

Psykisk helse og rus – hva bør Pensjonistforbundet ha søkelys på?

Det sentrale helse- og sosialutvalget har hatt Psykisk helse og rus på Aktivitetsplanen for 2021. Vi ønsker å gi innspill til arbeidet med nytt handlingsprogram og har derfor satt ned et utvalg som har laget et notat om utfordringer knyttet til tematikken. Notatet oversendes Sentralstyret. Utvalget har bestått av:

Wenche Malmedal. Leder av det sentrale helse- og sosialutvalget og konsulent for PF innen helsesaker. Hun er sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og har hovedfag og doktorgrad i helsevitenskap fra NTNU, hvor hun jobber som førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Arne Johannesen. Medlem av folkehelseutvalget i Telemark og er spesialist i psykiatri, allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. Han har erfaring fra ulike deler av helsetjenesten, både klinisk og administrativt.

Sigurd Sparr. Medlem av det sentrale helse- og sosialutvalget i Pensjonistforbundet og er pensjonert overlege og spesialist i geriatri, indremedisin og hjertesykdommer. Har i mange år vært sjef på geriatrisk avdeling ved UNN i Tromsø, og har arbeidet nasjonalt og internasjonalt med sikte på å bedre forholdene for personer med demens.

Bakgrunn

Psykisk helse og rusvaner i samfunnet er ulikt fordelt, både når det gjelder alder og kjønn. Fordelingen er imidlertid i stadig endring og er påvirket av en rekke forhold i samfunnet. De fleste eldre lever gode liv og mestrer disse uten bistand fra andre. Gode boforhold, god økonomi og god helse bidrar til mange gode leveår.

Men med et økende antall eldre vil flere utvikle psykiske helseproblemer. Større mobilitet i befolkningen vil kunne føre til flere ensomme eldre og derav økning i forekomsten av depresjon og angstlidelser. Demenssykdommer vil øke dramatisk. Med økende levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser vil andelen eldre som vil trenge omfattende bistand fra helse- og omsorgstjenester i kommunen og psykisk helsevern øke. Og med endrede drikkevaner vil flere eldre slite med avhengighet til og skader av alkohol. Dette er noen av de endringene som vil påvirke behovet for helsefremmende tiltak rettet mot hele befolkningen, forebyggende tiltak for å hindre psykisk uhelse hos sårbare grupper av eldre, samt økt behandlingsbehov for psykiske lidelser.

Et ensidig fokus på behandlingstilbud vil bare nå den delen av befolkningen som blir diagnostisert med en psykisk lidelse. Psykisk uhelse er imidlertid langt mer enn det. Det handler også om trivsel og mestring av dagliglivets utfordringer. Vi har god tradisjon for frivillighet i Norge, også rettet mot Eldres helse og trivsel. Eldre selv bidrar til tilrettelegging av eget liv gjennom aktivitet og boforhold. I tillegg er det flere gode tiltak i kommunene som er rettet mot mestring av de utfordringene som eldre opplever.

Kommunene har et ansvar for å avdekke psykiske lidelser hos befolkningen og henvise til nødvendig utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Når pasienter er ferdig utredet og har fått nødvendig behandling på spesialistnivå vil kommunene igjen få et ansvar for videre oppfølging og tilrettelegging for mestring av eget liv. Samhandlingen mellom de ulike nivåene, både internt og mellom nivåene er avgjørende for et best mulig resultat. En særskilt utfordring er oppgaveglidning som et resultat av samhandlingsreformen, der kommunene har fått et større ansvar, særlig fordi raskere overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten medfører et økt ansvar for viderebehandling og rehabilitering av psykisk syke.

Nasjonalt er det utarbeidet en rekke veiledere for å bistå kommuner og spesialisthelsetjenester i dette arbeidet. Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» inneholder mye informasjon om nyttige tiltak. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utarbeidet informasjonssider og nettkurstilbud til både helsepersonell og brukere. Norsk forening for kognitiv terapi har utviklet selvhjelpskurs for flere vanlige tilstander.

I dette notatet vil vi bruke begrepet psykisk lidelse også for avhengighetstilstander. Dette vil i hovedsak gjelde alkoholavhengighet, men også avhengighet til legemidler vil bli drøftet.

Notatet vil peke på områder som vi oppfatter er sentrale for helsefremmende aktiviteter og forebyggende tiltak og vi vil komme med forslag til styrking av disse. Vi har også lyttet til egne medlemmer og deres erfaring på årets helsekonferanse.

Kort om de viktigste tilstandene og omfanget av disse

Det foreligger ikke noen fullstendig kartlegging av forekomsten av psykiske lidelser i Norge, men noen tilstander kjenner vi omfanget av. Det antas at depresjonstilstander er den hyppigst forekommende tilstanden hos eldre. Over 100 000 eldre har en behandlingstrengende depressiv lidelse. En stor andel av disse lidelse kan forklares med tap av nære pårørende, fysisk sykdom med funksjonstap, tap som følge av overgang fra arbeidsaktivitet til pensjonstilværelse og ensomhet som følge av mindre nettverk.

