



Å ikke se mennesket for bare alder

Ingen er for gammel for psykisk helsehjelp.

SOM FERDIG UTDANNET psykolog i 2006 spurte jeg om jeg kunne få endret stillingskoden min til miljøterapeut hvis jeg fortsatte å ta ekstravakter ved en trygghetsavdeling for eldre i hjembyen min. Svaret jeg fikk var: «Dessverre, du har ikke relevant utdanning.» Det ble tydelig at det å se psykisk helse som en del av eldres liv er en samfunnsutfordring som ligger dypt forankret i både individuelle holdninger og organisasjonsstrukturer. Disse utfordringene er fortsatt høyst aktuelle.

Etter å ha jobbet som kommunalt ansatt psykolog for eldre i fem år, lurer jeg fortsatt på hvilken fagkunnskap som ligger til grunn når eldre ikke inkluderes i utviklingen av psykisk helsehjelpstilbudene. Jeg opplever at systemene har en tendens til å definere målgruppen eldre basert på aldersgrenser for pensjon og utgang fra arbeidslivet. Dette samstemmer ikke med faglige vurderinger av behov og anbefalt behandling.

Da vi i 2010 vurderte å opprette en ny stilling i Askøy kommune, ble eldre som målgruppe foreslått. Dette valget kom opp som en konsekvens av mine egne erfaringer med vikararbeid i eldreomsorgen og samarbeidende fastlegers stadige hjertesukk om avslag på henvisninger til DPS. Som en del av forarbeidet vårt undersøkte vi i hvor stor grad eldre var å finne både i spesialisthelsetjenestens poliklinikker og hos de private psykologene. Representasjonen av personer over 65 år i behandlingsapparatet var svært liten. Dette samsvarte godt med blant annet rapporter fra Riksrevisjonen og kritikk mot blant annet Opptappingsplan for psykisk helse, der det har vært argumentert at eldre i liten grad får tilgang til psykisk helsehjelp.

HVEM TRENGER PSYKISK HELSEHJELP?

Etter fem års erfaring er det fremdeles vanskelig å gi en tydelig definisjon eller beskrivelse av hvem den typiske eldre er. Fellesnevneren »

TEKST

Fredrik Hansen, tidligere eldrepsykolog i Askøy kommune

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

ELDREPSYKOLOGI

eldre er vanskelig i seg selv, med et spenn på 30 år fra yngste til eldste pasient. Variasjonene i utfordringer er minst like stor i eldrepopulasjonen som i en hvilken som helst annen målgruppe. Pensjonisten med angst knyttet til sin somatiske grunnsykdom, den eldre helgevikaeren med søvnproblemer som ønsker å komme tilbake til helgevaktene sine, og bestemoren som er i tidsklemma fordi omsorgsoppgavene for familien er blitt for store og for mange, er noen eksempler.

Av utfordringer jeg har møtt gjennom mitt arbeid, kan jeg nevne: ulike typer konflikt i nær familie, vold, mange typer engstelighet, grubling og depressive tanker, tvang, sorg, søvnvaner, mobbing, smerteutfordringer og traume-problematikk. Dette er altså ikke en ensartet gruppe med like behov.

Da lavterskeltilbudet i Askøy først ble etablert, var det, som sikkert i de aller fleste andre oppstartene av lavterskeltilbud, litt tregt å komme i gang. Noen få ble henvist fra fastlegene, men ellers var det ganske stille. Var det egentlig behov for en eldrepsykolog? Men etter hvert økte henvisningene i antall. Det var ikke bare legene som henviste. Hjemmesykepleien formidlet kontakt til sine brukere, barn tok kontakt med bekymringer for sine foreldre, og folk begynte å henvende seg direkte: «Jeg har ei venninne som har hatt noen timer hos deg. Kan jeg også få bestille en time?»

FAVNER MANGE NIVÅ

Samtidig som lavterskeltilbudet tok form, tegnet det seg også et bilde av andre områder der behovet for psykologisk kunnskap var stort. Forvaltningskontoret trengte bistand. Der var de vant til oppfølging av somatiske sykdom, mens eldre mennesker som også hadde psykiske lidelser, var mer utfordrende. Sykehjemsavdelinger begynte å henvende seg angående utfordringer både med pasienter i ordinære plasser og i korttidsopphold, og hjemmesykepleien trengte hjelp med å løse fastlåste situasjoner knyttet til sine oppdrag.

Det er grunn til bekymring når man ser hvor variabel kunnskapen i helse- og omsorgstjenestene kan være i møte med mennesker med psykiske lidelser og atferdsutfordringer. I dag fungerer det slik at det forventes at selv de som er alvorligst psykisk syke blir tatt hånd om av de med minst kompetanse på feltet.

En av de mest spennende oppgavene ved systemarbeidet var nettopp å bli synlig på de arenaene der de eldre er. Foredragsoppgaver tikket stadig inn, fra lokale lag og foreninger. En kommentar på vei ut fra et foredrag i en av de lokale menighetene, husker jeg godt: «Det har aldri vært så mange menn på våre arrangement før, de må visst være mer opptatt av psykisk helse enn vi trodde.»

