

# Hvor hører de eldre hjemme?

Tilbudet til eldre med psykiske lidelser må ikke spres for mye utover i psykisk helsevern.

TEKST

**Merete Lindøe**

PUBLISERT 5. januar 2013

---



FLERE: Antall eldre innenfor psykisk helsevern øker, skriver forfatteren av dette innlegget.

Foto: Flickr.com

## **DEBATT: ELDERE OG PSYKISK HELSEVERN**

Etter å ha arbeidet som psykolog i alderspsykiatrien i over 12 år har jeg gjort meg noen refleksjoner om Eldres plass innenfor psykisk helsevern.

Hvor hører de eldre med sine psykiske sykdommer og lidelser til, og hvor skal de få behandling?

For fagfolk som selv ikke jobber innenfor alderspsykiatrien, kan det virkesom en selvfølge at alle eldre med psykiske sykdommer skal motta utredning og behandling innenfor en definert alderspsykiatri.

Mange steder i landet er det slik at tilbudet til eldre er organisert innenfor egne enheter. Også der undertegnede har sin arbeidsplass, er tilbudet til eldre organisert slik at alle over 65 år blir henvist til alderspsykiatrien, enten for behandling på alderspsykiatrisk sengepost eller alderspsykiatrisk poliklinikk.

## **Organisering**

Hva er fordelene og ulempene med at elder uansett debut av psykisk lidelse før eller etter fylte 65 år mottar behandling innenfor en alderspsykiatrisk sengepost/alderspsykiatrisk poliklinikk, og ikke innenfor en vanlig DPS?

**«Et alderspsykiatrisk tilbud til eldre både på sengepost og poliklinikk bør være organisert under ett»**

Jeg har gjennom årene deltatt på en del møter regionalt og sentralt, hvor hovedtema for diskusjonen nettopp har vært dette.

Slik jeg har erfart det, har det for det første vært diskutert hvor en skal sette aldersgrensen for når en pasient tilhører alderspsykiatrien.

En annen fremtredende problemstilling har vært hvorvidt alderspsykiatrien skal ta imot og tilby utredning og behandling for alle som har fylt 65 år.

Med alle menes alle over 65 år med ulike psykiske lidelser, enten lidelsen har utviklet seg etter fylte 65, eller i langt yngre år. Videre vil dette også kunne gjelde pasienter som henvises for utredning av ulike hukommelsesykdommer/demens.

## **Praksis**

Mange alderspsykiatriske behandlingssteder i Norge praktiserer en regel hvor de i utgangspunktet kun tar imot de pasientene som debuterer med nyoppstått psykisk lidelse etter 65 år.

Dette innebærer at en pasient på 75 som gjennom store deler av sitt voksne liv har vært psykisk syk (for eksempel bipolar lidelse, psykosesykdom/schizofreni), i hvert fall i teorien skal få behandling innenfor en vanlig DPS, da enten sengepost eller poliklinikk.

På den alderspsykiatriske avdelingen og poliklinikken hvor jeg jobber, praktiseres det imidlertid slik at vi i utgangspunktet tar imot til utredning og behandling, også de pasientene over 65 som er blitt eldre med sine livslange psykiske lidelser.

Den kanskje mest åpenbare fordelene med en slik ordning er at den eldre mottar sin behandling innenfor et enhetlig system. Våre pasienter vil kunne møte samme behandler på sengeposten som på poliklinikken, ettersom det er samme behandlere som jobber både på alderspsykiatrisk sengepost og alderspsykiatrisk poliklinikk.

Kontinuitet i behandlingen og færrest mulig brudd i behandlingsskjeden understrekes i dag som svært viktig i behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser, og med en ordning som ovenfor er dette kravet oppfylt.

Det er ikke lett å få øye på noen åpenbare ulemper ved dette.

## **Ulempe**

En ulempe ved et eget helhetlig (sengepost og poliklinikk) behandlingssystem for eldre kan selvfølgelig være at behandlere i det aktuelle psykiatriske behandlingssystemet for øvrig ikke får noe som helst erfaring med det å jobbe med utredning og behandling av eldre. Og med tanke på at antall henviste eldre også innenfor psykisk helsevern vil øke, vil det være viktig at mange behandlere har kunnskap om psykiske lidelser og behandling, også av eldre pasienter.

Når det gjelder det alderspsykiatriske tilbudet til eldre, er det min vurdering at det blir kunstig å skille mellom tidligere psykisk lidelse og såkalt nyoppstått psykisk lidelse relatert til det å ha blitt eldre.

## **Min erfaring**

Det beste, slik jeg har erfart det, er for det første å ikke skille mellom tidlig og nyoppstått psykisk lidelse. Det er fordi et slikt skille i praksis i veldig mange tilfeller vil være vanskelig å differensiere ut. Jeg vil også påstå at dette er pasientvennlig og skaper et unaturlig skille.

Et menneske blir eldre med den personlighet og den kropp og totale helse denne nå en gang har hatt, og har, også etter fylte 65 år. Som et menneske har en somatisk helse, har også alle en psykisk helse, den være seg god eller dårlig.

Jeg vil derfor argumentere for at et alderspsykiatrisk tilbud til eldre både på sengepost og poliklinikk bør være organisert under ett. Hvorvidt en skal sette 65 eller 70 år som en aldersgrense, kan diskuteres, men det viktigste er å få en endelig avklaring på hvor de eldre skal høre til.

Jeg mener det beste er at eldre har et samlet tilbud, og at tilbudet til eldre med psykiske lidelser ikke spres for mye utover i psykisk helsevern.

[merete.lindoe@gmail.com](mailto:merete.lindoe@gmail.com)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 1, 2013, side*

## **TEKST**

**Merete Lindøe**, Psykologspesialist Sørlandet sykehus Kristiansand