Det er i dag registrert ca. 100 000 pasienter med demens i landet. Innen 2040 vil dette tallet være nærmere 200 000, dette som en følge av et økende antall eldre og generelt økende levealder.

Vi har ikke gode anslag på antall eldre som sliter med angstlidelser, men det er en økende andel eldre som bruker beroligende legemidler. I aldersgruppen over 90 år er det 1 av 10 som har fått foreskrevet disse legemidlene. De brukes på flere typer tilstander, men er avhengighetsskapende og har uheldige bivirkninger hos eldre.

Vi har heller ikke gode tall på omfanget av alkoholrelaterte lidelser, men det er et økende forbruk av alkohol også blant eldre. Alkohol påvirker en rekke organer og er en risikofaktor for utvikling av kroppslig sykdom. Alkohol påvirker også effekten av legemidler. Avhengighet vil kunne bli konsekvensen av ukontrollert drikking med alvorlige helseskader som følge.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har i gjennomsnitt 10-15 års kortere levetid. Bedre behandlingstilbud og større oppmerksomhet rundt de faktorene som reduserer livslengde vil kunne føre til flere eldre med disse tilstandene. Kombinert med rusmiddelbruk vil de såkalte ROP-lidelsene (RusOgPsykiatri) kunne øke også blant eldre.

Delir-tilstander (forvirringstilstander) er en fryktet tilstand som ofte har sin årsak i uoppdaget kroppslig sykdom, skader og kirurgiske inngrep. Ubehandlet har disse tilstandene høy dødelighet og krever ofte behandling i somatisk sykehus med bistand fra flere typer spesialiteter.

Forebyggende og helsefremmende tiltak for bedre psykisk helse

Antall eldre vil øke og familiære nettverk er mer fragmenterte enn tidligere. Det øker risiko for ensomhet og isolasjon. Det iverksettes flere gode tiltak, både privat og offentlig, som gjør det mulig for flere eldre å kunne bo i egen bolig lengre. Et viktig helsefremmende og forebyggende tiltak er derfor å sørge for botilbud som fremmer sosial kontakt. Boliger med livsløpsstandard, med kort vei til servicetjenester og sosiale aktiviteter bidrar til å fremme psykisk helse hos eldre.

Pensjonistforbundet bør bidra til at lokalforeninger deltar i kommunalt planleggingsarbeid for å styrke botilbud som fremmer sosial kontakt. Opplæring i kommunale planleggingsprosesser og aktiv deltakelse i beslutningsprosessene bør prioriteres.

Samtidig vil mange eldre velge å bo i egne boliger og ikke ha behov for stor sosial kontakt. Det kan allikevel være ønskelig med kontakt for å kartlegge behov for bistand. Kartleggingsamtaler med eldre, helsestasjoner for eldre og ambulante tjenester med fokus på psykisk helse og rus kan bidra til bedre psykisk helse. Det er imidlertid stor variasjon mellom kommunene når det gjelder prioritering av tjenester rettet mot eldre. Der hvor det ikke er etablert bør det legges opp til møteplasser for eldre (eldresentre), helsestasjon for eldre og hjemmebesøksordninger for alle over en viss alder.

Pensjonistforbundet bør, gjennom sine lokale foreninger, peke på kommunenes ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid (jf. helse- og omsorgstjenesteloven) og delta i planleggingen av disse.

Eldres livsvaner er i endring. De fleste lever lange og gode liv, og tar med seg sine vaner fra yngre år. Et særskilt problem er eldres økende alkoholkonsum. Eldre tåler alkohol dårligere og i kombinasjon med økende behov for legemidler er alkohol en risikofaktor.

Pensjonistforbundet bør ha alkohol som tema på sine medlemsmøter og ha klare alkoholpolitiske retningslinjer for egne arrangementer.

Kommunale tjenestetilbud

Kommunene har et stort ansvar for helsetjenester rettet mot befolkningen. Tjenestene spenner fra bistand i hjemmet, psykososiale tilbud rettet mot både eldre og pårørende, institusjoner og legetjenester.

Fastlegene er sentrale i kartlegging av eldres helse og behandlingsbehov. Fastlegekrisen har ført til manglende kapasitet i mange kommuner. Utskifting av erfarne leger med yngre nyutdannede leger vil også utfordre kompetansen i legetjenesten når det gjelder eldres helse.

Pensjonistforbundet bør bidra til at fastlegekrisen har fokus i ny regjering og være en pådriver for å sikre en tilgjengelig og stabil allmennlegetjeneste.