MYTENE

Jeg tror ikke det er mulig å ta innover seg hvor sterke mytene om eldre er før man erfarer dem i eget arbeid. Som en del av storsamfunnet har jeg møtt meg selv i døren oftere enn jeg liker å innrømme. Det er kanskje den viktigste læringen jeg har tatt med meg i dette arbeidet.

Noen av de vanligste mytene om eldre handler om at de mangler endringsmulighet/-vilje (en kan ikke lære gamle hunder nye triks), vi ser psykiske plager og lidelser som en del av aldringen (tilbaketrekking er naturlig), og kanskje det mest sentrale: ensidige antagelser om det å bli eldre (de fleste eldre er ensomme, de vil som oftest ha piller og ikke tilbud om samtalebehandling, alle eldre ser frem til å bli pensjonister).

Underveis har nysgjerrige og oppriktig interesserte kolleger ofte spurt – litt konkluderende – om hva jeg driver med. En klassiker har vært: «Du jobber vel mye med dødsangst og demens, du da?» Etter hvert som erfaringsgrunnlaget har vokst, har jeg tenkt at den som har hatt mest dødsangst i terapeutiske relasjoner, har vært terapeuten i midten av 30-årene i møtet med alderdommen, og ikke pasientene over 65. Eldre lavterskelbrukere som kommer med bekymringer for demensutvikling, får ofte motbevist sine antakelser. Selv om fastlegen har gjennomført sine standardundersøkelser uten funn, og de i utgangspunktet har høyt funksjonsnivå, kan uroen fortsatt være der. Når de i samtaler blir spurt om de tidligere i livet har fått tilbakemeldinger om at de er distré, har samtlige raskt bekreftet dette, og uroen for demens har avtatt. I lavterskeltilbudet har jeg ofte jobbet med integrerte myter (alle eldre får hukommelsesproblemer) og selvoppfyllende profetier, heller enn faktisk demens. Det betyr selvsagt ikke at demens ikke er en viktig del av sykdomsbildet hos en del eldre, men i et helt annen omfang enn det vi antar. Vi trenger en nyansering av diskusjonen som favner

et helhetlig blikk på eldre; fra psykiske plager og lidelser som normale reaksjoner på belastning til utvikling av alvorlig aldersrelatert sykdom.

Det menes mye om eldre menneskers evne til å endre seg. Ideen om endring i hjernens plastisitet med økende alder, eller at vi som mennesker rett og slett blir mindre fleksible, ligger ofte til grunn. Ideen skinner også igjennom når fagfolk stiller spørsmål ved om eldre kan nyttiggjøre seg psykologisk hjelp. Jeg har i økende grad begynt å stille motspørsmål: Skal vi endre? Eller skal vi gjennom dialog og læring hjelpe til å mestre? Hvis vi som terapeut og hjelper ikke tror på resultatet, hvordan kan vi forvente at pasienten gjør det? Min erfaring er at eldre pasienter er svært motiverte: De har nesten uten unntak møtt opp til alle samtaler, de har så langt det har latt seg gjøre, vært tydelige i sine bestillinger eller velvillig bidratt til å formulere dem – og viktigst av alt – de har ønsket hjelp. Noen har vært i overkant pliktoppfyllende, som da det ramlet inn følgende SMS: «Jeg kommer ikke i dag. Ligger på sykehus etter hjerteinfarkt. Kan vi utsette til neste uke?»

Jeg har opplevd og hørt at alder legges til grunn når en argumenterer for behandlingspreferanse eller beslutning om behandlingsunnlattelse. Utsagn som «det gjør vel ikke noe om de får avhengighetsskapende piller nå, de er jo så gamle» og «vedkommende er for gammel for behandling, derfor har vi heller ikke prøvd», er typiske eksempler.

Men mytene handler ikke bare om pasientene. De handler også om terapeutene. Da jeg for første gang skulle presentere arbeidet mitt på et seminar, ble det blant annet konkludert med at det å jobbe med eldre var noe som ble viktig når man selv begynte å kjenne alderdommen på kroppen, og at eldre pasienter trivdes best med eldre terapeuter. Lettere desillusjonert ble åpningsreplikken i mitt innlegg: «Hvis jeg i lys av min egen alder skal tro på det som er sagt her i dag, bør jeg vel egentlig slutte mens leken er god.» Da var jeg 34 og hadde mange gode pasientrelasjoner med meg i erfaringsbanken.

I takt med min egen erfaring som eldrepsykolog har jeg tenkt mye på hvordan både fagfeltet og de folkevalgte kan styrke arbeidet med psykisk helse i den øvre delen av livsløpet. Stikkord her inkluderer økt tilgjengelighet, forebygging, mer kompetanse og større fokus på forskning også på eldre.

