

Norsk psykiatrisk forening

Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020



OMSLAGSDESIGN: Morten Hernæs, 07 Aurskog AS
FORSIDEFOTO: Knud Nielsen
DESIGN/OMBREKNING: Morten Hernæs, 07 Aurskog AS
TRYKK: 07 Aurskog AS
2. utgave

PLANDOKUMENT FOR
NORSK ALDERSPSYKIATRI
2011–2020



Utvalg for alderspsykiatri
Norsk psykiatrisk forening
Den norske legeforening

Forord

ved leder, Norsk psykiatrisk forening

Et samfunns kvaliteter kjennetegnes på hvordan det behandler og tar seg av sine eldre. Et godt helse- og omsorgstilbud til eldre har vært, og er, et overordnet og prioritert mål for Norsk psykiatrisk forening, og det foreliggende reviderte Plandokument for norsk alderspsykiatri er et tjenlig instrument for nødvendig og kontinuerlig forbedring for helsetjenestetilbudet til denne gruppen.

Plandokumentet som nå foreligger i revidert utgave, ble første gang vedtatt av Årsmøtet i Norsk psykiatrisk forening i 2001, og gjort gjeldende for perioden 2001–2010. Som forrige gang har Alderspsykiatrisk utvalg gjort et grundig og omfattende arbeid.

Plandokumentet 2011–2020 gir viktige fagpolitiske og politiske premisser, og vil være viktig for utviklingen av alderspsykiatriske helsetjenester i det kommende tiåret. Sammen med Norsk psykiatrisk forenings overordnede generalplan som også ble vedtatt i revidert utgave av Årsmøtet 2010 har foreningen et godt grunnlag for både faglig utvikling, og som deltager og premissleverandør i den helsepolitisk debatten.

Plandokumentet peker på satsningsområder som innebærer metodeutvikling, implementering av evidensbasert kunnskap om behandling, nye og viktige forskningsområder og utfordrende helseøkonomiske- og helse-tjeneste utviklingsområder.

Planen bidrar til å tydeliggjøre alderspsykiatrien som fagdisiplin, og fagets viktige samfunnsmessige betydning. Behandlingen av aldersrelaterte psykiske lidelser er sammensatt, og utfordrende, og stiller store krav til faglighet og evne til samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I dette feltet viser Plandokumentet tydelig vei.

Stavanger 31. mars 2010

Jan Olav Johannessen

Leder

Norsk psykiatrisk forening

Innhold

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord ved leder, Norsk psykiatrisk forening | 3 |
| Innledning, Utvalg for alderspsykiatri | 5 |
| 1 Generell beskrivelse av fagfeltet | 6 |
| 1.1 Definisjon og beskrivelse av faglig innhold | 6 |
| 1.2 Aktuelle pasientgrupper som bør behandles/utredes i alderspsykiatrien | 6 |
| 1.3 Epidemiologiske data | 7 |
| 1.4 Offentlige dokumenter | 7 |
| 2 Organisering av den alderspsykiatriske helsetjenesten | 9 |
| 2.1 Innledning | 9 |
| 2.2 Spesielle prinsipper | 9 |
| 2.3 Innholdet i den alderspsykiatriske helsetjeneste | 9 |
| 2.4 Organiseringen av den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten | 9 |
| 2.5 Bemanning | 10 |
| 3 Pasientutredning og behandling | 11 |
| 3.1 Primærhelsetjenestens oppgaver | 11 |
| 3.2 Allmennpsykiatriens oppgaver | 11 |
| 3.3 Alderspsykiatriens oppgaver | 11 |
| 3.4 Utredning | 11 |
| 3.5 Behandling | 11 |
| 4 Undervisning, veiledning og rådgivning | 13 |
| 4.1 Institusjoner med ansvar for kompetanseheving innen alderspsykiatri | 13 |
| 4.2 Kompetansehevende virksomhet overfor primærhelsetjenesten | 13 |
| 5 Forskning og fagutvikling | 15 |
| 5.1 Forskning | 15 |
| 5.2 Fagutvikling | 16 |
| 5.3 Nasjonalt kompetansesenters rolle i forhold til forskning og fagutvikling | 16 |
| 6 Fagpolitikk og utvikling av nye tilbud | 16 |
| 6.1 Alderspsykiatriske avdelinger i alle fylker eller sykehusområder | 16 |
| 6.2 Alderspsykiatri som egen grenspesialitet | 16 |
| 6.3 Ressurstilgang | 16 |
| 6.4 Rekruttering | 16 |
| 6.5 Opprettelse av forskningsenheter med professorater i alderspsykiatri ved hvert av de 4 universiteter som utdanner leger | 16 |
| 6.6 Aktiv tilnærming til tverrfaglig samarbeid | 16 |
| 6.7 Årlige konferanser/seminarer for overleger i alderspsykiatri | 16 |
| 6.8 IT-nettverk for behandlere | 16 |
| 6.9 Endret takstsystem ved alderspsykiatriske poliklinikker | 16 |
| 6.10 Brukermedvirkning | 17 |
| 6.11 Holdningsskapende arbeid | 17 |
| 6.12 Nettverksbygging | 17 |
| Avslutning | 19 |
| The Norwegian Document of Geriatric Psychiatry. Summary in English | 20 |
| Litteratur | 22 |

Innledning

ved Utvalg for alderspsykiatri

Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001–2010 var et pionerarbeid som involverte store deler av det alderspsykiatriske fagmiljøet i Norge rundt årtusenskiftet. Det ble publisert i samarbeid med Norsk Psykiatrisk Forening, og utgitt av Legeforeningen 2001. Dokumentet fikk raskt en sentral plass som fundament for planlegging av alderspsykiatriske tjenester i det tiåret det tok mål av seg å beskrive. Det synliggjorde også den enighet som råder innenfor det alderspsykiatriske fagmiljøet, og har styrket fellesskapet mellom alderspsykiatere.

I løpet av den tiden som har gått, har Helse-Norge gjennomgått store strukturelle endringer. Ansvar for sykehusdrift er blitt overført til statlige myndigheter og regionale helseforetak er blitt etablert. Opptrappingsplanen for psykiatri er avsluttet, og det fremtidige psykiatritilbudet må regne med hardere kamp om ressursene. Dette får stor betydning for alderspsykiatrien. Utvalg for alderspsykiatri ble derfor i 2007 utfordret til å revidere Plandokumentet for det neste tiåret og tok på seg arbeidet som redaksjons-

komite. Arbeidet med dette startet vinteren 2007–2008 med opprettelse av arbeidsgrupper som skulle gå gjennom hvert sitt kapittel i dokumentet. Konklusjoner, forslag til omformuleringer og omskrivninger ble gjennomgått på Alderspsykiatrisk Verksted på Sem i juni 2008 og ga Utvalget et viktig grunnlag for den endelige revideringen av Plandokumentet. Dette arbeidet har pågått ved flere møter gjennom det siste året, og ble sist diskutert i fagmiljøet på Sem i juni 2009.

Spesifikke referanser er blitt satt inn i teksten der dette er relevant. For øvrig vises til litteraturliste i slutten av dokumentet.

Utvalget mener at det foreliggende dokumentet representerer en god oppdatering av det opprinnelige Plandokumentet og staker ut kursen for utvikling av helse-tjenestetilbud til en voksende og svært sårbar pasientgruppe.

Vi vil takke alle kollegaer i alderspsykiatrimiljøet for vesentlige bidrag til det foreliggende dokumentet.

Eivind Aakhus, leder

Astrid Liv Mina Bergem

Marianne Holm

Asgeir Bragason

Kari Os Eskeland

Gjøvik, mars 2010

1.1 Definisjon og beskrivelse av faglig innhold

Alderspsykiatri er en spesialisert del av psykiatri som har til oppgave å diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidelser.

Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at de opptrer for første gang etter fylte 65 år, og at det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener.

