonymt med langtidsomsorg for eldre psykiatriske pasienter. At psykiatrisk sykdom debutterer i høy alder blir ofte oversett og derfor underbehandlet (1, 2). Det hevdes at kunnskapsnivået om diagnostikk og behandling av psykiatriske lidelser hos gamle generelt er lavt på alle nivåer i helsetjenesten (3). Dette er noe av bakgrunnen for at det i løpet av 1990-årene ble opprettet to nasjonale utviklingsprogrammer om henholdsvis alderspsykiatri og aldersdemens. Begge bidro til økt oppmerksomhet om fagfeltet. Men nasjonale programmer er av liten verdi med mindre de som utøver helsetjenester tar fatt i utfordringene.

I dette nummer av Tidsskriftet beskrives en modell for organisering av det alderspsykiatriske tilbudet som kan tjene som eksempel til etterfølgelse for andre fylker i landet (4). Det står på solid faglig grunnvoll og er bygd opp med klare helsepolitiske mål. I et vellykket samarbeid mellom stat, fylke og sentralsykehus har alderspsykiatrien i Telemark gjennomgått en omfattende omstilling for å møte behovet til den stadig voksende eldre del av befolkningen.

I en tidligere artikkel i Tidsskriftet om organisering av alderspsykiatriske tjenester gjengis resultatene av en spørreundersøkelse gjennomført ved de 20 alderspsykiatriske enhetene som var i virksomhet i 1995. Samtlige 17 av dem som besvarte spørreskjemaet mente at en ideell alderspsykiatrisk enhet burde organiseres som eget avdelingsoverlegeavsnitt med en differensiert sengeenhet tilpasset demente med vanskelig atferd, utredningspasienter med uklare tilstander og eldre med funksjonelle psykiatriske lidelser (5). Dette er også modellen som ble valgt i Telemark. Bare 11 av de 17 mente en poliklinikk burde være en del av avdelingens virksomhet, og mindre enn halvparten ønsket et eget uteteam. Men både den faglige og helsepolitiske utvikling

siden 1995 har vist at det nettopp var de polikliniske tilbud og den utadrettede virksomhet som skulle bli etterspurt. Dette ikke minst fordi kommunene stadig blir pålagt større ansvar også innen det alderspsykiatriske fagfelt. Nye medikamenter til behandling av depresjon og demens stiller skjerpede krav til den diagnostiske utredning på begge nivåer. Fylkene definerer seg ut av ansvaret for langtidsomsorg. Målsettingen innen voksenpsykiatrien er ifølge St.prp. 63 (1997 – 98) om opptrappingsplan for psykisk helse (6) at antallet plasser i psykiatriske sykehjem skal reduseres fra 2 300 i 1996 til 1 400 i 2006. De gamle psykiatriske pasientene må gis et tilbud i de kommunale sykehjem.

En slik omstilling er knapt mulig uten at det samtidig skjer en kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helsetjenesten. Å en måte å oppnå dette på er nettopp gjennom opprettelse av alderspsykiatriske poliklinikker som prioriterer veiledning og undervisning vedrørende psykiatriske pasienter i de kommunale sykehjem og til hjemmeboende som har ytelser fra den hjemmebaserte omsorg. Her har Gaustad sykehus gått foran med sin mobile polikliniske service, støttet av Utviklingsprogrammet for alderspsykiatri. I Telemark har man tydeligvis adaptert prosjektet. Gjennom utadrettet virksomhet på sykehjem og i hjemmebesøk, gjennom veiledning og undervisning til kommunen og ved hyppig telefonkontakt har den alderspsykiatriske poliklinikken styrket sin kunnskap om fylkets 18 kommuner og vært med på å bygge bro mellom nivåene i helsetjenesten for alderspsykiatriske pasienter. Det neste skritt kan være å ta i bruk telemedisin. Poliklinikken har også påtatt seg funksjonen som hukommelsespoliklinikk, en funksjon som ble utviklet ved Ullevål sykehus med støtte fra Aldersdemensprogrammet (7). Det er ikke nødvendig å stikke ut en egen kurs der andre har lagt spor man trygt kan følge.

