

Hvor går norsk alderspsykiatri?

Redaksjonen i D&A utfordrer sentrale fagfolk til å delta i en meningsutveksling om utviklingen i norsk alderspsykiatri. Tidligere bidrag: Eivind Aakhus (D&A 4-2014), Geir Selbæk (D&A 2-2015), Marianne Holm (D&A 3-2015) og Ole K. Grønli (D&A 4-2015).
Allan Øvereng utfordrer Dag Aarsland, SESAM.

Alderspsykiatrien anno 2015 – hva vil de si om oss i 2040?

Å se tilbake fra 2015 – arven fra asylet

Alderspsykiatrien har hatt en rivende utvikling, ofte med utspring i gamle psykiatriske kulturer. Det første skrittet i transformasjonen var å gå fra oppbevaring til diagnostikk og behandling. Diagnosene ble demens, delir og depresjon. Neste skritt ble, som Eivind Aakhus sier, kommunikasjon, kompetanse, kontinuitet og koordinasjon. Men det fagkulturelle opphavet til alderspsykiatrien er oppbevaring av organiske psykoser, galskap i asyler utenfor samfunnet. Finnes det rester igjen? Kultur har stor overlevelsessevne og endring skjer ikke nødvendigvis ved å endre praksis. Når vi ser tilbake blir vi lattermildt sjokkerte. Vil de i fremtiden få de samme følelsene ved et tilbakeblikk? Eller spissformulert; hva er vår tids lobotomi og insulinsjokk?

Medikalisering

Alderspsykiatrien henvender seg til en sårbar gruppe mennesker med alvorlige sykdommer. Det kan gi oss et skarpt fokus; på de sykeste. Men kan det være at vi gjør allmenne menneskelige erfaringer til sykdom? Begreper som APSD og det medfølgende verktøyet, NPI; er det en symptomsnurpenot? Vi fanger noen symptomer på sykdom, men for det meste normale reaksjoner på vanskelige situasjoner. Hvis en person er sint fordi han må, men ikke vil, opp og dusje kaller det på terapier og tiltak. Hvis en person er redd og urolig fordi hun ikke vet hvor hun er, og ikke har følt ekte menneskelig nærhet på lenge, kaller vi det angst, og teraperer det. Blander vi sykdom og reaksjoner på livssituasjon?

Vi bruker, og er dermed med på å la de diagnostiske manualene ICD og DSM swelle ut slik at naturlige allmenne menneskelige problemer blir diagnoser og dermed subjekt og ansvar for psykiatrien. Forekomsten av alvorlig psykiatrisk sykkelighet er stabil, men forekomsten av psykiske plager og psykiatriske diagnoser i befolkningen er eksplosiv. Alderspsykiatrien er med på dette; vi er ivrige diagnostikere når vi burde hørt på Hippokrates: Vær mer opptatt av mennesket enn av sykdommen.

SKREVET AV

Allan Øvereng, sykepleier,
prosjektmedarbeider,
Regionalt kompetansesenter
for eldremedisin og
samhandling, SESAM,
Stavanger universitetssjukehus

Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste, men fremfor alt, ikke skade

Hippokrates igjen, ergo; for mye MMS, KDV, KT, CSDD, NPI, F01, F33, P14, P13 APSD, MADRS og etc? Vi samler data og diagnoser, dokumenterer og fakturerer; fører det frem? Kan det være at vi har snudd om på rekkefølgen; at vi helst vil kurere og lindre, men har glemt at å trøste er det vi alltid skal? Vi har vært med på en industrialisering av helsevesenet; delt det opp i oppgaver, pasienten på samleband og vi skrur i hver vår skrue. Diagnoser og medikamenter er våre skarpeste verktøy og vi kan bli tafatte når de ikke lover hva de holder. Iboende i håndtering av verktøy er at man bruker det man har, det er hammerens lov. Har man kun hammer er det den man bruker, uansett om det er en spiker som skal inn eller et egg som skal knekkes. Medikamentene kan være riktig verktøy, men de skader ofte når det er noe annet som trengs. Legemiddelindustriens produkter har en felles livssyklus: «Gamle» piller får stadig dårligere rykte, de er farlige og virker ikke. «Nye» piller er effektive og bivirkningsfrie. Men stadig blir de nye gamle. På'an igjen! Hammerens lov! Hva heter vår tids Halcion?

Hva så når vi får en ny pasient? Vi utreder, problemet først, så løsninger! Vi samler data til diagnose, til kvalitetsregistre, til økonomistyring, til juridisk forsvar for sykehuset og til forskning. Hvem lindrer og trøster?