Faget har utviklet seg som eget fagområde og startet i Storbritannia der alderspsykiatri nå er egen spesialitet. Faget har vokst fram i løpet av 1970 og 80-årene. Etter hvert som levestandard og levealder øker i verden har faget fått utbredelse på alle kontinenter.

I Norge har det tatt tid å få til en endring av tilbudet til de eldre innen psykisk helsevern. Langt inn på 1980-tallet var alderspsykiatri synonymt med langtidpsykiatri, dvs. langtidssomsorg og behandling i psykiatriske sykehus. Etter 1990 har det skjedd en dramatisk endring ved de alderspsykiatriske enhetene i Norge. Samtidig som antall sengeplasser øremerket for eldre har blitt redusert, har antall pasienter innlagt per år steget. De alderspsykiatriske enhetene har lagt om til en driftsform med kortere utrednings- og behandlingsoppgaver. Det drives utstrakt ambulant virksomhet ved de alderspsykiatriske enhetene. I tillegg er veiledning og undervisning overfor primærhelsetjenesten sentral oppgave. Den alderspsykiatriske pasient har oftest sammensatt problematikk, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er behov for utstrakt samarbeid rundt den enkelte pasient, der familie, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må trekkes inn. Samarbeidspartnere innenfor spesialisthelsetjenesten, i tillegg til akutt-/allmennpsykiatri, er geriatri, nevrologi, nevropsykologi, nevrerøntgen og laboratoriemedisin der dette er tilgjengelige tjenester. Det er utviklet samarbeidsmodeller med primærhelsetjenesten. Selv om statlige dokumenter (se nedenfor) understreker DPS'enes ansvar for å behandle eldre så vel som yngre, tilsier erfaringene til nå at eldre prioriteres lavt i DPS-systemet. Det er derfor behov for utvikling av samarbeidsmodeller og ansvarsavklaring mellom DPS og alderspsykiatriske avdelinger.

Fagfeltet alderspsykiatri er et spesialisert fagområde innenfor psykiatrien og godkjent av Norsk psykiatrisk forening som eget fordypningsområde. De fleste kompetanseområder innenfor voksenpsykiatrien er aktuelle innenfor alderspsykiatrien. I tillegg finnes det områder innen alders-

psykiatri som må kunne kalles spesifikke for dette fagfeltet. Kunnskap om samspillet mellom somatiske og psykiske lidelser, samt farmakologiske forhold hos eldre er viktige legespesifikke områder innen alderspsykiatrien. I tillegg kreves det spesiell nevropsykiatrisk kompetanse ved utredning og behandling av hjerneorganiske lidelser. Dette fører til at alderspsykiatrien krever relativt større legeinnsats enn allmennpsykiatrien.

Samtidige psykologiske faktorer er like tungtveiende innenfor alderspsykiatri som i allmennpsykiatri. Spesielt for aldersgruppen er fremtredende eksistensielle problemer knyttet til aldring og død. I vurdering av alderspsykiatriske pasienter krever ofte god tid og stor innsats, som det må tas høyde for i refusjonstakster på poliklinikker og ved normering av antall stillinger ved alderspsykiatriske poliklinikker og sengeavdelinger. Fagfeltet kan ikke se at teknologiske nyvinninger eller faglige fremskritt ellers vil påvirke dette vesentlig. Alderspsykiatri er, og vil fortsette å være, et innsats- og ressurskrevende fagfelt når det angår tidsbruk.

Økt kunnskap og forventninger, samt økningen av antall eldre i befolkningen, vil øke behov for alderspsykiatriske tjenester. Nye helselover og forskrifter stiller større krav til helsetjenesten. Særlig er samarbeidet med primærhelsetjenesten i form av veiledning og kompetanseheving ressurskrevende. Alle disse forhold vil med sikkerhet øke kravene til alderspsykiatrien i Norge. Dette gjelder ikke minst interesserte leger. Alderspsykiatrien er fortsatt ikke tilstrekkelig utbygget. En viktig oppgave blir å opprette egne og fullverdige avdelinger i alle deler av landet.

1.2 Aktuelle pasientgrupper som bør behandles/utredes i alderspsykiatrien

- Pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år.
- Pasienter med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer. Alder er av mindre betydning.
- Pasienter med en uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag.
- Pasienter over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidlige, men ingen etablert kontakt i voksenpsykiatrien, eller når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig.

1.3 Epidemiologiske data:

I likhet med andre vestlige land blir Norges befolkning stadig eldre. Følgende tabell viser framskrivningen av Norges befolkning fordelt i aldersgrupper over 67 år, angitt i tusen. Tallene er beregnet ut i fra middels nasjonal vekst.

| ÅR | 67–79 ÅR (%) | 80–89 ÅR (%) | 90–(%) |
|------|--------------|--------------|-----------|
| 2009 | 397 (8,3) | 185 (3,9) | 35 (0,7) |
| 2015 | 499 (9,8) | 173 (3,4) | 43 (0,8) |
| 2030 | 688 (11,8) | 285 (4,9) | 49 (0,8) |
| 2050 | 886 (13,5) | 477 (7,3) | 170 (2,6) |

KILDE: www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/tab-2009-06-11-03.html

Antall personer over 67 år forventes å bli mer enn fordoblet fram mot 2050. Vi kan slå fast at fremtidens behov for helsetjenester vil bli preget av en stadig eldre befolkning og av det sykdomspanoramaet som kjennetegner aldersgruppen.

Den medisinske utvikling vil bidra til økt overlevelse ved alvorlig somatisk sykdom. Konsekvensen av dette vil blant annet være at flere eldre vil måtte leve med nevropsykiatriske følgetilstander, noe som må forventes å gi nye utfordringer for alderspsykiatrien. Vi forventer også at alvorlig rusproblematikk, og følger av denne, vil gjøre seg gjeldende innenfor det alderspsykiatriske feltet. Transkulturell psykiatri vil også kunne bli et felt som alderspsykiatrien må forholde seg til i framtiden.

De vanligste psykiatriske lidelsene hos eldre er depresjoner og demens med psykiatriske tilleggspolmer. I en norsk oversiktsartikkel om forekomst av depresjon hos eldre (Rosenvinge og Rosenvinge, Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123:928–9), ble det rapportert en forekomst av depresjoner totalt på 17% og av alvorlige depresjoner på 6%. Forekomsten av depresjoner økte i sykehjems- og sykehuspopulasjoner.

Omregnet til norske forhold (Aldersgruppen 67+, SSB, absolutte tall pr 1/1 2008) betyr disse tallene at ca rundt 100 000 eldre i Norge til enhver tid har en klinisk signifikant depresjon og at mellom 30 000 og 40 000 lider av en alvorlig depresjon. Alderspsykiatrien kommer bare i kontakt med en brøkdel av disse. Det foreligger flere studier som viser at depresjon er en underdiagnostisert og underbehandlet lidelse. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke gjelder i Norge.

Forekomst av demens er økende fra 4% i aldersgruppen

over 65 år til 30% i aldersgruppen over 90 år. Vi har med andre ord per i dag ca 60 000 pasienter med demens i Norge. Siden demens er en aldersrelatert sykdom, står vi overfor en dramatisk økning i antall pasienter med demens og behandlingstrengende psykiatriske symptomer i årene som kommer.