Det er en klar erfaring at eldre i mindre grad blir prioritert når det gjelder psykisk helse og rus i kommunene. Barn og unge synes å være prioritert når det gjelder psykologtjenester. Hjemmetjenestene har mindre kompetanse knyttet til psykisk helse. Helse- og sosialpersonell med videreutdanning (f.eks. sykepleiere, vernepleiere, sosionomer o.a.) er et viktig bidrag i kommunenes tilbud innen psykisk helsearbeid. Det må sikres at disse får avsatt nok tid til å jobbe direkte mot eldre.

Pensjonistforbundet bør løfte behovet for å styrke det kommunale tilbudet til eldre på psykisk helse- og rusfeltet.

Mange kommuner har et sterkt fokus på demens og både personer med demens og deres pårørende er i stor grad ivaretatt i kommunene. Demensteam eller demenskoordinator og ulike tilbud til personer med demens og pårørende er viktige bidrag for mestring av hverdagen. Framskrivning av demenstall er imidlertid foruroligende, og det vil være behov for flere institusjonsplasser tilpasset personer med demens. I tillegg er det viktig å få på plass flere tilrettelagte dagaktivitetstilbud.

Pensjonistforbundet bør sette søkelys på behovet for flere tilrettelagte dagtilbud og institusjonsplasser for personer med demens.

Forbruket av psykofarmaka (legemidler for psykiske lidelser) er høyt blant eldre. Det gjelder både antipsykotika (midler mot alvorlig psykisk lidelse), anxiolytika (beroligende) og hypnotika (søvnmidler). Legemidlene kan ha alvorlige bivirkninger og uheldige effekter.

Ofte kan disse legemidlene erstattes med andre tiltak, f.eks. bedre bemanning på sykehjem, gruppetilbud for eldre som bor hjemme (f.eks. søvnskoler).

Pensjonistforbundet bør bidra til at kommunene kartlegger legemiddelbruken hos eldre og etablerer alternative tilbud, både i og utenfor institusjon.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har delt sitt behandlingstilbud mellom de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) som lokalsykehusfunksjoner, og som skal ha et avgrenset opptaksområde, og spesialiserte tjenester, der de alderspsykiatriske tjenestene er lokalisert. Pasienter skal primært henvises til DPS-ene, som så skal vurdere behovet for videre henvisning til de alderspsykiatriske enhetene. Dette fungerer ikke godt nok i dag. Flere DPS har satt en øvre aldersgrense, andre har ikke tilstrekkelig kompetanse til å håndtere psykiske lidelser hos eldre. Kapasiteten oppleves også som for liten til å ivareta tjenestebehovet.

Ambulante (oppsøkende) tjenester fra DPS og alderspsykiatri oppleves som nyttig, både når det gjelder behandling og råd og veiledning til førstelinjen. Dette praktiseres ulikt og ser ut til å være avhengig av tilstrekkelig kapasitet.

Pensjonistforbundet bør kreve at kompetansen og kapasiteten ved DPS-ene og de alderspsykiatriske avdelingene styrkes og fremheve behovet for mer ambulante tjenester.

Samhandling

Eldre med sammensatte tilstander med behov for flere typer kompetanse og tjenestetilbud blir fort ofre for manglende samhandling mellom de aktørene som deltar i omsorgen for den enkelte. Samhandlingskoordinatorer etablert på helseforetaksnivå og samhandlingskonsulter i kommunene bidrar til å legge forholdene til rette for god samhandling. Elektronisk kommunikasjon mellom behandlingsnivåene er etablert, men det er fortsatt barrierer. Blant annet mellom instanser i kommunene. Arbeidet med en felles journal for hele landet vil være nyttig når det gjelder kontakten mellom de ulike aktørene.

Ofte er fastlegene en gruppe som er lite involvert i samhandlingen. Dette skyldes stort arbeidspress og få insentiver for samhandling i takstsystemet for privatpraktiserende leger.

Alle overganger mellom tjenestenivåer er sårbare når det gjelder oppfølging. Selv om mye er lagt til rette for dette nå, er det fortsatt forbedringspunkter. Dessuten er det utfordringer knyttet til nye arbeidsprosesser i en travel hverdag. Overføring av behandlingsansvar mellom og innad i nivåene krever kontakt mellom aktørene og må tilrettelegges.

Pensjonistforbundet bør støtte innføring av felles journal for helse- og omsorgstjenesten og utvikle rommet for bedre samhandling både mellom og internt i helse- og omsorgstjenesten.

Avslutning

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor, mener vi at det er behov for styrket innsats på alle disse områdene: Forebygging og helsefremmende tiltak, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og i samhandling, slik det framgår av det som er skrevet med fet skrift i kursiv. Vi ber Sentralstyret vurdere videre tiltak.

15 november 2021,



Wenche K Malmedal

Leder i det sentrale helse- og sosialutvalget