Diagnoser er gode verktøy for forståelse, behandlingsalternativer, forskningsvariabler og retning for omsorg, men er de også vår tids tvangstrøyer og blindgater? Ta demens med depresjon. Når medisinene er effektive for noen få; er det fordi medisinene er dårlige, eller er det fordi de depressive symptomene er vår tolkning av noe annet? Er det slik at det vi ser er mennesker som har gitt opp, kjeder seg, som har mistet tilknytningen til andre mennesker og sin egen identitet? Kreftene til å kjempe er små og blir enda mindre med serotoninreopptakshemmere. De gamle er eksperter på tap, men når barna har flyttet, vennene er døde, ektefellen likeså og katten var det som sto igjen å leve for, men Pus kunne ikke være med på sykehjemmet. Blir da depresjon en konstruktiv forståelsesramme?

Diagnoser og verktøy er nyttige, men de er ikke tilstrekkelige og de har en sterk forførelserisk kraft, særlig i kombinasjon med forskningsambisjoner, tellesyke og helsearbeideravmakt. La dem ikke bli vår tids lobotomi.

Verdier, holdninger og praksis

Alderspsykiatrien er fagfelt og spesialisthelsetjeneste. Vi står for en forbilledlig praksis basert på gode holdninger bygd på gode verdier. Men i verdigrunnlaget finnes også gammel

Alderismen er ikke død, psykiatristigmaet lever i beste velgående, kronisk kognitiv svikt forårsaket av hjerne-sykdommer kalles enda vanvidd og sjelløshet (les demens).

omsorgskultur og helsesystemets verdier. Den moderne helsearbeideren blir oppdratt til systemets instrumentelle effektivitet. Lag prosedyrer, del dem i oppgaver og tell dem opp til rapporter og penger i kassa. Innholdet i oppgavene skal være innrettet etter evidensbasert praksis. Vi gjør det med sjekklister, dokumentasjonssystemer diagnosebaserte prosedyrer og detaljert prosedyrekoding er på vei inn i psykiatrien også. Nedvurderer vi verdier basert på erfaring, pasientperspektiv, etikk og menneskerettigheter i møte med kravet om evidens? Alderismen er ikke død, psykiatristigmaet lever i beste velgående, kronisk kognitiv svikt forårsaket av hjernesykdommer kalles enda vanvidd og sjelløshet (les demens). Alderspsykiatrien kjemper i dette mot mektige negative verdier og vi har behov for å se oss i speilet. Det er sammenheng mellom praksis, holdninger og verdier, og de påvirker hverandre gjensidig. Har helsebyråkratens krav om management påvirket faget og tenkningen? Har 20 år med blå russ-styring i helsevesenet endret våre faglige verdier og fratatt faget respekt og makt?

De eldste sykeste; fra diagnose til samhandling og til(bake) til pasientperspektiv

Psykiatrisk diagnostikk og behandling er viktig, men ikke tilstrekkelig for vår pasienter. De er gamle, og innslaget av somatisk sykdom er stort. Vil vi bli spurt om hvorfor vi ikke drev spesialistkombinerte klinikker, hvor geriatri, nevrologi, psykiatri og andre møttes rundt pasienten? Vil vi bli spurt om hvorfor vi aksepterte at de alderspsykiatriske enhetene lå utenfor det somatiske sykehuset? Bør vi i større grad utfordre vår forståelse av de alderspsykiatriske fenomenene? Vi ser at depresjon ikke er lett å definere, delir likeså og demenssyndromet er vanskelig å avgrense og blir erstattet av sykdomsdiagnoser. Men de patofysiologiske skillelinjene mellom Parkinsons sykdom med demens, demens med Levylegemed, Alzheimers sykdom, vaskulær demens, aldring og delir er usikre. Høyt ansette fagfolk spør om Alzheimers sykdom er en hjerte/karsykdom. Kommende utgave av DSM tar med mild nevrokognitiv svikt, eller aldring som jeg kaller det og årsakssammenhenger og risikofaktorer er stadig under debatt og kanskje mer sammenfallende enn vi liker å tro. Inflammasjon, stresshormoner, oksidasjon, genetisk sårbarhet, aldringsfysiologi, livsstilsfaktorer; det er større sannsynlighet for at sammenhengene er nært, dynamisk og individuelt sammensatt enn at vi finner entydige sammenhenger. Men at pasienter har psykiatriske symptomer, at disse forsterkes i kombinasjon med hjerneorganisk svikt og at dette i samspill med høy alder og livssituasjon

gir oss noen av de mest sårbare menneskene i samfunnet, det ser vi hver dag.