1.4 Offentlige dokumenter

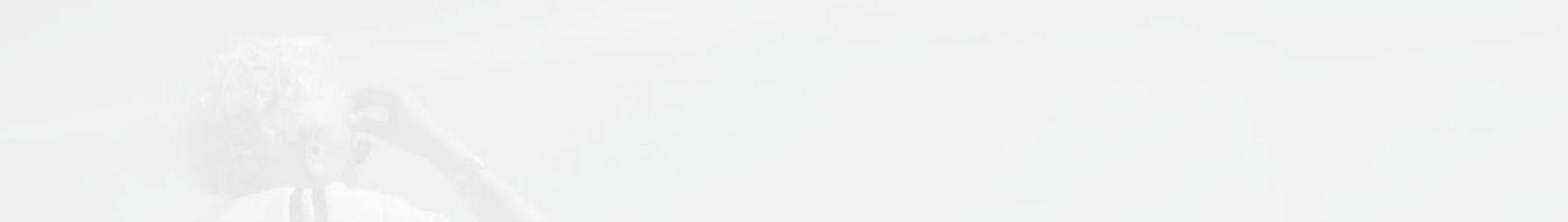
Den økende andelen svært gamle pasienter i spesialisthelsetjenesten er omtalt som en sentral utfordring i *Nasjonal Helseplan (2007–2010)*. Til tross for at eldres helse-tilstand bedrer seg, vil befolkningsutviklingen medføre en vekst i behovet for helsetjenester. Veksten i antall eldre vil føre til en økning i aldersrelaterte sykdommer og funksjonssvikt. Man må forvente flere som lever med kroniske sykdommer, kreft og demens (*Respekt og kvalitet 2007*).

Den nasjonale kvalitetsstrategien, *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene 2005–2015*, «... og bedre skal det bli!» (*IS-1162*) understreker at målet for tjenestene bl.a. er at tjenestene er preget av kontinuitet, at brukerne er involvert og gir dem innflytelse og at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Distriktskykiatriske sentra. Veileder. (IS-1388 2006) legger vekt på at DPS'ene skal ta i mot eldre så vel som yngre pasienter. Eldre med mer kompliserte alderspsykiatriske problemstillinger henvises til neste ledd i behandlingkjeden, som vil være de mer spesialiserte alderspsykiatriske enheter.

I «*Respekt og kvalitet*» reises spørsmålet om det er et underforbruk av psykiatriske helsetjenester blant eldre. I samme dokument fremgår det at det må være tilstrekkelig kvalifisert personell, både leger og andre, for å kunne ta i mot pasienter med akutte alderspsykiatriske problemstillinger. Det understrekes også at den alderspsykiatriske tenkemåte må være kjent for alle som møter eldre pasienter i sitt arbeid i psykiatrien. I Sintef-rapporten *Bidrar utbyggingen av distriktskykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? —Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007 (Sintef A6169)* bekreftes det at eldre er underrepresentert på Distriktskykiatriske sentre.

I dokumentet *Glemsk, men ikke Glemmt (IS-1486)* understrekes behovet for et nært samarbeid mellom kommunale omsorgstilbud og den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten for pasienter med demens og utfordrende atferd. Det anbefales at de geriatriske og alderspsykiatriske spesialisthelsetjenestene styrkes og veiledning til kommu-



nene økes. Det anbefales også at det utarbeides en opplæringspakke i alderspsykiatri for kommunehelsetjenesten.

HOVEDPUNKTER, KAPITTEL 1

- Alderspsykiatri er et spesialisert fagfelt og et eget fordypningsområde i spesialiteten psykiatri.
- Psykiatriske lidelser er vanlig blant eldre og forekomsten vil øke i framtiden.
- Fullverdige alderspsykiatriske avdelinger må være tilgjengelig i alle deler av landet.
- Framtidig utvikling av alderspsykiatrifeltet vil kreve et nært samarbeid med kommunale helse-tjenester og DPS.
- Mange statlige styrende dokumenter bekrefter behovet for økt satsning innenfor alderspsykiatriske oppgaver.

De faglige anbefalingene som gis i dette plandokumentet er i stor grad sammenfallende med anbefalinger gitt i viktige statlige styrende dokumenter (se litteraturliste).

2 Organisering av den alderspsykiatriske helsetjenesten

2

2.1 Innledning

Eldre mennesker med psykiatriske lidelser har rett til helsetjenester på lik linje med andre mennesker i samfunnet. Det offentlige helsevesen har ansvar for at de eldre får tilgang til nødvendige helsetjenester på alle nivåer. Alderspsykiatriske tjenester kan omfatte både lokal- og sentralsykehusfunksjoner. Grenseoppgangen kan være vanskelig, og det er betydelig variasjon i organisering i ulike deler av landet.

2.2 Spesielle prinsipper

God behandling til eldre med psykiatriske lidelser innebærer:

- Helhetlig perspektiv på tjenesten, som innebærer at pasientens somatiske, psykiske og sosiale behov ivaretas. Pasienten skal være i sentrum for behandlingen.
- Behandlingen skal individualiseres der pasientens mentale lidelse sees i sammenheng med hans/hennes familie og nærmiljø. Dette innebærer at pårørende skal inkluderes i alle faser av behandlingen.
- Tverrfaglig tilnærming til pasientens problemer.
- En systematisk tilnærming som tar hensyn til alle tilgjengelige tjenester for å sikre kontinuitet i behandlingen og nødvendig koordinering av tjenester fra ulike deler av helsevesenet.

2.3 Innholdet i den alderspsykiatriske helsetjeneste

- Forebyggende virksomhet for å hindre at det oppstår psykiatrisk lidelse hos eldre, for eksempel ved rådgivning til primærhelsetjenesten om etablering av tiltak som kan motvirke ensomhet og isolasjon.
- Tidlig diagnostisering og intervensjon ved psykiatriske lidelser hos eldre, slik at pasienter sikres rask og effektiv hjelp og man reduserer stress hos pasient og pårørende.
- Alderspsykiatri er pr definisjon helhetlig helsetjeneste og må alltid inkludere pasientens hjemmemiljø. Alderspsykiatriske vurderinger foregår i pasientens hjem og/eller som inneliggende eller poliklinisk i alderspsykiatriske avdelinger.
- Utredning og behandling utføres i alderspsykiatrisk avdeling når lidelsens alvorlighetsgrad eller kompleksitet tilsier det. Utredning og behandling bør ellers skje i DPS.
- Utarbeidelse av behandlingsplan der pasientens behov

er ivaretatt, både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Det er viktig med samarbeid med mange deler av helse- og sosialtjenesten, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- Informasjon og veiledning til pasient og pårørende om diagnose, behandlingstiltak og samarbeidspartnere.
- Veiledning og undervisning til samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten.
- Hjelp til pasient og pårørende i forhold til deres juridiske og økonomiske rettigheter.

2.4 Organiseringen av den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten

Det skal finnes alderspsykiatriske avdelinger på sentralsykehusnivå i hvert fylke eller sykehusområde, tilpasset folketall og geografi.

En passende størrelse på et opptaksområde vil være et område med en eldrebefolkning på 15 000–30 000 mennesker over 65 år.

Antall sykehussenger på en alderspsykiatrisk avdeling bør ligge mellom 0,8–1,2 pr. 1000 over 65 år i et opptaksområde. Storbyfaktoren (høyere psykisk sykkelighet og dårligere nettverk hos eldre i storbyer) tilsier høyere antall senger i storby enn i landlige områder. Sengetallet må også sees i sammenheng med størrelsen på de alderspsykiatriske poliklinikker og dagavsnitt i et opptaksområde, samt på kapasiteten i kommunens institusjoner.

Organiseringen i store sykehusområder kan ha faglige fordeler, med muligheter for bedre differensiering av den alderspsykiatriske virksomheten, for eksempel ved spesialisering av døgnposter. Organisering i et sykehusområde vil også kunne styrke forskning og fagutvikling, ved at fagmiljøet blir større. Dette må imidlertid veies nøye mot nødvendigheten av nærhet til pasientens hjemkommune. I store byer kan større sentraliserte enheter således være fordelaktig, men i geografisk store fylker eller sykehusområder vil det kunne være uheldig pga lange avstander og mange kommuner å forholde seg til for den alderspsykiatriske avdelingen.

En alderspsykiatrisk avdeling bør bestå av:

- Alderspsykiatrisk poliklinikk med ambulante tjenester der utredning og behandling av pasientene i deres lokalmiljø, samt veiledning, rådgivning og undervisning til primærhelsetjenesten inngår.
- Alderspsykiatrisk dagpost for utredning/behandling av pasienter som bor hjemme.