FRA PILLER TIL SAMTALE

Myndighetene skal ha ros for sin satsning på å bygge ut det kommunale psykiske helsetilbudet. I dag er lett tilgjengelige psykisk helsetjenester etter hvert blitt en naturlig del av diskusjonene om gode kommunale helsetilbud. Et stadig økende antall kommuner bygger ut tilbudet til barn og unge. Tiltak for å hjelpe voksne med å komme raskere tilbake til arbeidslivet er også i økende grad prioritert. Mulighetene for å søke midler for å opprette stillinger gjelder arbeid med mennesker i hele livsløpet. Det er imidlertid slik at antall psykologer som jobber med eldre som målgruppe, har vært tilnærmet null siden Helsedirektoratet startet satsningen på psykologer i kommunene i 2009. Samtidig ser vi at den eldre befolkningen generelt har bedre helse og bedre fungering enn tidligere generasjoner, og opprettholder dermed tilsvarende livsstil som yngre mennesker. De reiser, går på kurs, passer barnebarn, en del står lengre i arbeidslivet, og de bidrar i frivillige lag og organisasjoner. Diskusjonene om fremtidens helsetjenester tar utgangspunkt i denne utviklingen, men glemmer å inkludere viktige premisser for opprettholdelse av god helse når det but-



Selv de alvorligst psykisk syke blir tatt hånd om av de med minst kompetanse på feltet





Jeg tror ikke det er mulig å ta innover seg hvor sterke mytene om eldre er før man erfarer dem i eget arbeid

ter. Den eldre delen av befolkningen er spesielt sårbar for å oppleve tap, kronisk sykdom hos seg selv eller partner og fysisk funksjonsfall. Hvis slike opplevelser kun blir møtt med medikamenter, som en konsekvens av det mangler tilgjengelig tilbud om psykisk helsehjelp, vil alle disse utfordringene også bli risikofaktorer for å utvikle avhengighet.

FREMTIDENS HELSETJENESTER

Det er problematisk at diskusjonene om å rigge fremtidens helsetjenester i liten grad peker på behovet for forebyggende psykisk helsearbeid og tidlig innsats også for eldre. Jeg vil argumentere for at fokus på psykisk helsearbeid for eldrebefolkningen bør være en helt sentral brikke i fremtidens helsetjenester. Jeg er bekymret for at det å ikke se en slik satsning som en del av det totale hjelpesystemet, vil kunne ha store samfunnsøkonomiske og organisatoriske konsekvenser. Hvis eldre med psykiske lidelser ikke har andre å gå til enn fastlege og psykisk helsevern for eldre, står vi i fare for å skape systemer som fremmer psykisk uhelse. Istedenfor å komme tidlig inn med litt hjelp når et behov oppstår, vil systemene tillate sykdomsutvikling som gir store lidelsestrykk. Konsekvensen er unødvendig belastning for enkeltmennesker, økt trykk på hjemmetjenester og fastlegekontor, og lengre køer i psykisk helsevern for eldre. Sistnevnte bør ha fokus på alvorlige aldersrelaterede sykdommer som må utredes og behandles av spesialistene.

FRA ORD TIL HANDLING

Selvfølgelig handler styrkingen av psykisk helsehjelp i den øvre delen av livsløpet om politisk vilje. Jeg håper og ønsker at tematikken får plass i helsedebattene mot årets stortingsvalg. Kjære politikere: Ta oppfordringen og bring inn tematikken! Men ansvaret ligger ikke bare hos politikerne. Det ligger også i vår egen stand. Mange har fortalt meg at de kjenner igjen bruk av alder som prioriteringskriterier i spesialisthelsetjenesten når inntaksteam bestemmer hvem som skal få behandling og ikke. Ikke tillat at det skjer! De som allikevel har «våget» å ta inn eldre, enten det er enkeltpersoner eller par, har overrasket formidlet hvor fint det gikk. Fortsett å tørre, de fleste eldre har akkurat de samme behovene som andre.

Psykologisk forskning må begynne å inkludere arbeid med mennesker over 60 år. Noen få personers erfaringer er ikke nok til å endre samfunnsforholdninger, nasjonal tjenesteutvikling eller økonomiske debatter. Vi trenger et bedre kunnskapsgrunnlag! På lokalt plan trenger vi å utfordre kommunale tjenesters integrering av psykisk helsehjelp til eldre, både som en del av ordinære lavterskeltilbud og som en del av de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene. Vi trenger en styrking av denne kompetansen, gjennom tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og en økning av andelen psykologer og andre med relevante videreutdanninger. En slik styrking vil være bra for enkeltmennesker, men vil også gjøre hele helse- og omsorgsfeltet til et bedre sted å jobbe.

Myndighetene har et stadig tydeligere fokus på livskvalitet og god psykisk helse i eldre alder, og samfunnsmessig fremheves helsehjelp oftere som noe mer enn bare medisiner. Min erfaring er at kompetanse på Eldres psykiske helse ønskes velkommen av alt fra fastleger og fysio-/ergoterapeuter til sykehjemspersonale og hjemmesykepleie. En stor del av eldrepopulasjonen er heller ikke fremmed for psykisk helsehjelp som et alternativ til medikamentell behandling. Det er gode utgangspunkt for å bygge videre mot helhetlige og gode helsetjenester, også for de over 65 år. ✕