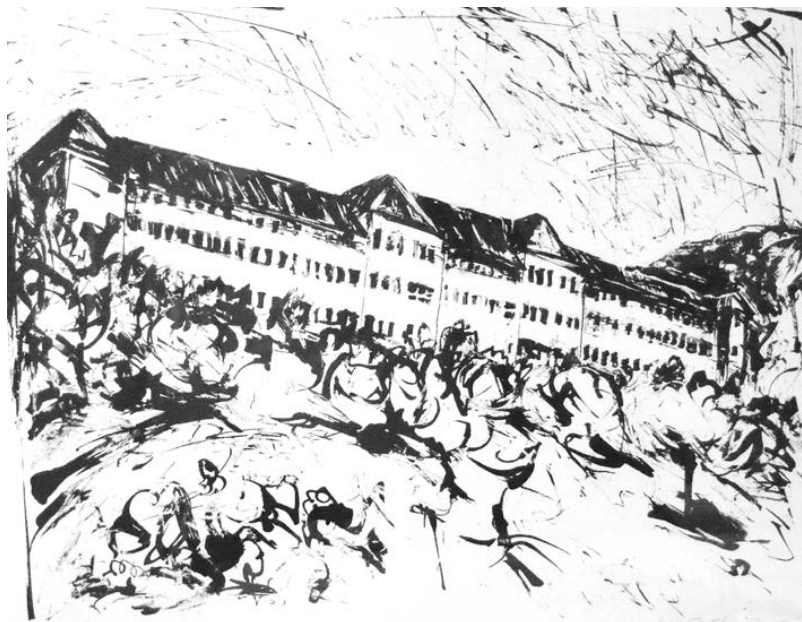
Fra ikkelege til tydelig fokus og innhold

Det medisinske perspektivet er viktig men ikke tilstrekkelig, og lider enda av betydelige begrensninger. Pasientene trenger hjelp på alle livets områder. Dette utfordrer tverrfaglighet. Det er i vårt felles mandat å synliggjøre en helhetlig grunnlagstenkning for alderspsykiatrien. Diagnose og behandling er legenes hovedfokus. Vi andre har tidvis redusert oss til assistenter og datasamlere innenfor dette paradigmet. Forsøk på å definere omsorgsdelen har ofte resultert i utydelig akademisering eller forsøk på bruk av metoder som egner seg best i laboratoriesammenhenger. RCT-psykose, analyse fremfor syntese, kategorisering av dynamiske fenomener og evidensjakt kan ha gjort oss svaksynte for det som er det sentrale i vår felles hjelperkultur og ligger åpenbart i dagen: Pasientene er gamle, syke og trenger god gammel-dags legeundersøkelse og behandling og god gammel-dags menneskekjærlig omsorg. Den viktigste rettesnoren for veien fremover er dermed i personsentrert omsorg, som et praktisk tverrfaglig kompass. Pasientene trenger å bli møtt individuelt, ikke basert på rutine eller kategori. De trenger at vi ser verden med deres øyne, og at vi tar imot det de gir oss. De trenger å få bruke seg, gjøre noe meningsfullt, få delta i sin egen hverdag, kle seg, nyte, mat å drikke, natur og barn. De trenger å bli tatt i mot og inkludert i sosiale fellesskap og de trenger trøst og aksept for sine idiosynkrasier, ikke medikalisering. Akkurat som alle oss andre. Vi har metoder for å styre dette i riktig retning, Målet er personsentrerte verdier og holdninger, da får vi en personsentrert praksis. Praksis uten verdimelessig forankring er pen pynt. Pasientene er triste, sinte, engstelige og resignerte, med svekkede hjerter, hjerner, armer og bein, noen mest i hjernen, andre mest i hjertet. De trenger hjelp, basert på menneskelige relasjoner. Det finnes heling for hjelper og hjelpetrengende i det som skjer mellom mennesker.

Praksis uten verdimelessig forankring er pen pynt.

Jeg begynte med å snakke nedsettende om arven fra asylet. Men som alltid; det finnes flere sider av en sak. I «Regulativ for Dale sindssyke-asyl – approberet ved kgl resol. av 30 august 1913» finner vi følgende om sykepleierne:

For at den ansvarsfulde og ofte byrdefulde sykepleie forsvarlig skal kunne skjøttes og saavidt mulig lettes, er en utrættelig taalmodighet og venlighet i omgangen med de syke det første



Dale sindssygeasyl. Grafikk av Kjell Pahr Iversen.

Foto: Allan Øvereng.

vilkaar. Pleierne maa ha for øie, at sindssygdøm, som anden sygdom, kan ramme hvem som helst, og at det gjælder at gjøre mot andre som man vil at andre skal handle mot en selv. Vinder man den sykes agtelse og tillid, gaar arbeidet dobbelt let; den besværlige syke blir mindre brydsom, den urenlige mindre uvøren, og selv den pirrelige og voldsomme kan bli medgjørlig og hjelpsom, naar han behandles fast, rimelig og venlig.

Vedtatt av kongen, at de, pasientene, er som oss andre, at vi alle trenger tillit, respekt og vennlighet, at dette går begge veier og selv pirrelighet kan håndteres med empatisk og vennlig holdning.

Vi er sikre på at personsentrert omsorg er rett vei å gå for demensomsorgen. Kan det gi retning for resten av alderspsykiatrien også? Vi kommer til å trenge en glassklar visjon i møte med demografiske endringer og økonomiske prioriteringer.

Tre siste spørsmål fra fremtiden:

«Hvorfor i all verden brukte de begrepet demens?

Hvorfor utnyttet de ikke placeboeffekten?

Og hvorfor tok de så mange MMSer?

■ allan.Overeng@aldringoghelse.no