- Differensierte døgnposter for utredning og behandling av alderspsykiatriske pasienter. Minst én post for demente pasienter med utfordrende atferd og psykiatriske tilleggssymptomer. De andre døgnpostene må dekke tilstander som: depresjon og angst, mani, psykose, psykiatriske blandingstilstander/uklare diagnostiske tilstander, m.m. Døgnpostene må ha skjermingsmuligheter.
- En forsknings- og fagutviklingsenhet, som også inkluderer en undervisningsenhet.
- Konsultasjonpsykiatriske (CL) tjenester tilgjengelig for somatiske sykehus.

Det er viktig at det i et sykehusområde foretas en klar målgruppe- og oppgaveavgrensning mellom alderspsykiatrien og tilgrensende fagområder (allmennpsykiatri, geriatri, nevrologi, m.fl.) samt overfor primærhelsetjenesten.

Innenfor den psykiatriske spesialisthelsetjenesten vil kompleksiteten og alvorlighetsgraden av pasientens psykiske lidelse avgjøre om pasienten må tas hånd om ved en alderspsykiatrisk avdeling, eller om hun/han kan behandles tilfredsstillende på et DPS.

Av ressursmessige grunner vil det vanligvis ikke være aktuelt å legge øyeblikkelig-hjelp plikt til alderspsykiatriske avdelinger. Dette tilligger de psykiatriske akuttavdelingenes oppgaver.

De alderspsykiatriske avdelinger bør imidlertid bestrebe seg på å gi så rask hjelp som mulig samt prioritere overføringer fra akuttavdelinger.

Akuttavdelingene bør bistå alderspsykiatriske avdelinger med særlig vanskelige skjerminger og utageringer.

Når døgninnleggelse ved en alderspsykiatrisk avdeling er nødvendig, legges det vekt på nært samarbeid med sykehjem, hjemmesykepleie, pårørende og fastlege under sykehusoppholdet og i forbindelse med utskrivningsprosessen.

Ved dagpostene legges det vekt på opprettholdelse av boevnen og samarbeid med kommunene/bydelene om rehabiliteringsprosessen.

Alderspsykiatrien bør ha et løpende samarbeid med de allmennpsykiatriske poliklinikker ved DPS'ene.

Det er en fordel at alderspsykiatrisk poliklinikk og dagpost er samlokalisert med resten av den alderspsykiatriske avdelingen. Poliklinikkens ansatte kan gjerne ha «utedager» andre steder i opptaksområdet. Ved at poliklinikkene er tilknyttet sengeavdelinger vil man lettere oppnå at flest

mulig innleggelse foretas direkte til sengeavdelinger og på den måten unngå innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling i størst mulig grad.

God tilgang på somatiske tjenester som klinisk kjemisk laboratorietjeneste, radiologiske og nukleærmedisinske tjenester samt spesialiserte somatiske avdelinger, er viktig. Særlig viktig er samarbeidet med geriatrien. I forbindelse med elektrokonvulsiv terapi (ECT), er det en fordel med nærhet til intensivavdeling og anestesi. Det er en forutsetning at det er tilstrekkelig ECT-kapasitet slik at pasienter som trenger denne behandlingen kan få tilbud om den.

2.5 Bemanning

Den alderspsykiatriske avdeling skal være tverrfaglig bemannet med overleger, leger i spesialisering, psykologer, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og fysioterapeuter. Hver døgnpost skal være bemannet med to overleger hvorav én overlege er medisinskfaglig ansvarlig. Den alderspsykiatriske poliklinikk må ha ansatt minst en overlege i full stilling. De alderspsykiatriske avdelinger må få tildelt ressurser og stillinger som samsvarer med omfanget av de oppgaver som pålegges. Ressurser og antall stillinger, inklusive legestillinger, må være like god eller bedre enn i allmennpsykiatrien p.g.a. kompleksiteten med både psykiatrisk og somatisk sykdom.

HOVEDPUNKTER, KAPITTEL 2

- Alderspsykiatriske avdelinger skal yte spesialiserte tjenester til eldre med kompliserte alderspsykiatriske lidelser. DPS har også ansvar for eldre med psykiske lidelser.
- Det skal finnes alderspsykiatriske avdelinger i hvert fylke eller sykehusområde, tilpasset folketall og geografi.
- Anbefalt størrelse på opptaksområde er 15 000–30 000 mennesker over 65 år.
- Anbefalt antall sykehussenger er 0,8–1.2 pr 1000 over 65 år.
- Bemanningen er tverrfaglig og antall stillinger inklusive legestillinger må være bedre enn i allmennpsykiatrien.

Alderspsykiatrisk utredning og behandling er en kompleks og ressurskrevende oppgave. Tverrfaglighet er en grunnpi-lar i den alderspsykiatrisk arbeidsmåten. Legen har en sen-tral plass i dette arbeidet, både i kraft av egne bidrag og en koordinerende funksjon som teamleder. Pårørende har også en viktig plass som samarbeidspartner i utredning og oppfølging av den alderspsykiatriske pasienten.

3.1 Primærhelsetjenestens oppgaver

Primærhelsetjenesten skal som hovedregel utrede og be-handle eldre med psykiske lidelser. Alderspsykiatrien har ansvar for å bistå primærhelsetjenesten i denne oppgave (Se kapittel 4 Undervisning, veiledning og rådgivning).

3.2 Allmennpsykiatriens oppgaver

Allmennpsykiatrien må fortsatt utrede og behandle eldre.

Pasienter med en kronisk alvorlig sinnslidelse som blir eldre, bør fortsatt følges opp ved det DPS som har hatt oppfølgingen over tid, og tas i mot ved den allmennpsy-kiatriske post hvor hun/han er kjent. Dersom en slik pasi-ent utvikler en ny psykisk lidelse i eldre år, kan alderspsy-kiatrien enten bistå allmennpsykiatrien i utredning eller overta behandlingsansvaret.

Eldre med funksjonelle psykiske lidelser av moderat alvorlighetsgrad, eller hvor dette er mest praktisk grunnet geografiske forhold, bør få et tilbud i form av poliklinisk utredning og behandling eller innleggelse ved DPS.

3.3 Alderspsykiatriens oppgaver

Det vises her til kapittel 1.2.

3.4 Utredning

Utredning av den alderspsykiatriske pasient er all aktivitet som gjennomføres for å kartlegge pasientens psykiske og somatiske helse, funksjonsevne, grad av lidelse og den be-lastning sykdommen har på hans familie.

Der det er mulig bør man tilstrebe ambulant eller poli-klinisk utredning. Det viktigste siktemålet med utrednin-gen er å komme frem til en diagnose og deretter planlegge behandling. Utredningen foregår ofte med en fagperson i tillegg til legen.

Alderspsykiatrien er et fagområde hvor legen må være allment godt orientert, også om somatiske sykdommer og farmakologiske forhold hos eldre. Dette stiller store krav

til bred kompetanse. Utredning og observasjon over tid er viktig for rett diagnose og behandlingsplanlegging.

Ved henvisning til alderspsykiatrisk tjeneste bør det kunne kreves at primærlegen har gjort en grunnleggende utredning på forhånd og at det er en klar psykiatrisk pro-blemstilling bak henvisningen. Det bør fremgå av henvis-ningen hvilke medikamentelle og sosialmedisinske tiltak som er utprøvd.

Ved innleggelse eller inntak i poliklinikk opptas en grundig anamnese med komparentopplysninger, psykia-trisk status presens og somatisk undersøkelse. I tillegg kart-legges mulige utløsende årsaker, personlighet, psykososiale forhold, symptomer samt kognitiv, fysisk, praktisk og so-sial fungering. Denne vurderingen er tidkrevende. I tillegg tas laboratorieprøver, EKG og eventuell bildediagnostiske undersøkelser. Nevropsykologisk undersøkelse, EEG og spinalvæskeundersøkelser bør utføres ved behov.

Utredningen skal munne ut i en foreløpig diagnose og en behandlingsplan, som fortrinnsvis skal settes opp i sam-arbeid med pasient og pårørende.