Den funksjonelle oppbyggingen av den alderspsykiatriske enheten ved Telemark sentralsjukehus er interessant fordi den, som kanskje den eneste i landet, har valgt å legge både de differensierte sengeavsnitt, poliklinikkene og den utadrettede virksomhet inn i et totalkonsept – et helhetlig alderspsykiatrisk avdelingsoverlegeavsnitt med fylkesdekkende ansvar. Brukerundersøkelsen som er omtalt gir samtidig svar på hvor satsingen bør styrkes i tiden fremover: tilbud til aldersdemente med en atferd de skjermede enheter ved sykehjemmene ikke mestrer, mer veiledning og ambulante tjenester. Et forhold er lite omtalt i denne modellen fra Telemark. Det er samarbeidet med spesialister i geriatri. Det fremgår av artikkelen at mange av de innlagte pasientene har omfattende somatisk sykdom. Arbeidet i utredningsposten beskrives som en tverrfaglig somatisk og psykiatrisk utredning. Sykehuset har tilgang til geriatriisk ekspertise uten at det er nevnt hvor ofte den blir brukt.

Det er mange likhetspunkter mellom alderspsykiatri og geriatri – både i den tverrfaglige tilnærming til pasienten og i organisering av tjenestetilbudet. Men først og fremst er de geriatrike pasientene med sine multiproblemer et felles anliggende. Komorbiditet ved depresjon er vel kjent hos gamle. Bak et delir kan det skjule seg en rekke somatiske sykdommer som gir atypisk symptomatologi i en aldersforandret kropp. Også demenspasienten kan komme som pasient til så vel psykiater, som geriater eller nevrolog med henvisning fra sin primærlege.

Ved den første nasjonale konferansen om aldersdemens i 1994 var en av konklusjonene fra diskusjonen i grupper og plenum at det var et nært behov for samarbeid mellom alderspsykiatri, geriatri og primærhelsetjenesten (8). Det ble fremsatt et klart ønske om å skape et samarbeidsforum mellom de to andrelinjespesialitetene og man gikk så langt

som å uttale at fortrinnsvis burde disse spesialisttjenestene samlokaliseres. Men man innså at veien frem var lang. Situasjonen i 1994 ble beskrevet med én setning: «I dagens bilde finnes ofte ikke geriater, mens psykiater ikke vil involvere seg.» I dette perspektiv ser vi i dag med større optimisme på situasjonen. Et utrettelig arbeid fra de involverte i tre nasjonale utviklingsprogrammer innen alderspsykiatri og geriatri, en styrket vitenskapelig basis for begge fagområder og ikke minst eksempler fra fylker som velger å satse på å utvikle disse tjenestene gir grunnlag for denne optimismen.

LITTERATUR

1. Williams-Russo P. Barriers to diagnosis and treatment of depression in primary care settings. *Am J Ger Psychiatry* 1996; 4: 584 – 90.
2. Rabins PV. Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. *Am J Ger Psychiatry* 1996; 4: 579 – 83.
3. Engedal K, Bergem ALM, Holm M, Bragason A, Moksnes K-M. Alderspsykiatri – en spesialisert form for psykiatri. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3584 – 7.
4. Holm M, Haugen PK. Erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling gjennom seks år *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 427 – 31.
5. Engedal K, Nordberg E, Moksnes K-M, Henriksen HK, Bergem ALM. Alderspsykiatri – et fagfelt som finner sin plass. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3681 – 3.
6. St.prp. 63 (1997 – 98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
7. Øksengård AR, Brækhus A, Engedal K. Hukommelsesklinikk – poliklinisk utredning ved mistanke om demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3678 – 80.
8. Rapport fra Nasjonal konferanse om aldersdemens januar 1994. Oslo: INFO-banken, 1995.

Publisert: 20. februar 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. september 2026.