

## **INNSPIL TIL NASJONAL HELSEPLAN 2007 - 2010 VEDR. ALDERSPSYKIATRI.**

I planen vises det til en del utfordringer innen psykisk helsevern som ikke er løst i opptrappingsperioden. En av disse utfordringene er alderspsykiatri. Jeg merker meg at det i planen deles inn i fagfeltene barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, mens fagfeltet alderspsykiatri ikke er nevnt. Samtidig vet vi at antall eldre vil øke kraftig framover, folk blir generelt eldre og det er liten grunn til å tro at omfanget av psykiske lidelser vil avta for denne gruppen i framtiden. I tillegg har vi demenssykdommene.

### **Lokalbaserte løsninger:**

I høringsnotatet nevnes at departementet legger lokalbaserte løsninger. Dette tør jeg påstå er særdeles viktig innen alderspsykiatri.

Primærhelsetjenesten: Primærhelsetjenesten må få flere ressurser og heve kompetansen på området. I forbindelse med prosjekt "Alderspsykiatri i Lillehammer og Gudbrandsdalen" i regi av divisjon psykiatri i Sykehuset Innlandet HF, der undertegnede var prosjektleder, kom det fram at psykiaritjenesten i kommunene i liten grad hadde ressurser til å prioritere alderspsykiatri. Eldre med psykiske lidelser og personer med demens og psykisk lidelse fikk ordinære pleie og omsorgstjenester, og ble ivaretatt av hjemmetjeneste, fastlege og evt. sykehjem. Dermed er det stor fare for at en del eldre ikke får den behandlingen de trenger. Interkommunalt samarbeid har stadig vært nevnt som en måte å styrke psykiatrien i primærhelsetjenesten. Min erfaring fra nevnte prosjekt er at kommunene ikke er uvillige til dette, men at det må fra statens side legges til rette for å starte slik samarbeid.

Spesialisthelsetjenesten: Alderspsykiatri bør i langt større grad enn i dag desentraliseres, for eksempel legges på DPS. Tilbudet må være differensiert fra annen voksenpsykiatri. Dette gjelder de brukerne som har lidelser der det ikke er nødvendig med tvangsinnleggelse eller som krever særdeles avansert utredning og behandling. (Disse må selvsagt få tilbud på sykehus.)

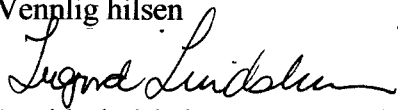
Dette vil trolig være langt rimeligere og like effektiv behandling som på sykehusnivå. De eldre vil få behandling nærmere hjemmet. Det blir lettere for brukeren å holde kontakt med pårørende og støtteapparat i hjemkommunen., noe som er viktig for alle brukergrupper, men kanskje særlig for eldre med reduserte kognitive funksjoner. I en slik modell må det være både døgnplasser, evt. dagplasser og ambulant tjeneste. Inkludert i den ambulante tjenesten bør være undervisning og veiledning. Dette er med på å heve kompetansen i primærhelsetjenesten, som i sin tur blir i stand til å ta større og vanskeligere oppgaver.

P.g.a. den geografiske nærheten vil det trolig også være lettere med samhandlingsmodeller mellom nivåene, jfr. Wisløffutvalgets innstilling. I forbindelse med arbeidet med det tidligere nevnte prosjektet kom det tydelig fram at kommunene kunne være interessert i samhandling både kommunene imellom og mellom

kommunen og spesialisthelsetjenesten om å løse en del oppgaver, men at de økonomiske forutsetningene ikke var tilstede. Derfor tror jeg det er helt avgjørende for å få til samhandlingsmodeller at staten går inn med økonomisk støtte i en overgangsperiode.

DPS Lillehammer har en alderspsykiatrisk døgnenhet, N.K.S. Kløverhagen. Her har en over mange år utviklet en modell slik som beskrevet ovenfor for å ivareta alderspsykiatrien. Både DPS Lillehammer og kommunene som bruker N.K.S. Kløverhagen synes dette fungerer godt. Dette passer de geografiske forholdene i Gudbrandsdalen godt, og det er mye å bygge videre på

Vennlig hilsen



Ingrid Lindsheim

Daglig leder ved N.K.S. Kløverhagen alderspsykiatriske døgnenhet.