3.5 Behandling

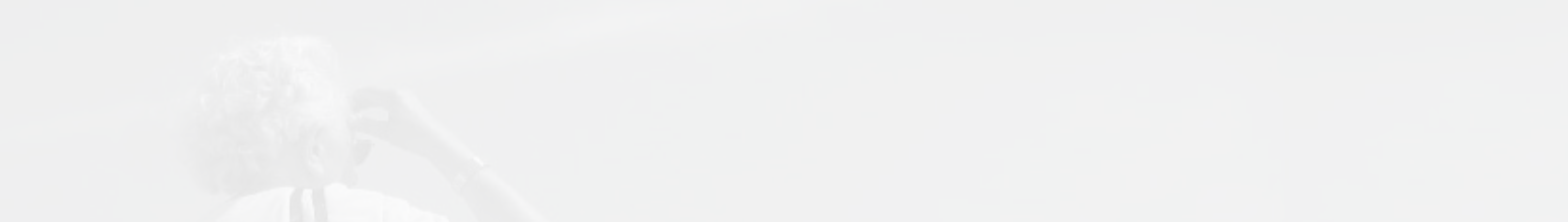
Behandling innen alderspsykiatri er alle faglig funderte ak-tiviteter innenfor den alderspsykiatriske enhet som tar sikte på å forebygge, helbrede, bedre eller lindre en sykdom.

Her brukes en bred definisjon av behandling som in-kluderer aktiviteter og tilrettelegging som utføres av ulike yrkesgrupper. Behandling bør skje ambulant eller polikli-nisk der dette er hensiktsmessig, og ved innleggelse i døgn-enhet der dette vurderes som nødvendig. Den alderspsy-kiatriske enhet må ha nødvendig kompetanse innen den til enhver tid allment aksepterte og dokumenterte behand-ling. Enheten har ansvar for å oppdatere denne kunn-skaper.

Behandling bør igangsettes så raskt som mulig etter gjennomført utredning og i henhold til behandlingsplan.

Behandlingsmetodene bør spenne over et vidt spekter. Dette inkluderer i dag bl.a.:

- ulike psykoterapiformer,
- tilpasset psykofarmakologisk behandling,
- ECT,
- miljøbehandling,
- fysioterapi
- ergoterapi.
- sosioøkonomisk tilrettelegging, inklusive vurdering av behov for verge, hjelpeverge, vurdering av samtykke-kompetanse og boforhold.



Behandling bør kunne skje i grupper så vel som individuelt. Ektefeller og familier skal trekkes inn i behandlingsplanleggingen der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

Nært samarbeid med pasienten, pårørende og primærhelsetjenesten, f. eks. i form av nettverksmøter, prioriteres for å bidra til å legge forholdene til rette. Dette gjelder både for døgninnlagte pasienter, og der behandlingen skjer poliklinisk.

HOVEDPUNKTER, KAPITTEL 3

- Alderspsykiatrisk utredning og behandling er en kompleks oppgave som krever relativt større legetinnsats enn allmennpsykiatrien.
- I utredning og behandling kreves i tillegg til generell psykiatrisk kompetanse også kunnskap om samspillet mellom somatisk sykdom og psykiske lidelser, samt farmakologiske forhold hos eldre.
- Utredningen består av grundig anamnese, komparentopplysninger, psykiatrisk og somatisk status. I tillegg gjøres laboratorieprøver, EKG og bildediagnostiske undersøkelser av hjernen. Nevropsykologisk undersøkelse, EEG og spinalvæskeundersøkelser gjøres ved behov.
- Behandlingen av den alderspsykiatriske pasient inkluderer i dag tilpasset farmakologisk behandling, ulike psykoterapiformer, ECT, miljøterapi, fysioterapi, ergoterapi samt sosioøkonomisk tilrettelegging.
- Pårørende og andre omsorgsgivere har en viktig rolle både i utredning og oppfølging av den alderspsykiatriske pasient.

4 Undervisning, veiledning og rådgivning

4

Undervisning, rådgivning og veiledning er lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten og derved også innen alderspsykiatrien. Disse må være forankret både i forskning og klinikk.

Undervisning, rådgivning og veiledning kan sammenfattes i ett ord: Kompetanseheving. Kompetanseheving er nødvendig på alle nivåer i helsevesenet, både i utredning og behandling, så vel som i omsorg og pleie av alderspsykiatriske pasienter.

4.1 Institusjoner med ansvar for kompetanseheving innen alderspsykiatri:

4.1.1 Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse

- Forskning, sentralisert og desentralisert.
- Bidra til opprettelse av regionale nettverkskompetansesentre.
- Fra 2006/2007 omfatter også kompetansesenteret alderspsykiatri i tillegg til aldersdemens.
- Undervisning av ansatte i spesialisthelsetjenesten.
- Evt. undervisning av primærhelsetjenesten i samarbeid med fylkenes alderspsykiatriske avdelinger/enheter.
- Være pådriver for å få undervisning om alderspsykiatri inn i grunnutdanningen i alle helsefag og spesialistutdanningene innen psykiatri.
- Utarbeide undervisningsmaterieell og kurs-pakker.

4.1.2 Universitet og høyskoler

- Forskningsrelaterte oppgaver, se pkt om forskning.
- Undervisning av studenter i grunnutdanning i medisin.
- Utarbeidelse av lærebøker i fagfeltet.

4.1.3 Regionale fag- og forskningsnettverk/forskningsentre

- Forskning i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Rådgivning til kommuner og fylker i regionen om utbygging av alderspsykiatriske tjenester.
- Bidra til opprettelse av IT-nettverk for undervisning innen fagfeltet.

4.1.4 Alderspsykiatriske enheter

- Intern undervisning av eget personale.
- Undervisning av pasienter og pårørende.
- Undervisning av utdanningskandidater i psykiatri (og andre helsefag). Sørg for at alderspsykiatrifaget er godt dekket i den psykiatriske institusjonens rullerende undervisningsprogram.

- Undervisning av primærhelsetjenesten enten alene eller i samarbeid med regionalt eller nasjonalt senter.
- Hospitering for ansatte i primærhelsetjenesten.
- Ambulant veiledning.
- Undervisning og veiledning overfor DPS og helseforetak.
- Aktivt arbeide for å heve kompetansen til helseadministrasjonene i kommuner og fylker.

4.2 Kompetansehevende virksomhet overfor primærhelsetjenesten

Utbyggingen av og kompetansen innen alderspsykiatri er svært ulik i landets helseregioner. Det er i enkelte fylker gjort en kartlegging av primærhelsetjenestens ønsker når det gjelder service fra alderspsykiatrien. Brukerundersøkelser av denne type viser at det ønskes ulike former for kompetansehevende tiltak.

4.2.1 Undervisning

- Alderspsykiatriske avdelinger bør ha egne undervisningsenheter eller, som et minimum, én undervisningsansvarlig.
- De/den undervisningsansvarlige er kontaktperson overfor det regionale nettverkskompetansesenteret og kommunene, og må holde seg oppdatert om forskningsvirksomheten i fagfeltet. Det bør også drives utadrettet undervisning mot DPS'ene i området. Vedkommende planlegger og organiserer intern og ekstern undervisning og hospitering. Stillingen/stillingene bør være åremålsstillinger eller inngå som ledd i jobbrotasjon. Selve undervisningen kan med fordel utføres av ansatte i klinikken som ofte er de beste til å forstå primærhelsetjenestens oppgaver.
- Undervisningen må tilpasses behovene i den aktuelle kommune. Det eksisterer i dag flere modeller for kompetanseheving/undervisning vis-à-vis kommunene. Gode undervisningsprogrammer er utviklet.

4.2.2 Veiledning

- Veiledning er et svært viktig kompetansehevende tiltak, hvor ansatte på den alderspsykiatriske enheten reiser ut, vurderer en pasient og veileder de som tar hånd om han/henne.
- Veiledning gis i tilknytning til utredning og behandling av den enkelte pasient, enten pasienten befinner seg i egen bolig eller på institusjon.

- Veiledning gis til omsorgsperson, personale på institusjonen eller ansatte i hjemmetjenesten.
- Veiledning er et aktuelt tiltak både før, under og etter innleggelse og som alternativ til denne.

4.2.3 Hospitering

Hospitering innebærer at ansatte i primærhelsetjenesten følger utredning og behandling ved den alderspsykiatriske enheten i læringsøyemed. Oppholdet kan være knyttet til en spesiell pasient eller være ledd i generell kompetanseheving. Det er utviklet spesielle hospiteringsprogrammer som med fordel kunne gjennomføres andre steder.

4.2.4 Rådgivning

Med rådgivning menes her faglig funderte råd gitt fra den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten til kommunale og eksterne instanser vedrørende helsetjenester og omsorg for eldre med psykiske lidelser.

Undervisning, rådgivning og veiledning er viktige oppgaver for det alderspsykiatriske fagmiljøet.

HOVEDPUNKTER, KAPITTEL 4

- Kompetanseheving innen alderspsykiatri skjer med utgangspunkt i flere institusjoner som Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse, universiteter, høyskoler, Regionale kompetansesentre og alderspsykiatriske enheter.
- Det jobbes med kompetanseheving i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Kompetanseheving skjer i form av undervisning, veiledning, hospitering og rådgivning.
- Gode kompetansehevende tiltak vil gi bedre behandling, i tillegg til å være ressurs sparende.

5.1 Forskning

5.1.1 Behov

Antall og andel eldre i Norge er økende. I aldersgruppen over 65 år lider 15 til 20% av psykiske sykdommer. Vi trenger mer forskning om risikofaktorer for alderspsykiatriske lidelser og forhold som kan ha helsefremmende effekt i alderdommen. Forskningsbasert undervisning på høyskole- og universitetsnivå vil bedre kvaliteten på undervisningen og sannsynligvis også øke interessen for faget.

Store økonomiske ressurser, mer enn halvparten av kommunenes helse- og sosialbudsjett, går til pleie og omsorg av eldre personer. Det er behov for å forske frem gode kvalitetsindikatorer angående effekten av den pleie, omsorg og behandling som tilbys eldre med alderspsykiatriske lidelser.

5.1.2 Organisering og samarbeid

Det bør opprettes minst ett professorat i alderspsykiatri ved alle landets universiteter der leger utdannes. En videreutvikling av alderspsykiatrien er avhengig av at studentundervisningen er forskningsbasert.

Videre bør det opprettes mellomstillinger og faste forskerstillinger for å muliggjøre kvalifisering for professorkompetanse. Disse kan opprettes via vanlige universitetskanaler eller eksternt via regionale helseutvalg, private organisasjoner med mer.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er en viktig aktør i forhold til å initiere og koordinere alderspsykiatrisk forskning. I tillegg kan kompetansesenteret bidra med veilederkompetanse der dette mangler.

I tillegg bør det satses mer på kliniske forskningsprosjekter i lokal regi. Det anbefales opprettet tverrfaglige forskningsnettverk i alle landets regioner etter mønster av Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet. Enhetene bør bestå av minst tre til fem vitenskapelig ansatte personer i faste stillinger. De må ha hensiktsmessige lokaler og nødvendig IT-utstyr. Videre bør det være et budsjett til forskning gjennom såkalte «såkornmidler», dvs. at potensielle forskere med gode ideer kan bli frikjøpt fra sine ordinære stillinger for å gjennomføre pilotprosjekter eller større prosjekter. De regionale forskningsnettverkene må ha et formalisert samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, universiteter og høyskoler.

Alderspsykiatri er et fagfelt med mye komorbiditet og forekomst av sykdommer med en arvelig faktor. For å forbedre våre diagnostiske metoder, vil et samarbeid med fag-

miljøer innen patologi, laboratoriefag, nevropsykologi og bildediagnostikk være av betydning. Særlig innen demens vil et tett samarbeid med basalfag og patologi være av betydning i forbindelse med årsaksforskning. Samarbeid med allmennpsykiatri og sosialpsykologiske enheter er nyttig for å belyse sosiale faktorer ved psykisk sykdom hos eldre, mens samarbeid med humanistiske fag er av betydning med tanke på en rekke etiske problemstillinger som dukker opp i forhold til psykiatrisk behandling i livets sluttfase.

Internasjonalt samarbeid er viktig for videreutvikling av fagfeltet. Forholdene bør legges til rette for at forskningsstipendiater og forskere får tilbud om utenlandsopphold av kortere eller lengre varighet. Internasjonalt samarbeid kan også oppnås gjennom samarbeid rundt konkrete prosjekter.

5.1.3 Hvilke alderspsykiatriske områder bør det forskes på i Norge?

Følgende områder er aktuelle:

- Insidens/prevalens
- Årsaksforskning: Risikofaktorer og forebygging
- Diagnostikk og behandling
- Eldste eldre
- Livskvalitet
- Organiske og funksjonelle lidelser
- Komorbiditet

Dette er alle områder der et samarbeid mellom flere institusjoner vil gi mulighet for å samle et større datamateriale.

5.1.4 Virkemidler

5.1.4.1 REKRUTTERING

Økt rekruttering til forskning kan oppnås gjennom økonomiske virkemidler som rekrutteringstillegg, prekvalifikasjonsstipender og såkornmidler, samt tilrettelegging for deltagelse på forskerkurs.

Avdelingsledelsen bør stimulere til forskning på den enkelte alderspsykiatriske enhet ved at legene får avsatt tid til forskning ut over overlegepermisjonen.

Samarbeidsprosjekter og deltagelse i multisenterstudier kan stimulere til senere å gå videre med selvstendig forskning.

Å tilby legestudenter, turnuskandidater og utdanningskandidater i psykiatri konkrete prosjekter kan åpne opp for økt rekruttering både til alderspsykiatrisk forskning og alderspsykiatrien generelt. Det obligatoriske grunnkurset i psykiatri gir mulighet til å informere om forskning innen alderspsykiatri.

5.1.4.2 FINANSIERING

En forutsetning for å nå våre mål når det gjelder alderspsykiatrisk forskning er en sikker finansiering.

De alderspsykiatriske fagmiljøene må være aktive i forhold til å søke midler fra Norges forskningsråd. Det gjelder både generelle utlysninger og utlysninger til forskning som omhandler eldre og helse.

Helse og Rehab, regionale og lokale helseforetak er aktuelle finansieringskilder.

I tillegg kan statlige midler søkes gjennom Helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse kan støtte gode prosjekter i en oppstartsfase både med såkornmidler og veiledning. Det er mulig å knytte seg til et EU-prosjekt, noe som gir god internasjonal erfaring. I tillegg kan man søke EU-midler til egen forskning.

Andre finansieringskilder er midler fra stiftelser og legater. Selv om dette vanligvis dreier seg om mindre summer, kan disse midlene brukes i en planleggingsfase på linje med såkornmidler.

5.1.4.3 STIMULERING

Forskerverksteder, etter modell av Nasjonalt forskernettverksmøte, eller lokale fagmøter med mulighet for å legge fram egne prosjekter eller planer om forskning vil virke stimulerende.

Likeledes forskerverksteder i forbindelse med Demensdagene og Landskonferansen i alderspsykiatri. Det årlige alderspsykiatriske overlegeverkstedet er et møtested der alderspsykiatriske forskningsprosjekter kan legges fram. Etablerte regionale forskningsenheter kan etablere samarbeid med andre alderspsykiatriske enheter uten forskningskompetanse.

Fremleggelse av egen forskning på internasjonale kongresser virker stimulerende og kan åpne for samarbeid over landegrensene.

5.2 Fagutvikling

Uten forskning, ingen fagutvikling. Forskning må integreres i enhver klinisk enhet for å sikre at alderspsykiatrien videreutvikles som fag. Avdelingsoverlegen har ansvar for å påpeke forskningens betydning. Forskbare data i klinikken

kan genereres gjennom systematisk innsamling ved bruk av standardiserte metoder, noe som kan inngå i en løpende kvalitetssikringsprosess.

Samarbeid mellom forskjellige enheter om fagutviklingsprosjekter og kvalitetsutvikling vil være med på å videreutvikle faget.

Det må arbeides videre med å opprette regionale alderspsykiatriske kompetansesentra i hver helseregion ved å ta initiativ i forhold til de enkelte regionale helseutvalg

5.3 Nasjonalt kompetansesenters rolle i forhold til forskning og fagutvikling

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse bør både ha en koordinerende funksjon og drive egne prosjekter, som andre alderspsykiatriske enheter kan koble seg på. Videre bør det prioriteres å forskuttere forskere i startfasen gjennom såkornmidler og veilede forskere/stipendiater.

Kompetansesenteret bør aktivt bidra til at alderspsykiatriske forskningsnettverk opprettes i alle landes regioner. I tillegg bør kompetansesenteret være sentralt i arbeidet med å skaffe opplysninger om og oppdatere oversikten over alderspsykiatrisk forskning på høyskoler, universiteter og i alderspsykiatriske avdelinger.

HOVEDPUNKTER, KAPITTEL 5

- Det bør opprettes minst ett professorat i alderspsykiatri ved alle landets universiteter der leger utdannes.
- Ambisjonsnivået for forskningen bør ligge ut over doktorgradsnivå gjennom opprettelse av mellomstillinger og faste forskerstillinger, noe som gjør kvalifisering for professorkompetanse mulig.
- Forskingen må også integreres i klinikken. Økt rekruttering til alderspsykiatrisk forskning oppnås ved å tilby legestudenter, turnuskandidater og utdanningskandidater i psykiatri konkrete prosjekter.
- Kvaliteten på forskningen er avhengig av at det utvikles gode forskningsmiljøer lokalt, regionalt og internasjonalt.

6 Fagpolitikk og utvikling av nye tilbud

6

6.1 Alderspsykiatriske avdelinger i alle fylker eller sykehusområder

Fullverdige alderspsykiatriske avdelinger må opprettes i alle fylker eller sykehusområder.

6.2 Alderspsykiatri som egen grenspesialitet

Vi ser på det som et viktig fremtidig mål at alderspsykiatri blir en egen grenspesialitet innenfor psykiatrien. Vi mener at det er viktig å arbeide videre med dette innen den gjeldende planperioden. At alderspsykiatri er blitt godkjent som fordypningsområde, er et første steg på veien.

6.3 Ressurstilgang

Antall eldre i Norge, og derfor behovet for alderspsykiatere, vil øke kraftig i årene som kommer. Antall stillinger innen alderspsykiatrien er for lavt sett i forhold til de siste tiårs økte aktivitet i alderspsykiatriske sengeavdelinger og poliklinikker. På grunn av pasientgruppens sammensatte problematikk, med mye somatisk sykdom, er det rimelig at legebemanning på alderspsykiatriske enheter skal være høyere enn ved allmennpsykiatriske enheter med tilsvarende sirkulasjon.

6.4 Rekruttering

Et egnet virkemiddel til økt rekruttering er å gi medisinerstudenter mulighet til praksis og turnustjeneste ved alderspsykiatriske enheter. Alderspsykiatri bør sikres god plass i psykiatriundervisningen for medisinerstudenter. Videre bør tjeneste i alderspsykiatri bli obligatorisk innen spesialistutdanningen i psykiatri. Mulighet til deltakelse i forskningsprosjekter kan øke fagfeltets rekrutteringspotensiale. Det viktigste virkemiddelet er sannsynligvis at fagfeltet er villig til å tydeliggjøre, ved undervisning og godt klinisk arbeid, at alderspsykiatrisk arbeid er meningsfylt og spennende.

6.5 Opprettelse av forskningsenheter med professorater i alderspsykiatri ved hvert av de 4 universiteter som utdanner leger

Som en forankring av fagområdet, er det viktig å fokusere mer på forskning og tilrettelegge for dette både i utdanningssituasjonen og i forbindelse med klinisk arbeide.

Det bør undervises i alderspsykiatri på alle nivåer i legeutdannelsen. Det innebærer at alderspsykiatri må få en betydelig større plass i psykiatriterminene.

6.6 Aktiv tilnærming til tverrfaglig samarbeid

Det bør arbeides videre med årlige tverrfaglige konferanser. Alderspsykiatri, som et eget fagområde, bør synliggjøres ved representasjon i offentlige utvalg, planarbeid, komitéarbeid og lignende innen ulike organer, bl.a. Den norske legeforening.

Alderspsykiatri bør gjøre seg mer gjeldende innen feltet sykehjemsmedisin.

6.7 Årlige konferanser/seminarer for overleger i alderspsykiatri.

Utvalg for alderspsykiatri arrangerer årlig overlegeverkstedet i alderspsykiatri, med vekt på både faglige og fagpolitiske spørsmål. Dette arrangementet har vist seg å være utviklende for faget. Det er bred enighet om å fortsette med dette tilbudet. Likeledes virker også de årlige tverrfaglige landskonferansene og forskningskonferansene stimulerende.

6.8 IT-nettverk for behandlere.

Mange alderspsykiatere kan oppleve seg isolerte, faglig sett. De arbeider alene eller på små enheter med få muligheter til å søke råd om vanskelige diagnostiske eller behandlingsmessige problemer. Noen alderspsykiatriske lidelser er sjeldne. Det er en styrking av fagmiljøet å kunne drøfte slike spørsmål i et nettverk med mulighet for flere innspill. Erfaringer deles raskt og effektivt og nyheter av verdi spres raskt. Det er viktig å utvikle dette tilbudet, gjerne i samråd med organisasjoner som besitter tekniske løsninger for et slikt nettverk, f. eks Den norske legeforening.

6.9 Endret takstsystem ved alderspsykiatriske poliklinikker

Det bør arbeides for at vi får et endret takstsystem ved alderspsykiatriske poliklinikker tilpasset metoden som brukes i utredningen av alderspsykiatriske pasienter. Utadrettet virksomhet inngår her som en viktig del av arbeidet, og tidsbruken blir ikke godtgjort tilstrekkelig i dagens ordning.



6.10 Brukermedvirkning

Pasient- og pårørendeskoler med mer eller mindre strukturerte undervisningsopplegg ser vi på som en god virksomhet også innenfor alderspsykiatri.

6.11 Holdningskapende arbeid

Holdningskapende arbeid som ledd i primærprofylakse for å forebygge psykisk lidelse hos eldre.

6.12 Nettverksbygging

Alderspsykiatrisk utvalg sentralt, og alderspsykiatere lokalt, bør videreutvikle samarbeidet med ulike interessegrupper og ideelle organisasjoner som arbeider for å bedre eldres psykiske helse.



Avslutning

ved Utvalg for alderspsykiatri

Det alderspsykiatriske fagfeltet er i en rivende utvikling forskningsmessig og klinisk. Gjennom de siste 10–15 årene har vår forståelse av biologiske og psykologiske prosesser økt. Forskningsaktiviteten er stigende innenfor feltet, både nasjonalt og internasjonalt. Vi oppfatter myndighetenes målrettede satsing på forskningsaktivitet i helseforetakene som riktig og viktig Kunnskapshevende tiltak, som å opprette Helsebiblioteket, er av uvurderlig betydning for klinikere utenfor de tradisjonelle universitetsmiljøene.

Det alderspsykiatriske feltet står foran store oppgaver. Demografiske endringer de nærmeste 20–30 årene, der den største befolkningsøkningen vil finne sted blant de eldste, vil utfordre den nasjonale helsetjenesten på alle nivåer. Vi opplever at nasjonale beslutningsmyndigheter har tatt dette inn over seg når det gjelder kommende omsorgsoppgaver og utfordringer i forhold til personer med demens. Dette er oppgaver der primærhelsetjenesten og alderspsykiatrien vil måtte arbeide nært sammen. Konsekvensen av «eldrebølgen» når det gjelder øvrige alders-

psykiatriske problemstillinger, som depresjon, angst og følgetilstander etter hjerneorganisk sykdom/skade har vært mindre omtalt. Utvalg for alderspsykiatri oppfatter det som en av sine viktigste oppgaver å synliggjøre dette voksende feltet overfor de nasjonale beslutningsmyndigheter.

Den alderspsykiatriske behandlingsmetoden kan ikke rasjonaliseres vesentlig. Vi mener at vår metode må være tverrfaglig, tålmodig og troverdig. Den er derfor kostbar. Tidsaspektet er viktig i utredning og behandling av eldre mennesker, ikke bare fordi eldre mennesker kan trenge mer tid, men også fordi Eldres psykiske lidelser er mer sammensatte enn i den øvrige voksenpsykiatriske befolkningen. Den helsepolitiske trenden med økt satsing på ambulante tjenester kan være nyttig, men vi mener at det fortsatt vil være behov for å kunne tilby eldre psykisk syke mennesker døgnopphold i alderspsykiatriske enheter. Det er derfor viktig at bevilgende helsemyndigheter fortsatt bidrar til å utvikle døgnbaserte alderspsykiatriske tilbud for alvorlig psykisk syke eldre.



The Norwegian Document of Geriatric psychiatry 2011–2020. SUMMARY IN ENGLISH

Introduction

The Norwegian Document of Geriatric Psychiatry 2001 – 2010 was a pioneering effort engaging the vast majority of the geriatric psychiatry professionals in Norway, with a link to the Norwegian Psychiatric Association and the Norwegian Medical Association.

Geriatric psychiatry is expanding in the field of research as well as in clinical practice. Our understanding of biological and psychological processes has developed during the past ten to fifteen years. We consider the Norwegian National Health Authorities' focus on clinical research as positive and important.

The consequences of the substantial growth in the elderly population are obvious regarding age related diseases like Alzheimer's disease and other dementias. This is a field where collaboration between general practitioners and specialised medicine is necessary. An increase in the group of elderly people will inevitably result in an increase in mental disorders related to aging, like depression, anxiety and other psychiatric effects of organic brain diseases. The Committee for Geriatric Psychiatry in the Norwegian Psychiatric Association would like to point out the importance of being able to offer these patients 24 hours care in specialised psychiatric wards when needed, as well as an out-patient service. This revised document has taken into account the changes and development of the Norwegian health organization in general and in the field of geriatric psychiatry in special.

Eivind Aakhus Astrid Liv Mina Bergem Marianne Holm
leader Asgeir Bragason Kari Os Eskeland

Gjøvik, Norway, March 2010

CHAPTER 1.

General description of geriatric psychiatry

- Geriatric psychiatry is a specialised profession within the field of psychiatry.
- Psychiatric disorders are common in the elderly and the number of patients will continue to increase in the future.
- Departments of geriatric psychiatry are needed in all regions of Norway.
- Development of the geriatric psychiatry profession in the future depends on an extensive collaboration with

the general health care profession in the communities and with the community mental health care centres.

- Documents from the Norwegian health authorities confirm the need of increased resources in the field of geriatric psychiatry.

CHAPTER 2.

The structure of the geriatric psychiatry health care

- Geriatric psychiatry departments are responsible for specific treatment to elderly patients suffering from complicated psychiatric disorders. Community mental health centres share this responsibility for the elderly.
- There has to be at least one geriatric psychiatry department in every county or hospital region, according to the number of inhabitants and geographical conditions.
- The required number of people to establish a geriatric psychiatry department in every hospital region, is between 15,000 and 30,000 in the age group of 65 years and older.
- The recommended number of geriatric psychiatry hospital beds is 0.8–1.2 per every thousand people over the age of 65.
- The number of employees including doctors in the geriatric psychiatry department should be higher compared to the number needed in general psychiatric departments.

CHAPTER 3.

Patient examination and medical care

- Medical examination and care of geriatric psychiatry patients is complex and thereby requires more of the doctors' time compared to patients in general psychiatric wards.
- In the process of medical examination and care of these patients, knowledge about general psychiatric diseases is needed in addition to knowledge about the interplay between psychiatric and somatic disorders, as well as knowledge about pharmacological effects and interactions in the elderly.
- The medical examination contains information about the patients' medical history including information from the relatives, as well as psychiatric and somatic status. Furthermore, laboratory tests will be obtained



and ECG and brain imaging tests will be performed. Neuropsychological testing, EEG and spinal fluid tests should be performed when necessary.

- Medical care of the geriatric psychiatry patient includes individualised medication regimen, different psychotherapeutic approaches, electroconvulsive therapy, environmental therapy, physiotherapy, occupational therapy and social-/economical oriented facilitation.
- Relatives and professional care-givers (home care-givers, nursing home staff) have an important role in the examination and follow-up of the geriatric psychiatric patient.

CHAPTER 4.

Lecturing, supervision and counselling

- Qualification within the field of geriatric psychiatry is achieved within the universities, the Norwegian Centre for Research, Education and Service Development in Aging and Health, regional qualifying centres and geriatric psychiatry departments.
- The level of qualification in geriatric psychiatry needs to be improved both in primary and specialised health care.
- Continuous improvement of qualifications in the field of geriatric psychiatry should be achieved by education, supervision, counselling and practicum.
- Improved competence in geriatric psychiatry will result in a higher quality of patient treatment services at a lower cost.

CHAPTER 5.

Research and clinical development

- There should be at least one professor in geriatric psychiatry in each of Norway's university medical faculties.
- Research ambition should be on the level of post doctoral degree. In addition to scholarship holders, there has to be permanent positions for scientists in order to get the opportunity of being qualified as professors.
- A significant part of the research needs to be connected to clinical practice. By inviting medical students,

internship doctors and psychiatry scholar candidates to collaborate in research projects, there is a better chance for these candidates to be recruited to the research field of geriatric psychiatry.

- The quality of research depends on fruitful collaboration within the research department, as well as collaboration with other departments on national and international basis.

CHAPTER 6.

Organisation and development of geriatric psychiatry in Norway

- There must be geriatric psychiatry departments in all counties or hospital regions.
- Geriatric psychiatry should be a specialised part of adult psychiatry.
- As a consequence of the increase in the elderly population in the years to come, there is a need for more resources in the field of geriatric psychiatry compared to the situation today.
- It is important to give the topic of geriatric psychiatry more weight in the education of general practitioners and psychiatrists.
- It is necessary to promote geriatric psychiatry as a specialised field within psychiatry, and to stress the need for collaboration with other medical professions, such as neurology, geriatric medicine and nursing home medicine.
- We will continue to arrange the annual work-shops for consultants in geriatric psychiatry, and contribute to annual research conference and the annual national conferences for geriatric psychiatry nurses, psychologists and doctors.
- Internet communication within the geriatric psychiatry field will be very important in the years to come.
- The out-patient clinic payment rates should reflect the more time-consuming consultations in geriatric psychiatry as compared with general psychiatry consultations.
- The Committee for Geriatric Psychiatry should evolve further collaboration with other organizations in order to offer elderly people better health care.

Litteratur

- Nasjonal Helseplan 2007–2010 (St. prp. nr. 1 (2006–2007), Helse- og omsorgsdepartementet)
- Omsorgsplan 2015 (St. prp. nr. 1 (2007–2008), Helse- og omsorgsdepartementet)
- Demensplan 2015 «Den Gode Dagen» (Delplan til Omsorgsplan 2015, Helse- og omsorgsdepartementet 2007)
- Glemsk, men ikke glemt (IS-1486, Sosial- og helsedirektoratet 2007)
- Respekt og kvalitet (IS-1498, Sosial- og helsedirektoratet 2007)
- Sintef-rapport A6169. Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? – Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007

Norsk psykiatrisk forening

ADRESSE: Pb. 3871 Ullevål Stadion, 0805 Oslo

TLF.: 23 08 22 52

WEB: www.norskpsykiatriskforening.no